



15. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA REDUCIDA

Álvaro Roldán Guerra, Jorge Perea Armijo, José López Aguilera, Manuel Crespín Crespín, Juan Carlos Castillo Domínguez y Manuel Anguita Sánchez

Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) es una comorbilidad frecuente en la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-FER). Esto implica una dificultad en el manejo terapéutico y peor pronóstico. Nuestro objetivo principal fue analizar el perfil clínico diferencial según la presencia de ERC, el subtipo de síndrome cardiorrenal y su impacto pronóstico a medio-largo plazo.

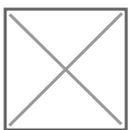
Métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes con IC-FER inscritos en nuestro centro entre enero 2017 y septiembre 2020 con fin de seguimiento en noviembre 2022. Se realizó un análisis comparativo entre pacientes sin ERC (grupo 1) y pacientes con ERC (grupo 2), estudiándose en este grupo el subtipo de síndrome cardiorrenal crónico asociado. Se analizaron variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y terapéuticas, evaluándose el impacto a medio-largo plazo en términos de reingresos por IC y mortalidad.

Resultados: Se analizaron 409 pacientes. 239 pacientes (58,43%) pertenecían al Grupo 1 y 170 (41,56%) al Grupo 2. El Grupo 2 (ERC) presentaba mayor proporción de hipertensión arterial (56,1 vs 82,4%; p 0,001), diabetes mellitus (41 vs 58,2%; p = 0,001), dislipemia (47,9 vs 82,4%; p 0,001), fibrilación auricular (47,7 vs 58,8%; p 0,001), anemia (14,2 vs 56,5%; p 2 ingresos previos por IC al inicio del seguimiento (3,4 vs 22%; 0,001) y etiología isquémica (24,3 vs 44,1%; p 0,001). Dentro de este grupo, hubo un predominio de síndrome cardiorrenal tipo 2 (42,6%) y tipo 5 (56,2%). En cambio, el Grupo 1 (no ERC) asociaba mayor proporción de IC *de novo* (64,9 vs 41,8%; p 0,001), NYHA I-II (83,7 vs 75,3%; p 0,001) y de mejoría FEVI (54,1 vs 23,9%; p0,001). Respecto al tratamiento basal, en el Grupo 1 se observó mayor proporción de IECA/ARAII (67,4 vs 42,9%; p 0,001), antialdosterónicos (82 vs 61,8%; p 0,001) y bloqueadores beta (94,6 vs 87,1%; p = 0,008) y menor de diuréticos de asa (72,8 vs 90,6%; p 0,001). Con una mediana de 60 meses de seguimiento, el Grupo 2 presentó mayor tasa de reingresos por IC (24,4 vs 75,7%; p = 0,001) y de mortalidad por IC (19,2 vs 50,9%; p = 0,001).

n: 409	No ERC (n:239 58,43%)	Sí ERC (n:170 41,56%)	p
Edad	63,7 ± 12,6	72,7 ± 10,7	0,001

Sexo masculino	176 (73,6%)	127 (74,7%)	0,808
IC <i>de novo</i>	155 (64,9%)	71 (41,8%)	0,001
? 2 ingresos previos por IC	8 (3,4%)	37 (22%)	0,001
Clase NYHA III-IV	38 (15,9%)	42 (24,7%)	0,001
Mejoría FEVI	119 (54,1%)	37 (23,9%)	0,001
Etiología isquémica	58 (24,3%)	75 (44,1%)	0,001
NT-proBNP (pg/ml)	3.258 [1.280-8.108]	7.964 [3.831-18.732]	0,001
CA 125 (U/L)	14 [7,7-57,6]	35,6 [14-91,2]	0,001
FEVI	30% [25-35%]	31% [27-35%]	0,082
IECA/ARA II	161 (67,4%)	73 (42,9%)	0,001
B-bloq	226 (94,6%)	148 (87,1%)	0,008
ARM	196 (82%)	105 (61,8%)	0,001
Diuréticos del asa	174 (72,8%)	154 (90,6%)	0,001
Tiacidas	33 (13,8%)	44 (25,9%)	0,05

IC: insuficiencia cardíaca; ERC: enfermedad renal crónica; IECA: inhibidores enzima convertidora de angiotensina; ARA II: antagonistas del receptor de aldosterona II; B-bloq: bloqueadores beta; ARM: antagonistas receptores mineralocorticoides.



Pronóstico IC-FEr + ERC vs IC-FEr sin ERC.

Conclusiones: Los pacientes con IC-FEr y ERC presentan mayor prevalencia de comorbilidades, predominio del síndrome cardiorenal tipo 2 y 5, menor proporción de mejoría de FEVI y menor uso de fármacos con beneficio pronóstico en IC-FEr. En nuestra población estos pacientes asocian peor pronóstico a largo plazo en términos de mayor tasa de reingresos y mortalidad por IC.