



806 - CARACTERÍSTICAS Y MORTALIDAD A LOS 6 MESES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

Pablo Cruz Sañudo¹, Dolores María Rico Morales¹, Rocío Ruiz Hueso¹, Carlos Pazos Amodeo¹, Ana Latorre Díez², Margarita Carrera Izquierdo³, Ana Lacal Martínez⁴, Marcos Guzmán García⁵, Alicia Conde Martel⁶, Agnès Rivera Austrui⁷, Fernando Miguel Gamboa Antiñolo⁸, Miriam Romero Correa⁹, Jorge Navarro López¹⁰ y Carlos Torres Quilis¹¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ²Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España. ³Complejo Hospitalario de Soria, Soria, España. ⁴Hospital del Vendrell, Tarragona, España.

⁵Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, España. ⁶Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas, España. ⁷Hospital de Blanes, Girona, España. ⁸Hospital del Tomillar, Sevilla, España.

⁹Hospital de Río Tinto, Huelva, España. ¹⁰Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid, España. ¹¹Hospital de Manises, Valencia, España.

Resumen

Objetivos: Describir las características de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) ingresados por insuficiencia cardíaca (IC): sus antecedentes, sintomatología al ingreso, manejo y mortalidad a los 6 meses.

Métodos: Análisis retrospectivo del estudio EPICTER que incluyó pacientes ingresados por IC en 74 hospitales españoles. Se recogieron principales comorbilidades, síntomas y pruebas al ingreso, tratamientos y complicaciones durante el mismo. Los pacientes se dividieron para el análisis descriptivo en 2 grupos: con y sin ERC. Se realizó análisis multivariante mediante regresión de Cox para determinar los factores relacionados con la mortalidad a los 6 meses y si la ERC era uno de ellos. Se usó el programa SPSS vs.29,0.

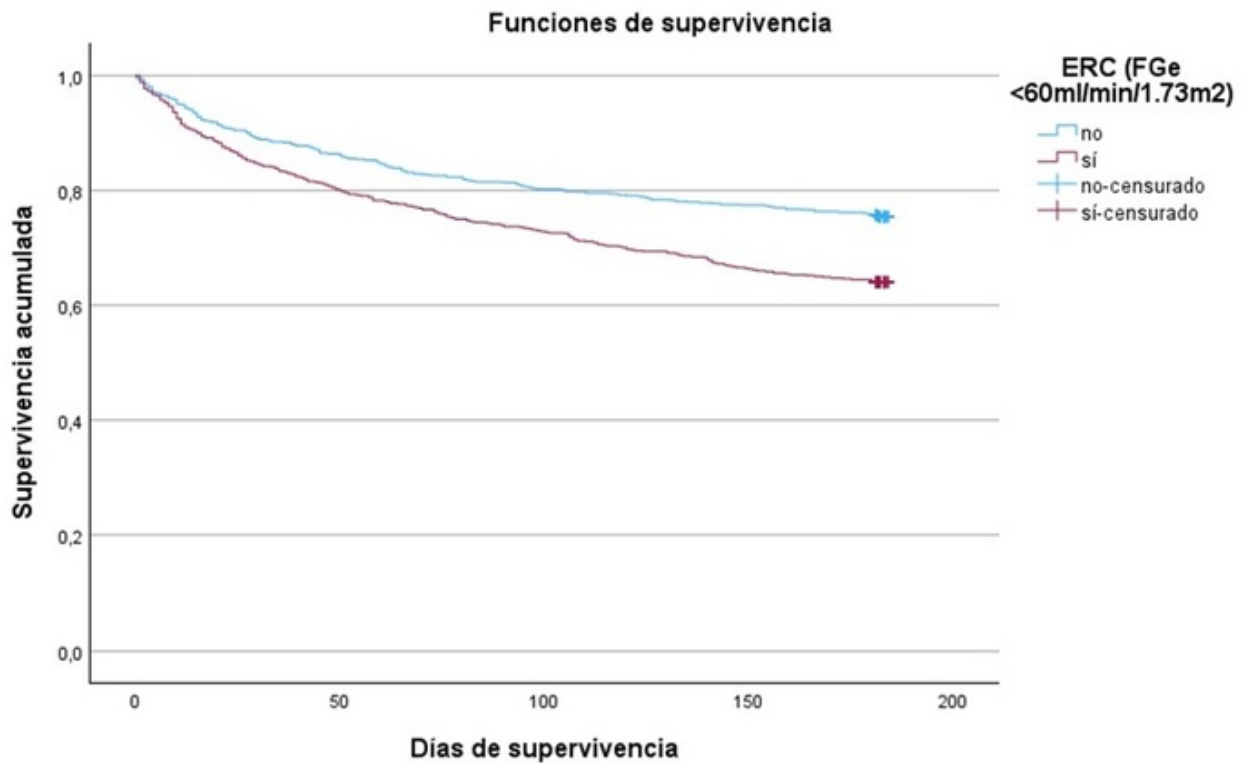
Resultados: Se incluyeron 1.432 pacientes en el análisis, 715 de ellos tenían antecedentes de ERC (49,9%). Estos, comparados con los que tenían un filtrado glomerular superior a 60 mL/min/1,73 m², eran más frecuentemente mayores de 80 años y tenían significativamente más factores de riesgo cardiovascular: hipertensión, diabetes, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica y enfermedad cerebrovascular. Otras comorbilidades como insuficiencia cardíaca previa a este ingreso, deterioro cognitivo o anemia también eran más frecuentes en el grupo de pacientes con ERC. Los enfermos con ERC tenían con mayor frecuencia una NYHA avanzada y estaban más sintomáticos. El tratamiento fue similar en ambos grupos, salvo por mayor uso de vasodilatadores, mórficos y sondaje vesical en el grupo de ERC. En el estudio multivariante, la ERC fue un factor relacionado con la mortalidad a los 6 meses de forma independiente (HR 1,29 (1,05-1,57), p 0,014).

