Rev Clin Esp. 2023;224(Supl 2):S931

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

491 - CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO MÉDICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA E INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI REDUCIDA. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL DEL SUR DE MADRID

***David Serantes Gómez**, Adriana Puente García, Virginia García Bermúdez, Saray Gutiérrez Barrera, Raquel Campos Redondo, Carlos Gutiérrez Landaluce y Sonia Gonzalo Pascua.*

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Conocer en qué medida los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida (ICC-FEVIr) y enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) siguen un tratamiento médico óptimo según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC).

Métodos: Serie de casos de pacientes con ICC-FEVIr y ERC en estadios 4 y 5-no diálisis en seguimiento en consulta de Insuficiencia Cardiaca en el Hospital Universitario de Fuenlabrada entre enero de 2022 y junio de 2023. Se analizaron las principales comorbilidades y el tratamiento farmacológico de dichos pacientes.

Resultados: De los 334 pacientes seguidos en consultas de IC, 19 (5,69%) presentaban ICC-FEVIr y ERCA. En este grupo, la edad media era 76 años, más de tres cuartos eran varones, la FEVI media era del 31,58% y el filtrado glomerular estimado (FGe) medio estimado por CKD-EPI, del 24,89%, con una albuminuria media entre 30-300 mg/g (grado A2). Todos los pacientes tenían una FEVI # 30. Respecto al tratamiento médico de la ICC-FEVIr en estos pacientes: todos recibían un inhibidor del sistema renina-angiotensina-aldosterona, siendo el más empleado el sacubitrilo/valsartán (57,89%), seguido de ARA-II (26,32%) e IECAs (15,79%). Ningún paciente recibía dosis plenas de sacubitrilo/valsartán ni de IECA, siendo el principal motivo para ello la tendencia a la hipotensión y, después, un FGe bajo. El 89,47% recibían B-bloqueantes, aunque solo cuatro tenían dosis plenas, siendo el único limitante registrado la tendencia a la bradicardia. El 64,16% tomaban iSGLT2, siendo la principal explicación para no hacerlo un FGe bajo. En los dos tercios que no recibían antialdosterónico, la razón detallada para ello más frecuente era hiperpotasemia, seguida de FGe bajo. Todos los pacientes salvo uno recibían un diurético de asa y solo tres recibían otro diurético -clortalidona-. De los pacientes anticoagulados, el 41,66% recibían acenocumarol y el 58,33%, apixabán.

Tabla 1. Características y comorbilidades de los pacientes con ICC-FEVIr y ERCA

Pacientes con ICC-FEVIr y ERCA	
Edad (media)	75,95
Varones (%)	78,95

FEVI (%, media)	31,58
FGe (ml/min, media)	24,89
Creatinina basal (mg/dl, media)	2,39
Grado de albuminuria* (mg/g, media)	2,06
Hipertensión arterial (%)	94,74
Dislipemia (%)	84,21
Diabetes mellitus (%)	63,16
EPOC (%)	21,05
Arteriopatía periférica (%)	42,11
Ictus (%)	15,79
Fibrilación auricular (%)	63,16
Anemia (%)	26,32
Etiología de la ERC	
Nefroangioesclerosis (%)	78,95
Diabetes mellitus (%)	63,16
Intersticial (%)	15,79
Síndrome cardiorrenal tipo 2 (%)	21,05
No filiada u otras	5,26
Etiología de la ICC	
Isquémica	63,16
Valvulopatía	21,05
Hipertensiva	10,52
Taquimiocardiopatía	10,52
Otras (enólica, amiloidosis por transtirretina)	10,52

*Grado de albuminuria: definido por el cociente albúmina/creatinina en muestra de orina aislada y clasificado en 3 grados: A1 (300 mg/g).

Tabla 2. Tratamientos farmacológicos cardiovasculares de los pacientes con ICC-FEVIr y ERCA

Fármaco	**Pacientes en tratamiento (%)**	**Dosis plenas (%)**	**Motivos y número (%) de pacientes sin tratamiento o sin dosis plenas***
Anti-SRAA:	100		
IECA	15,79	0	Hipotensión (33,33), NE (66,67)
ARA-II	26,32	66,67	NE (100)
ARNI	57,89	0	Hipotensión (72,73), FGe bajo (27,28)
β-bloqueante	89,47	23,53	Frecuencia cardiaca (100)
ARM	31,58	0	Hiperpotasemia (26,32), FGe bajo (21,05), NE (38,46)
iSGLT2	63,16	NA	FGe bajo (57,14), NE (42,86)
Diurético de asa	94,74	NA	NA
Otros diuréticos	15,79	NA	NA
Anticoagulantes:	63,16		
Acenocumarol	31,58	NA	NA
ACOD	31,58		

SRAA: sistema renina-angiotensina-aldosterona. IECA: inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina. ARA-II: antagonista del receptor de la aldosterona tipo II. ARNI: inhibidor de la neprilisina y del receptor de aldosterona. ARM: antagonista del receptor de mineralocorticoides. iSGLT2: inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2. ACOD: anticoagulante de acción directa. NA: no aplicable. NE: no especificado. FGe: filtrado glomerular estimado. *Los porcentajes de pacientes que no reciben el tratamiento indicado o dosis plena de dicho tratamiento pueden no sumar el 100% porque en ocasiones se combinan varios motivos para no hacerlo.

Discusión: Aunque las guías de la ESC de 2021 establecen que todo paciente con ICC-FEVIr debería recibir IECA/ARA-II/ARNI, β-bloqueante, ARM e iSGLT2, la coexistencia de ERCA representa un reto para cumplir estas indicaciones porque estos fármacos pueden causar efectos secundarios que limitan su uso (hiperpotasemia, empeoramiento transitorio del FGe...), y porque tradicionalmente algunos de estos fármacos estaban contraindicados en la ERCA, aunque las recomendaciones al respecto se están revisando dados sus potenciales beneficios cardiovasculares y antiproteinúricos. Las principales limitaciones del presente estudio son su reducido tamaño muestral y la dificultad para conocer en algunos casos los motivos para no iniciar o escalar dosis de tratamientos -por ausencia de registro en notas médicas-.

Conclusiones: La mayoría de pacientes con ICC-FEVIr y ERCA de nuestro centro siguen un tratamiento médico óptimo, siendo las principales limitaciones para este la hipotensión con los IECA/ARA-II/ARNI, la bradicardia con los β-bloqueantes y un FGe bajo en el caso de los antialdosterónicos e iSGLT2.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.