



5025-9. MORTALIDAD Y HOSPITALIZACIÓN ASOCIADAS AL MANEJO DE INHIBIDORES DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA EN PACIENTES CON HIPERPOTASEMIA Y PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR CRÓNICA

Santiago Jiménez Marrero¹, Miguel Cainzos Achirica², David Monterde³, Cristina Enjuanes Grau¹, Pedro Moliner Borja¹, Sergi Yun Viladomat¹, Lúdia Alcoberro Torres¹, Alberto Garay Melero¹, Raúl Ramos Polo¹, Mar Ras Jiménez¹, Encarnació Hidalgo Quirós¹, Esther Calero Molina¹, Núria José Bazan¹, Marta Ruiz¹ y Josep Comín Colet¹

¹Hospital Universitari de Bellvitge (IDIBELL), Hospitalet de Llobregat (Barcelona), ²The Methodist Hospital, Houston, United States of America (Texas) y ³Departament Salut, Barcelona.

Resumen

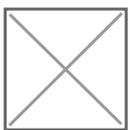
Introducción y objetivos: Hay evidencia científica a favor de los inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona (iSRAA) en patología cardiovascular. Sin embargo, la hiperpotasemia suele limitar su uso. La hiperpotasemia se ha asociado a mortalidad en estudios observacionales. Es controvertido si estos resultados negativos podrían ser por la propia hiperpotasemia o por la suspensión de fármacos con efecto pronóstico. El objetivo fue conocer la asociación entre el manejo de los iSRAA y resultados en salud en pacientes con enfermedades cardiovasculares e hiperpotasemia.

Métodos: Se utilizaron bases del sistema público de salud, extrayendo datos entre 2015 y 2017. Seleccionamos 375.000 individuos de edad igual o superior a 55 años, con al menos una de las siguientes enfermedades: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y enfermedad renal crónica. Análisis longitudinal en el que los pacientes tenían que estar bajo tratamiento con iSRAA y haber presentado un episodio de hiperpotasemia (potasio > 5,0 mEq/l) en 2016. Se clasificaron en dos grupos: suspensión o descenso de dosis de iSRAA *versus* tratamiento iSRAA sin cambios o titulado. Durante el seguimiento, se analizaron mortalidad y hospitalización. Para el análisis estadístico, calculamos las tasas de incidencia no ajustadas y modelos de regresión multivariable de Cox para el riesgo relativo ajustado, comparando ambos grupos.

Resultados: Encontramos una asociación con mortalidad por todas las causas y hospitalización en el grupo que se interrumpía o descendía dosis de iSRAA en comparación con el grupo que no se modificaba dosis o se titulaba (referencia); estos resultados están representados en las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier (fig.). En el análisis multivariante ajustado, se apreció que el riesgo de mortalidad y hospitalización estaba asociado principalmente con edad avanzada, hipopotasemia y descenso de dosis de iSRAA (tabla). El riesgo relativo para mortalidad comparado con el grupo de referencia fue de 1,676 para el descenso de dosis (IC95% 1,54-1,82) y para hiperpotasemia fue 1,161 (IC95% 1,07-1,26), respectivamente.

Análisis multivariante ajustado

	RR	
Edad 60-64 años	1,036	(0,763-1,408)
Edad 65-69 años	1,157	(0,872-1,535)
Edad 70-74 años	1,678	(1,285-2,192)
Edad 75-79 años	2,423	(1,867-3,146)
Edad 80-84 años	3,674	(2,837-4,759)
Edad 85-89 años	6,180	(4,759-8,026)
Edad 90+	13,178	(10,183-17,223)
Sexo femenino	0,615	(0,571-0,662)
Tasa de filtrado glomerular 15-29	2,676	(1,281-5,593)
Tasa de filtrado glomerular 30-44	2,187	(1,055-4,533)
Tasa de filtrado glomerular 45-59	1,799	(0,867-3,759)
Tasa de filtrado glomerular 60+	1,813	(0,875-3,754)
Hipopotasemia	1,504	(1,220-1,854)
Hiperpotasemia	1,161	(1,070-1,260)
Descenso de dosis/suspensión iSRAA	1,676	(1,543-1,820)



Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier para mortalidad por todas las causas.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que el peor pronóstico en los pacientes con hiperpotasemia podría estar más influenciado por la suspensión de los iSRAA que por la hiperpotasemia en sí misma. Sería necesario ensayos clínicos aleatorizados para confirmar esta hipótesis.