



908 - MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN MEDICINA INTERNA. LA IMPORTANCIA DEL SÍNDROME CARDIORRENAL

Elena Ramiro Martín¹, Leticia Salcedo Martín¹, Víctor José Vega Rodríguez¹, Silvia Eugenia Gonzales Zenteno¹ y Óscar Humberto Díaz López²

¹Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España. ²Hospital de Medina del Campo, Medina del Campo, España.

Resumen

Objetivos: Siendo la insuficiencia cardíaca uno de los motivos de ingreso más frecuentes en medicina interna, hemos desarrollado el siguiente trabajo para comprobar la correlación entre la presencia de enfermedad renal crónica (ERC) en aquellos pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca aguda y el pronóstico de estos pacientes, con el uso de diuréticos como eje terapéutico fundamental.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes ingresados en medicina interna con diagnóstico al alta de insuficiencia cardíaca de enero a marzo de 2024. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, pronósticas y terapéuticas. Los resultados se recogieron en el programa Excel[®] y se analizaron en SPSS[®] y R[®].

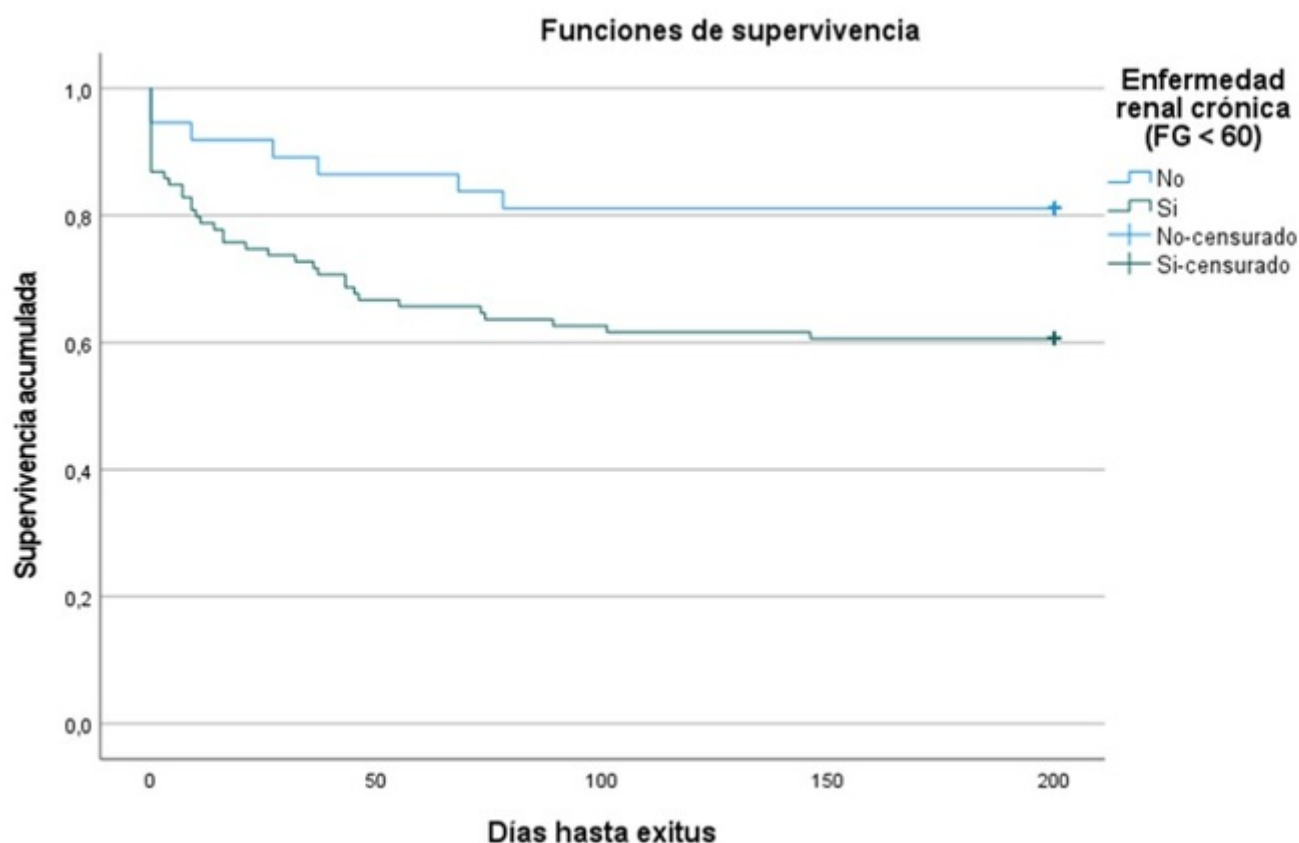
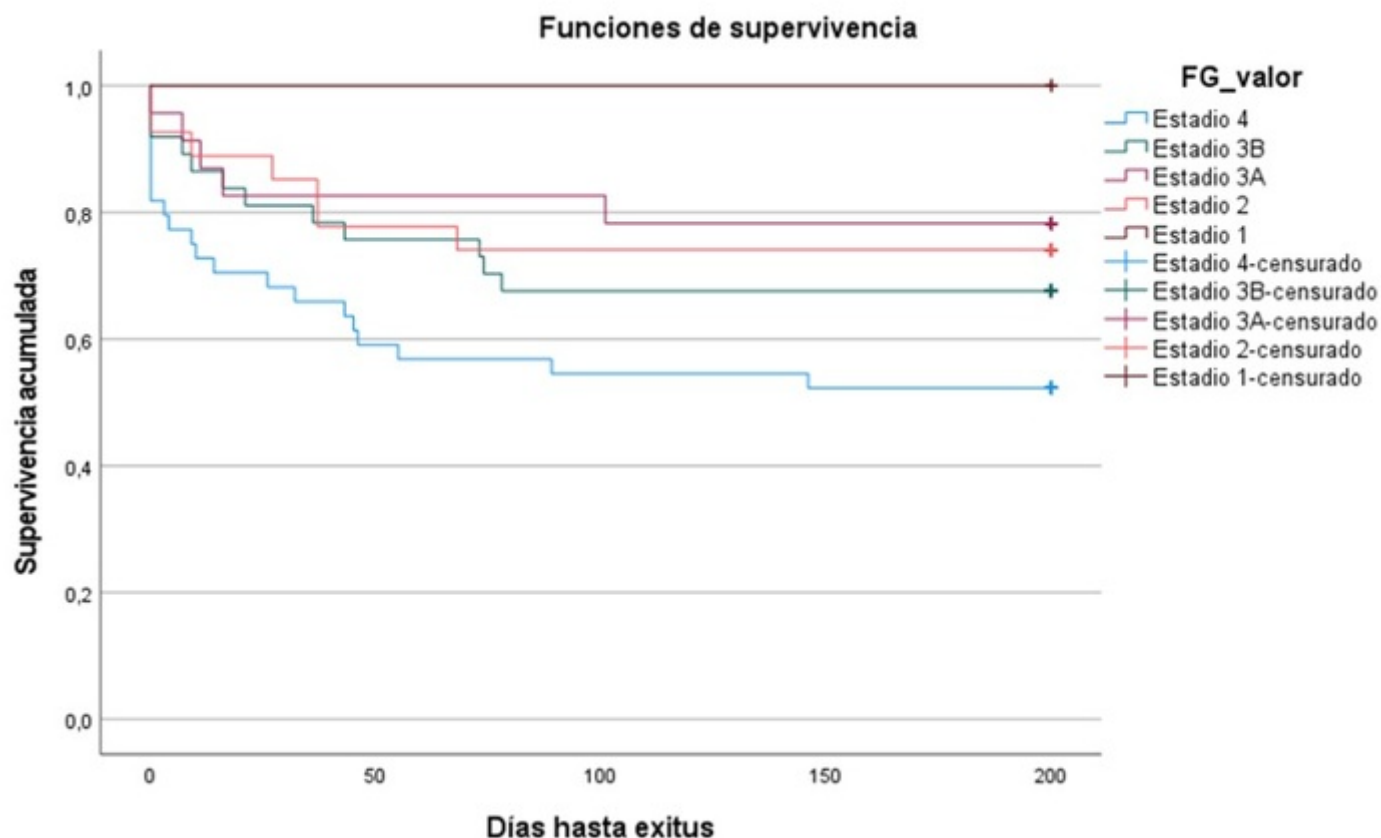
