



7. TRATAMIENTO MÉDICO ÓPTIMO EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA E INSUFICIENCIA CARDIACA; EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Patricia Azañón Cantero, Irene Estrada Parra, Virginia Pérez Ramírez, Cecilia Prados Murcia y Francisco Javier Molano Casimiro

Cardiología. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) es una comorbilidad prevalente en IC, que tiene impacto pronóstico directo además de dificultar la optimización de tratamiento. Para evaluar tal repercusión, analizamos las diferencias terapéuticas y pronósticas entre los pacientes de nuestra consulta con filtrado glomerular (FG) superior o inferior a 60 ml/min/1,73 m², calculado mediante la fórmula CKD-EPI.

Métodos: Estudio unicéntrico, transversal, analítico, donde incluimos a los pacientes en seguimiento en consulta de IC entre abril de 2016 y diciembre de 2022. Comparamos entre aquellos con FG mayor o igual vs inferior a 60 ml/min/1,73 m² al inicio del seguimiento, el tratamiento que realizaban a fecha de su última revisión, así como datos pronósticos.

Resultados: Incluimos a 441 pacientes en seguimiento en nuestra consulta, 140 pacientes con FG inicial 60 ml/min/1,73 m², con edad media 70 años, frente a 301 pacientes con FG inicial igual o superior a 60 ml/min/1,73 m², con edad media 60 años y menos factores de riesgo cardiovascular. En cuanto al tratamiento, en el grupo de FG reducido hubo un significativamente menor uso de ARM (78,6 vs 87%, p = 0,023) y mayor empleo de ferroterapia intravenosa (31,4 vs 18,3%, p 0,002), levosimendán (12,1 vs 5,3%, p = 0,011) y diuréticos (78,6 vs 52,8%, p 0,001). No encontramos diferencias significativas en el resto de fármacos (ARNis, IECA, ARA-II, bloqueadores beta, digoxina, ivabradina e iSGLT2). Cabe destacar que en el grupo de FG reducido, un total de 7 pacientes (5%) realizaron tratamiento con quelantes de potasio. Por otro lado, tampoco encontramos diferencias en la incidencia de FEVI mejorada ni de eventos arrítmicos durante el seguimiento, aunque en el grupo de FG reducido destaca una incidencia significativamente mayor de muerte (24,3 vs 13,6%, p = 0,006), e ingresos por IC durante el seguimiento (27,9 vs 13,3%, p 0,001) o tras el alta (13,5 vs 5%, p = 0,017).

Tratamiento en pacientes con FG inicial $\geq$ o 60 ml/min/1,73 cm²

	FG inicial 60 ml/min/1,73 cm ² (N = 140)	FG inicial $\geq$ 60 ml/min/1,73 cm ² (N = 301)	p
ARNI	77 (55%)	187 (62%)	NS

IECA		34 (24,3%)	69 (22,9%)	NS
ARA- II		20 (14,3%)	39 (13%)	NS
Bloqueadores beta		134 (95,7%)	289 (96%)	NS
ARM		110 (78,6%)	262 (87%)	0,02
Digoxina		8 (10,4%)	22 (13,9%)	NS
Ferroterapia iv		44 (31,4%)	55 (18,3%)	0,02
Levosidendán iv		17 (12,1%)	16 (5,3%)	0,02
	DAI/DAI-TRC	44 (31,4%)	90 (29,9%)	
Implante dispositivos				0,02
	MP/TRC-MP	23 (16,5%)	21 (7%)	
No		67 (47,9%)	178 (59,1%)	

Tratamiento que realizaban, a fecha de última visita, los pacientes con FG inicial ≥ 60 ml/min/1,73 cm² al inicio del seguimiento.

Conclusiones: En nuestra muestra, el manejo farmacológico en los pacientes con IC y FG reducido solo difiere en un menor uso de ARM, con elevado grado de adherencia a las guías. Quizá derivado de ello, no encontramos diferencias entre ambos grupos en la incidencia de FEVI mejorada en el seguimiento. Sin embargo, es claro el peor pronóstico que asocia la ERC, como reflejan la mayor necesidad de ferroterapia, tratamiento inotropo, y mayor incidencia de muerte e ingresos durante el seguimiento.