



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.

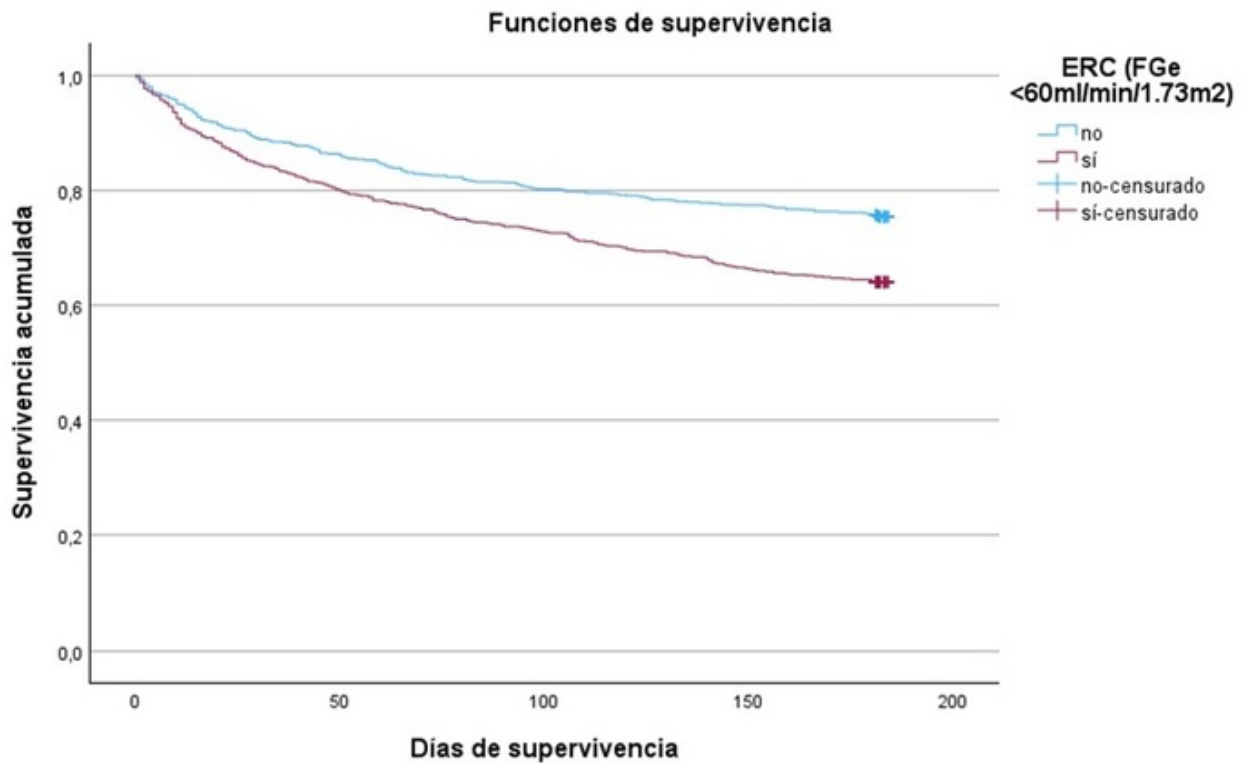
Resultados: Se incluyeron 1.432 pacientes en el análisis, 715 de ellos tenían antecedentes de ERC (49,9%). Estos, comparados con los que tenían un filtrado glomerular superior a 60 mL/min/1,73 m², eran más frecuentemente mayores de 80 años y tenían significativamente más factores de riesgo cardiovascular: 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.