Resultados: Se incluyeron 136 pacientes, con una edad media de $89,38 \pm 6,19$ años, con 84 (61,8%) mujeres, de los cuales 102 (75,7%) eran pluripatológicos, con una mediana de ingresos y urgencias en el último año de 1 vez. Entre las comorbilidades del paciente, queremos destacar la enfermedad renal crónica (ERC) con un filtrado glomerular (FG) de $42,81 \pm 14,50$, habiendo 99 (72,8%) con ERC 3A o peor (FG 60 ml/min). En relación al uso de diuréticos, se incluyeron en este estudio aquellos fármacos con acción diurética que tuvieran influencia en el bloqueo secuencial de la nefrona. Se usó furosemida en 106 (77,9%) pacientes, con una dosis media de $89,72 \pm 58,30$ mg, tiazidas en 10 (7,4%), ISGLT2 en 30 (22,1%) y ARM en 29 (21,3%). De ellos, se usaron una combinación de 2 en 39 (28,7%), 3 en 12 (8,8%) y 4 en 1 (0,7%) pacientes. Aquellos con una ERC previa 60 ml/min tuvieron que usar una mayor cantidad de furosemida frente a los que no la presentaban ($94,82 \pm 62,55$ vs. $71,30 \pm 34,42$, $p = 0,021$), así como una mayor combinación de diuréticos ($p = 0,021$) (tabla 1). No hubo una correlación con la sintomatología de disnea del paciente según la clasificación NYHA, ni con la FEVI del paciente. Por último, el mayor uso de diuréticos no se asoció a cambios en las visitas a urgencias, fallecimientos ni variaciones en los días de estancia. Sin embargo, los diferentes estadios