| | Todos los pacientes | Con ERC | Sin ERC | p |
|--|---------------------|---------|---------|---|
|--|---------------------|---------|---------|---|

| N = 1.432 (100%) | n = 715 (49,9%) | n = 717 (50,1%) | | |
|---|-----------------|-----------------------|----------------|----------------|
| Sexo varón | 690 (48,2) | 354 (49,5) | 336 (46,9) | 0,316 |
| Edad | 78,58 (10,74) | 79,96 (9,82) | 77,21 (11,43) | < 0,001 |
| 80 años o más | 804 (56,1) | 443 (62,0) | 361 (50,3) | < 0,001 |
| Hipertensión arterial | 1.226 (85,6) | 654 (91,5) | 572 (79,8) | < 0,001 |
| Diabéticos | 653 (45,6) | 383 (53,6) | 270 (37,7) | < 0,001 |
| Cardiopatía isquémica | 495 (34,2) | 304 (42,5) | 191 (26,6) | < 0,001 |
| Insuficiencia cardíaca | 1.079 (75,3) | 615 (86,0) | 464 (64,7) | < 0,001 |
| FEVI < 40% | 357 (24,9) | 189 (26,4) | 168 (23,4) | 0,189 |
| Hipertrofia VI | 155 (10,8) | 87 (12,2) | 68 (9,5) | 0,102 |
| EPOC | 391 (27,3) | 207 (29,0) | 184 (25,7) | 0,163 |
| Enfermedad arterial periférica | 259 (18,1) | 173 (24,2) | 86 (12,0) | < 0,001 |
| Enfermedad cerebrovascular | 324 (22,6) | 190 (26,6) | 134 (18,7) | < 0,001 |
| Anemia | 705 (49,2) | 446 (62,4) | 259 (36,1) | < 0,001 |
| Deterioro cognitivo | 326 (22,8) | 190 (26,6) | 136 (19,0) | < 0,001 |
| Neoplasia de cualquier tipo | 215 (15,0) | 114 (16,0) | 101 (14,1) | 0,309 |
| NYHA III-IV | 469 (32,8) | 272 (38,0) | 197 (27,5) | < 0,001 |
| Disnea | 1.135 (79,3) | 599 (83,8) | 536 (74,8) | < 0,001 |
| Angustia | 472 (33,0) | 269 (37,6) | 203 (28,3) | < 0,001 |
| Insomnio | 524 (36,6) | 297 (41,5) | 227 (31,7) | < 0,001 |
| Dolor torácico | 305 (21,3) | 159 (22,2) | 146 (20,4) | 0,386 |
| Náuseas o vómitos | 174 (12,2) | 101 (14,1) | 73 (10,2) | 0,022 |
| Dolores erráticos | 424 (29,6) | 235 (32,9) | 189 (26,4) | 0,007 |
| Delirios | 211 (14,7) | 127 (17,8) | 84 (11,7) | < 0,001 |
| Tensión sistólica (mmHg) | 125,52 (22,35) | 126,02 (22,77) | 125,02 (21,93) | 0,397 |
| TAS menor de 120 mmHg | 594 (41,5) | 294 (41,1) | 300 (41,8) | 0,782 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,54 (2,04) | 11,08 (1,88) | 11,99 (2,10) | < 0,001 |
| Hemoglobina menor de 10 g/dL | 325 (22,7) | 207 (29,0) | 118 (16,5) | < 0,001 |
| Glucemia (mg/dL) | 141,37 (65,72) | 145,53 (69,80) | 137,22 (61,15) | 0,017 |
| Sodio (mEq/L) | 137,95 (5,30) | 137,95 (5,42) | 137,94 (5,18) | 0,973 |
| Sodio menor de 135 mEq/L | 300 (20,9) | 149 (21,0) | 151 (21,2) | 0,951 |
| Fibrilación auricular | 708 (49,4) | 352 (49,2) | 356 (49,7) | 0,874 |
| <i>Flutter</i> | 46 (3,2) | 22 (3,1) | 24 (3,3) | 0,772 |
| Bloqueo AV | 37 (2,6) | 23 (3,2) | 14 (2,0) | 0,132 |
| Ritmo marcapasos | 112 (7,8) | 75 (10,5) | 37 (5,2) | < 0,001 |
| Perfusión de furosemida | 376 (26,3) | 203 (28,4) | 173 (24,1) | 0,067 |
| Vías centrales | 194 (13,5) | 100 (14,0) | 94 (13,1) | 0,621 |
| Aminas | 127 (8,9) | 69 (9,7) | 58 (8,1) | 0,299 |
| Vasodilatadores | 245 (17,1) | 140 (19,6) | 105 (14,6) | 0,013 |
| Coronariografía | 191 (13,3) | 86 (12,0) | 105 (14,6) | 0,145 |
| Sondaje vesical | 682 (47,6) | 365 (51,0) | 317 (44,2) | 0,010 |
| Uso de ventilación mecánica no invasiva | 127 (8,9) | 60 (8,4) | 67 (9,3) | 0,526 |
| Mórficos | 368 (25,7) | 210 (29,4) | 158 (22,0) | 0,001 |
| Benzodiazepinas | 503 (35,1) | 264 (36,9) | 239 (33,3) | 0,155 |
| Antipsicóticos fenotiazidas | 161 (11,2) | 92 (12,9) | 69 (9,6) | 0,053 |
| <i>Exitus</i> a los 6 meses | 432 (30,2) | 257 (35,9) | 175 (24,4) | < 0,001 |
| Días de supervivencia (a los 6 meses) | 143,94 (63,87) | 137,25 (66,91) | 150,61 (60,00) | < 0,001 |

