



2. ¿ES LA INSUFICIENCIA RENAL UNA LIMITACIÓN PARA LA TITULACIÓN MÁXIMA DEL TRATAMIENTO MÉDICO ÓPTIMO EN LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA?

María del Carmen Duran Torralba¹, Carmen Encarnación Rus Mansilla¹, Gracia López Moyano¹, Marianela Carolina Castillo Núñez¹ y Gustavo Cortez Quiroga²

¹Cardiología. Hospital Alto Guadalquivir, Andújar Jaén, España y ²Cardiología. Hospital Alto Guadalquivir, Andújar Jaén, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La terapia farmacológica recomendada para los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), en los pacientes que presentan deterioro de la función renal de base, es esperable que ocasionen una mayor incidencia de hiperpotasemia y/o la caída inicial del filtrado glomerular lo que presupone una limitación para alcanzar la dosis máxima recomendadas de dichos fármacos.

Métodos: Cohorte prospectiva de 358 pacientes, incluidos en la Unidad comunitaria de IC desde 2006 a 2023 donde el objetivo fue describir el fenotipo de los pacientes que presentan insuficiencia renal de base y analizar si el grado de titulación máxima difiere del que se consigue respecto a los pacientes con FG normal. Se dividieron en dos grupos: Grupo A: pacientes con enfermedad renal basal (FG 60 ml/min). Se compararon las características clínicas, y el porcentaje de titulación máxima conseguida en cada grupo farmacológico recomendado según las guías.

Resultados: Los pacientes del grupo A respecto al grupo B tenían más edad (75 ± 11 vs 66 ± 12 años, $p = 0,05$), con más prevalencia de HTA y DM (80 vs 59% y 47 vs 36% respectivamente, $p = 0,05$), sin diferir en la etiología isquémica, el tipo de IC ni el porcentaje de varones. Presentaban Nt-PROBNP más elevados pero similares niveles de potasio. Todos los datos aparecen resumidos en tabla. El porcentaje de pacientes que alcanzaron la titulación máxima de los fármacos en ambos grupos fue similar, siendo los IECA/ARA II el grupo farmacológico donde se alcanzaron porcentajes más elevados (64 vs 71%, $p = 0,297$). El filtrado glomerular no supuso una limitación para la titulación ya que los porcentajes de todos los fármacos no difirieron significativamente entre ambos grupos. El efecto protector sobre el filtrado glomerular se consiguió en ambos grupos sin incidencia de hiperpotasemia en el seguimiento. En el grupo A, el FG pasó de 45 a 50 ml/min vs 80 a 78 ml/min en el grupo B, con una mediana de seguimiento de 1,9 años (rango IQ 1-4,7 años). La incidencia de hiperpotasemia fue baja (Grupo A: de 4,7 a 4,6 vs 4,6 a 4,7 en el grupo B, $p = 0,077$).

Grupo A: FG 60 ml/min N = 87 Grupo B: FG 60 ml/min N = 271 p

Género (varón)	66%	68%	ns
----------------	-----	-----	----

Edad	75 ± 11	66 ± 12	0,05
FEVI reducida	66%	69%	ns
Etiología isquémica	48%	40%	ns
HTA	80%	59%	0,001
DM	47%	36%	0,05
DLP	58%	49%	ns
IMC	29,8	29,3	ns
FEVI	38 ± 14	36 ± 12	ns
FG ml/min	43 ± 15	79 ± 22	0,05
K	4,6 ± 0,5	4,7 ± 0,5	ns
NT-PROBNP	4.083	1.677	0,05
Titulación max BB	42%	44%	ns
Titulación max IECA/ARA II	64%	71%	ns
Titulación max ARNI	29%	39%	ns
Titulación max ARM	26%	27%	ns

Conclusiones: La enfermedad renal de base no es una limitación para conseguir la titulación máxima de los fármacos para la IC, en el mismo porcentaje que cuando la función renal esta conservada, observándose un efecto protector de la función renal con una tasa de hiperpotasemia baja en el seguimiento.