de enfermedad renal crónica tuvieron una clara influencia en el pronóstico, siendo peor a peor estadio de la ERC (tabla 2 y figs.) ($p = 0,027$). En cuanto a su filtrado durante el ingreso (independientemente de su ERC), la aparición de peores cifras se asoció a un mayor reingreso ($p = 0,034$), visitas a urgencias ($p = 0,001$) y *exitus* (0,037), sin correlacionarse con los días de estancia.

Tabla 1

	Enfermedad renal crónica		Total	
No	Si			
Nº diuréticos	0-1	27	57	84
2	10	29	39	
3	0	12	12	
4	0	1	1	
Total	37	99	136	

Tabla 2

		N total	N de eventos (%)
Enfermedad renal crónica (FG 60)	No	37	7 (18,9%)
Sí	99	39 (39,4%)	
Valor FG	Estadio 1	2	0 (0%)
Estadio 2	27	7 (29,5%)	
Estadio 3A	23	5 (21,4%)	
Estadio 3B	37	12 (32,4%)	
Estadio 4	44	21 (47,7%)	



Conclusiones: De acuerdo con este estudio podemos destacar que un peor estadio de ERC o tener un peor FG (independientemente de su ERC) es un factor pronóstico independiente y fundamental a pesar de la FEVI que presente o cualquier otra comorbilidad o medicación que tomara, destacando la importancia que tiene el síndrome cardiorrenal en nuestros pacientes. La presencia de ERC se acompañó de un uso de mayor cantidad de furosemda y una mayor combinación de diuréticos en nuestros pacientes, sin asociarse a un mejor

pronóstico de la enfermedad.