



6107-7. DIFERENCIAS EN MORTALIDAD, INCIDENCIA DE INGRESOS Y DESCOMPENSACIONES A 1 AÑO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

Manuel Anguita Sánchez¹, María Anguita Gámez², Juan Luis Bonilla Palomas³, Rafael González Manzanares¹, Juan Carlos Castillo Domínguez¹, Alejandro Recio Mayoral⁴, Nieves Romero Rodríguez⁵, Javier Muñoz García⁶, Ángel Cequier Fillat⁷, Francisco Javier Elola Somoza⁸ y Luis Rodríguez Padial⁹

¹UGC de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España, ²Instituto Cardiovascular. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España, ³Unidad de Cardiología. Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda (Jaén), España, ⁴Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España, ⁵Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España, ⁶Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña, A Coruña, España, ⁷Servicio de Cardiología. Hospital Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España, ⁸Fundación IMAS, Madrid, España y ⁹Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad renal crónica es muy prevalente en pacientes con IC, dificulta su tratamiento y empeora su pronóstico, sobre todo cuando se trata de una ERC avanzada (filtrado glomerular 30 ml/min/m²). Nuestro objetivo es analizar en un registro contemporáneo de pacientes con IC seguidos en unidades especializadas de IC en España las diferencias en características clínicas y tratamiento entre pacientes con IC y ERC avanzada.

Métodos: Analizamos los datos del registro del programa de acreditación de calidad SEC-Excelente-IC de la Sociedad Española de Cardiología, con 1716 pacientes con IC incluidos entre 2019 y 2021 por 45 unidades especializadas en IC acreditadas por la SEC. Los pacientes se incluyeron consecutivamente en dos cortes de 1 mes (marzo y octubre) en dicho periodo. Se compararon las características clínicas, demográficas y comorbilidades de los pacientes según tuvieran un filtrado glomerular 30 ml/min/m².

Resultados: De los 1.716 pacientes, el 11,1% tenía un FG 30 ml/min/m². La mediana de la FEVI fue similar en ambos grupos: 42 (30-58) frente a 38% (29-54). El grupo con ERC avanzada tenía más edad (77 ± 9,6 vs 70,5 ± 12,6 años; p 0,001), mayor gravedad de la IC (más ingresos por IC en el último año, peor clase funcional de la NYHA y mayor tiempo de evolución) y mayor prevalencia de enfermedad coronaria, hipertensión, diabetes mellitus, deterioro cognitivo, anemia, ferropenia e hiponatremia (tabla). No hubo diferencias en cuanto a sexo, IMC, potasio sérico u otras comorbilidades. Los pacientes con TFG 30 recibieron en una proporción significativamente menor todos los fármacos para la IC (p 0,001), excepto diuréticos y quelantes de potasio (figura), y menos rehabilitación cardiaca (5,2 frente a 10,4%; p = 0,029). La incidencia de mortalidad a un año fue significativamente mayor en los pacientes con TFG 30 ml/min/m² (37,2 frente a 14,4 por 100 personas-año; p 0,001), al igual que las hospitalizaciones por IC (61,3 frente a 33,0; p 0,001) y las descompensaciones de la IC sin hospitalización (24,1 frente a 11; p 0,001).

Comparación de las características de los
pacientes con TFG 30 ml/min/m²

	TFG 30 (11,1%)	TFG > 30 (88,9%)	p
Edad (años)	77 ± 9,6	70,5 ± 12,6	0,001
Mujeres	39,7%	38,4%	0,741
Ingreso por IC en el año previo	48,2%	31,2%	0,001
Infarto de miocardio	40,8%	28,9%	0,001
Fibrilación auricular	49,5%	53,5%	0,015
Hipertensión	85,5%	71,1%	0,001
Diabetes mellitus	59,8%	41,1%	0,001
IC crónica descompensada	64,2%	47,6%	0,001
NYHA clase III-IV	77,3%	58,6%	0,001
Índice masa corporal (Kg/m²)	28,5 ± 6,4	28,2 ± 6,1	0,643
Ictus	11,1%	9,6%	0,535
Deterioro cognitivo	8,7%	2,7%	0,001
Anemia	63,5%	30,6%	0,001
Ferropenia	42,9%	32,5%	0,007
Hiponatremia grave	7,5%	3,0%	0,002
EPOC	22,1%	16,5%	0,068
NT-proBNP (pg/ml)	9.775 ± 11.661	3.464 ± 5.486	0,001

Sodio (mE/l)	138,4 ± 3,9	139 ± 3,5	0,019
Potasio (mE/l)	4,2 ± 0,7	4,3 ± 0,5	0,326



Tratamientos utilizados en los 2 grupos de pacientes con TFG de 30 ml/min/m.

Conclusiones: La prevalencia de ERC avanzada fue del 11,1%. A pesar de una mayor gravedad, la utilización de fármacos para la IC fue mucho menor. La mortalidad a un año, la hospitalización por IC y las descompensaciones de IC fueron casi 3 veces superiores. Es preciso modificar esta tendencia terapéutica para mejorar el pronóstico de estos pacientes.