



6117-7. USO DE RECURSOS SANITARIOS ASOCIADOS A HIPERPOTASEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y/O ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. ESTUDIO ZORA

Ignacio Sánchez Lázaro¹, Eva Lesén², Stefan Franzén², Alaster Allum³, Miren Sequera Mutiozabal⁴, Ana Roncero Martín⁴, Ignacio Hernández⁵ y David Arroyo⁶

¹Servicio de Cardiología. Hospital Vithas 9 de octubre, Valencia, España, ²AstraZeneca, Gothenburg (Suecia), ³AstraZeneca, Cambridge (Reino Unido), ⁴Departamento Médico AstraZeneca, Madrid, España, ⁵Atrys Health S.A, Madrid, España y ⁶Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La hiperpotasemia es frecuente en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y/o enfermedad renal crónica (ERC) y puede limitar (reducción o retirada) el tratamiento con inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona (iSRAA) empeorando el pronóstico. Este estudio describe la utilización de recursos sanitarios asociados a la reducción o mantenimiento de la terapia iSRAA tras un evento de hiperpotasemia en pacientes con IC y/o ERC en España, como cohorte del estudio multinacional ZORA.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, realizado con la base de datos BIG-PAC en España. Se incluyen pacientes adultos con IC y/o ERC sin diálisis que sufrieron un evento de hiperpotasemia (código diagnóstico o potasio > 5,0 mmol/l) mientras estaban tratados con iSRAA entre junio 2021 y mayo 2023. Se clasificó a los pacientes con reducción (reducción o interrupción) o mantenimiento de la terapia iSRAA posterior al episodio de hiperpotasemia en base a las prescripciones de los 120 días previos. Se aplicó el emparejamiento por puntuación de propensión (PSM). Se describe la incidencia acumulada para el uso de recursos sanitarios durante los 6 meses posteriores.

Resultados: Se incluyen 4.392 pacientes, edad media (desviación estándar, DE) 78,6 (9,6) años, 50,8% hombres y FGe medio (DE) 46,1 (18,9) mL/min. Inicialmente, 85,2% presentaban ERC, 43,0% diabetes tipo 2 y 17,9% IC. 75,2% mantuvieron la terapia iSRAA mientras que el 24,8% la redujeron tras el evento de hiperpotasemia (leve: 61,9 vs 15,4%; moderada 37,2 vs 37,8%; grave: 0,8 vs 46,7%, respectivamente). Después del PSM (1.453 pacientes seleccionados), se observaron diferencias en el riesgo de requerir utilización de recursos sanitarios entre los pacientes que mantuvieron o redujeron la terapia iSRAA en los 6 meses de seguimiento tras el episodio de hiperpotasemia (tabla).

Conclusiones: Reducir o interrumpir en lugar de mantener la terapia iSRAA tras un episodio de hiperpotasemia en pacientes con IC y/o ERC sugiere una tendencia de presentar mayor riesgo de utilización de recursos sanitarios.