



## 6027-4. ¿SON SEGUROS LOS FÁRMACOS PRONÓSTICOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI REDUCIDA EN ENFERMEDAD RENAL AVANZADA?

Pedro Pajaro Merino<sup>1</sup>, José Raúl López Aguilar<sup>1</sup>, José Ignacio Morgado García de Polavieja<sup>1</sup>, Andrés del Valle Montero<sup>1</sup>, Fernando Fernández Girón<sup>2</sup>, Sonia Cruz Muñoz<sup>2</sup> y Antonio Enrique Gómez Menchero<sup>1</sup>

Servicio de <sup>1</sup>Cardiología y <sup>2</sup>Nefrología. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y FEVI reducida, que padecen enfermedad renal crónica (ERC) avanzada como comorbilidad además de tener un peor pronóstico son sistemáticamente excluidos de los ensayos clínicos, perdiendo la oportunidad de acceso a fármacos pronósticos, o a usarlos fuera de ficha técnica con dudas en seguridad. Nos planteamos valorar en estos pacientes la seguridad del uso de estos fármacos.

**Métodos:** Análisis descriptivo de una serie consecutiva de pacientes valorados en nuestra Unidad Cardiorrenal con IC y ERC avanzada (FGe 30 ml/min), entre octubre 2021-abril 2022.

**Resultados:** Hemos valorado a 20 pacientes en estos 6 meses, con edad media 68,75±9,9 años, 65% varones, 100% HTA, 65% diabéticos, FA 50%, cardiopatía isquémica previa 75%, AVC previo 10%. Con ERC estadio G4 el 80% y G5 20% (75% de ellos en hemodiálisis). FEVI media 35,3±10,9%, etiología isquémica en el 75%, 55% con dispositivos intracardiacos previos implantados. Se encontraban en clase funcional I 15%, 60% II y 25% III. En los 6 meses previos 40% había visitado Urgencias sin ingreso y otro 40% ingresó. Basalmente media Cr 2,99 ± 0,85 mg/dl, FGe 21,5 ± 6,4 ml/min, K 4,84 ± 0,73 mEq/dl, teniendo 10% K > 5,6. Tratamiento basal: ARNI 75% (optimizados 80%), IECA 5%, sin iSRAA 20%, bloqueadores beta 90% (optimizados 88,9%), ARM 40%, iSGLT2 10%, quelantes de potasio 25%. En el seguimiento (medio 125,16 ± 45,8 días) han fallecido dos pacientes (uno causa oncológica, otro por IC pese inicio de diálisis peritoneal), con 2 visitas a Urgencias y 1 ingreso. Ningún paciente entró en diálisis por ERC terminal a 3 meses, encontrándose el 18,8% en CF I, 75% CF II y 6,3% CF III. Analíticamente Cr 2,39 ± 0,83 mg/dl, FGe 26,82 ± 11,2 ml/min, K 4,73 ± 0,50 mEq/dl. Tratamiento actualmente ARNI 88,2% (100% optimizados), bloqueadores beta 88,2% (optimizados 86,7%), ARM 58,8%, iSGLT2 52,9%, quelantes de potasio 25%. Sin episodio de hiperpotasemia, ni necesidad de retirada de ningún fármaco, consiguiendo optimizarse en la mayoría de ellos.

**Conclusiones:** Los pacientes con ERC avanzada e IC son pacientes complejos en los que, en nuestra experiencia inicial, el uso de ARNI, ARM e iSGLT2 puede realizarse en un contexto como el de una Unidad Cardiorrenal de forma segura sin episodios de hiperpotasemia ni necesidad de retirada de medicación. Aún pendiente evaluarlo en cohortes mayores y a largo plazo.