Los datos cualitativos se presentan como números y porcentajes, n (%). Los datos cuantitativos se presentan como media (desviación estándar). p calculada mediante χ^2 para variables cualitativas, y mediante t de Student para variables cuantitativas. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; VI: ventrículo izquierdo; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; NYHA: New York Heart Association (escala); TAS: tensión arterial sistólica; AV: auriculoventricular.

| | Análisis univariante | Análisis multivariante |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| HR (IC95%) p | HR (IC95%) p | |
| Edad > 80 años | 1,77 (1,46-2,16) < 0,001 | 1,68 (1,37-2,05) < 0,001 |
| Sexo varón | 1,06 (0,87-1,28) 0,558 | |
| TAS < 120 mmHg | 1,53 (1,26-1,84) < 0,001 | 1,55 (1,28-1,88) < 0,001 |
| Cardiopatía isquémica previa | 1,16 (0,95-1,40) 0,146 | |
| Insuficiencia cardíaca previa | 1,91 (1,47-2,47) < 0,001 | 1,58 (1,20-2,07) 0,001 |
| Valvulopatía | 1,09 (0,90-1,31) 0,392 | |
| Hipertensión arterial | 1,21 (0,91-1,61) 0,197 | |
| Diabetes mellitus | 1,04 (0,86-1,26) 0,688 | |
| Enfermedad cerebrovascular | 1,47 (1,19-1,81) < 0,001 | 1,21 (0,97-1,50) 0,087 |
| EPOC | 1,24 (1,01-1,51) 0,042 | 1,17 (0,96-1,45) 0,123 |
| Arteriopatía periférica | 1,10 (0,87-1,40) 0,421 | |
| Enfermedad Renal crónica | 1,57 (1,30-1,91) < 0,001 | 1,29 (1,05-1,57) 0,014 |
| Cáncer | 1,22 (0,95-1,56) 0,127 | |
| Deterioro cognitivo | 1,56 (1,27-1,91) < 0,001 | 1,25 (1,00-1,55) 0,049 |
| FEVI < 40% | 1,11 (0,89-1,37) 0,355 | |
| NYHA III-IV basal | 1,68 (1,39-2,03) < 0,001 | 1,34 (1,10-1,63) 0,004 |
| Fibrilación auricular | 0,99 (0,83-1,21) 0,980 | |
| Hemoglobina < 10 g/dl | 1,28 (1,08-1,67) 0,025 | 1,11 (0,88-1,37) 0,371 |
| Sodio < 135 mEq/L | 1,34 (1,08-1,67) 0,008 | 1,30 (1,04-1,61) 0,020 |
| Análisis realizados mediante regresión de Cox. TAS: tensión arterial sistólica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; NYHA: New York Heart Association (escala); | | |



Discusión: La asociación de la enfermedad renal y la IC es muy prevalente, y puede llegar a cifras cercanas al 50%. Esta relación puede explicarse por etiologías comunes como la isquémica y/o la hipertensiva; o por mecanismos de interrelación fisiopatológica como el equilibrio hemodinámico (congestión, gasto cardíaco y flujo renal) y los factores neurohormonales (sistema renina-angiotensina-aldosterona, vasopresina, activación simpática). La coexistencia de ambas enfermedades conlleva una alta morbilidad, mortalidad y un deterioro en la calidad de vida. Además, el deterioro de la función renal dificulta el tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad, lo que supone, paradójicamente, que estos enfermos de alto riesgo se traten de manera menos intensiva.

Conclusiones: La coexistencia de insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica es común, se asocia a otras patologías y factores de riesgo cardiovasculares y empeora el pronóstico de los pacientes. Aprender a manejar ambas patologías es crucial para el internista.