



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## IC-022 - INFLUENCIA DE LA HIPERPOTASEMIA DURANTE EL INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA. DATOS DEL REGISTRO CANARIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (RECANIC)

J.M. García Vallejo<sup>1</sup>, E. Saez Martínez<sup>1</sup>, I.G. Marrero Medina<sup>1</sup>, A. Puente Fernández<sup>1</sup>, M. Davila Ramos<sup>2</sup>, A. García Quintana<sup>3</sup> y A. Conde Martel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Cardiología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). <sup>2</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

### Resumen

**Objetivos:** Analizar el valor pronóstico de la hiperpotasemia (niveles plasmáticos superiores a 5,5 mEq/L) durante la hospitalización por insuficiencia cardiaca (IC).

**Métodos:** Estudio observacional y prospectivo en el que se incluyeron de forma consecutiva los pacientes que ingresaron por IC en los Servicios de Medicina Interna y Cardiología de los grandes hospitales canarios durante 2017. Se agruparon en función de la presencia o no de hiperpotasemia. Las variables cualitativas se analizaron mediante chi-cuadrado y las cuantitativas mediante t-Student. Se realizó análisis multivariante para valorar efecto sobre la mortalidad.

**Resultados:** Se incluyeron 2.200 pacientes. Presentaron hiperpotasemia 65 pacientes (3%), con tendencia a una mayor edad (78,8 vs. 75,9 años;  $p = 0,056$ ), sin diferencias en sexo. No se objetivaron discrepancias en comorbilidades, excepto dislipemia ( $p = 0,031$ ). Tampoco se observó relación con fármacos, únicamente menor frecuencia en pacientes con betabloqueantes (64,2% vs. 76,2%;  $p = 0,043$ ). Se asoció, de forma significativa ( $p = 0,001$ ), a cifras más altas de urea, creatinina y pro-BNP, así como más bajas de hemoglobina y natremia. La tasa de mortalidad intrahospitalaria fue del 8,3% (182 pacientes), asociándose con mayor edad ( $p = 0,001$ ), menor presión arterial sistólica ( $p = 0,001$ ), mayor frecuencia cardiaca ( $p = 0,004$ ), dislipemia ( $p = 0,002$ ), deterioro cognitivo ( $p = 0,01$ ), valvulopatía ( $p = 0,001$ ), peor situación funcional (Barthel 60;  $p = 0,001$ ), peor función renal ( $p = 0,001$ ), anemia ( $p = 0,001$ ), mayor pro-BNP ( $p = 0,001$ ), hiponatremia ( $p = 0,001$ ) e hiperpotasemia ( $p = 0,001$ ). Tras ajuste multivariante, la hiperpotasemia se mantenía como factor independiente relacionado con mortalidad (OR: 4,32; IC95% 2,01-9,26).

**Discusión:** Los trastornos del potasio son comunes en la IC. Existen controversias en la literatura con respecto al efecto de la hiperpotasemia durante el ingreso por IC. En nuestro estudio se observó asociación con la mortalidad intrahospitalaria, que se mantiene tras ajuste multivariable. A pesar de su frecuente relación con inhibidores del SRAA, no se objetivó asociación con el uso de estos fármacos.

**Conclusiones:** La hiperpotasemia es un factor independiente de mortalidad intrahospitalaria en los pacientes que ingresan por IC. En nuestro registro no se relaciona con mayor comorbilidad ni uso de inhibidores del SRAA. Debemos seguir investigando para analizar efectos pronósticos a largo plazo.

## Bibliografía

1. Ferreira JP, et al. Abnormalities of Potassium in Heart Failure: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol. 2020;75(22):2836-50.