



Revista Argentina de Cardiología
ISSN: 0034-7000
revista@sac.org.ar
Sociedad Argentina de Cardiología
Argentina

Mariani, Javier
Insuficiencia renal comórbida en la insuficiencia cardíaca
Revista Argentina de Cardiología, vol. 77, núm. 4, julio-agosto, 2009
Sociedad Argentina de Cardiología
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305326943006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Insuficiencia renal comórbida en la insuficiencia cardíaca

JAVIER MARIANI¹

En este número de la *Revista*, Acosta y colaboradores presentan un estudio minucioso acerca de la prevalencia de insuficiencia renal en un grupo de pacientes con insuficiencia cardíaca y disfunción sistólica ventricular izquierda. El estudio demuestra que niveles de insuficiencia renal por lo menos moderados (depuración de creatinina < 60 ml/min) se presentan en más del 40% de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC). (1) Los pacientes con insuficiencia renal tuvieron menos capacidad funcional, peor estado nutricional, valores de biomarcadores más elevados y recibieron con menor frecuencia tratamientos basados en la evidencia que los que no presentaban insuficiencia renal.

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad que afecta más a menudo a personas añosas. Esto explica en parte la elevada prevalencia de comorbilidades (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, apneas del sueño, trastornos cognitivos, artrosis/artritis, depresión, cáncer, anemia) en general y de insuficiencia renal en particular. (2, 3)

La presencia de insuficiencia renal en estos pacientes se asocia con mayor riesgo de muerte total y cardiovascular y de hospitalizaciones por cualquier causa y por insuficiencia cardíaca descompensada. (4-6) Esta asociación es independiente de la edad y de la función ventricular. (4-6)

Braunstein y colaboradores estudiaron a un grupo de beneficiarios del Medicare de los Estados Unidos con más de 65 años de edad e ICC. El 39% de los pacientes tenían cinco o más comorbilidades no cardíacas y sólo el 4% presentaban ICC aislada. (7) Una de las comorbilidades más frecuentes fue la insuficiencia renal crónica. Si bien los pacientes con cinco o más comorbilidades fueron el 39% del total, concentraron el 81% de los días de internación. La mitad de todas las internaciones se consideraron potencialmente evitables. En esta cohorte, las enfermedades respiratorias crónicas (RR 2,34; IC 95% 2,27 a 2,41) y la insuficiencia renal (RR 1,65; IC 95% 1,58 a 1,73) fueron las variables asociadas con los mayores riesgos relativos de muerte. En el estudio de Acosta y colaboradores, el 42% de los pacientes con ICC e insuficiencia renal tenían alguna comorbilidad no cardíaca adicional.

Estos datos resaltan la complejidad en el manejo de los pacientes con ICC en la práctica clínica, por la confluencia de comorbilidades que determinan el pronóstico de manera independiente de la presencia y gravedad de la ICC. Algunas de las razones que expli-

can por qué los pacientes con comorbilidades experimentan con mayor frecuencia eventos adversos que llevan a internaciones evitables y a peor sobrevida incluyen: 1) la subutilización de tratamientos efectivos para la ICC por motivos de seguridad (como los betabloqueantes en pacientes con EPOC o los IECA en pacientes con insuficiencia renal), 2) la falta de adherencia a regímenes complejos de medicación o la incapacidad para recordarlos (el número medio de drogas prescripto a pacientes de 65 años o más dados de alta con diagnóstico de insuficiencia cardíaca es de 6,8, lo que representa una media de 10,1 dosis por día), 3) cuidado ambulatorio inadecuado, apoyo social inapropiado y fallas para buscar y acceder a la atención médica rápidamente ante la recurrencia de síntomas, (8) 4) los pacientes con múltiples comorbilidades y polifarmacia a su vez están más expuestos a interacciones farmacológicas, 5) finalmente, es posible que la mayor carga de enfermedades crónicas disminuya la reserva fisiológica y exponga a los portadores a un número mayor de eventos agudos.

Como mencionan Acosta y colaboradores, los pacientes con comorbilidades en general y con insuficiencia renal en particular están subrepresentados en los ensayos clínicos que probaron la eficacia de numerosos tratamientos para la ICC. (9) Los betabloqueantes fueron las drogas más extensamente estudiadas en pacientes con ICC e insuficiencia renal y los datos provenientes tanto de análisis *post hoc* de los estudios CIBIS II (bisoprolol) y MERIT-HF (metoprolol CR/XL) como de un pequeño estudio aleatorizado (114 pacientes) con carvedilol en pacientes con ICC en hemodiálisis demuestran su eficacia y seguridad en un amplio espectro de pacientes con insuficiencia renal. (10-12) Con respecto a los inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona, los datos son más limitados. Sin embargo, el análisis retrospectivo del estudio CHARM sugiere que la eficacia y la seguridad del bloqueante del receptor de la angiotensina candesartán no estuvo influido por la presencia de insuficiencia renal moderada. Datos de otros estudios observacionales también sugieren la eficacia de los IECA en pacientes con insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal moderada. (4, 6, 13) Tras el inicio de los IECA/BRA es posible observar incrementos de la creatinina, lo que hace necesaria una monitorización más cuidadosa que en los pacientes sin insuficiencia renal. A pesar de los datos publicados favorables a su utilización, los pacientes con ICC e insuficiencia renal tienen menos probabilidad que

¹ Coordinador de la Unidad Coronaria, Hospital El Cruce, Florencio Varela, Pcia. de Buenos Aires, Argentina

sus contrapartes sin insuficiencia renal de recibir estos tratamientos. (6)

La asociación de edad avanzada y presencia de múltiples patologías crónicas que requieren tratamiento representa un pronóstico sombrío para los pacientes y un desafío mayor para los médicos encargados de su cuidado. Es necesario que los esfuerzos de investigación se dirijan a determinar la mejor estrategia de manejo de los pacientes, que debería incluir un equipo multidisciplinario.

El estudio de Acosta y colaboradores constituye un aporte sustancial para comenzar a estimar la magnitud del problema de las comorbilidades en la ICC en la práctica clínica. Carecemos aún de datos sobre la población con ICC y función sistólica conservada y su evolución alejada, lo que será necesario complementar para comprender las dimensiones reales de este problema y planificar intervenciones destinadas a mejorar la evolución clínica de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta A, Migliori M, Vainstein N, Marino JC, Guglielmono R, Trivi MS y col. Perfil clínico y funcional de los pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica y disfunción renal. *Rev Argent Cardiol* 2009;77:286-92.
2. Krum H, Gilbert RE. Demographics and concomitant disorders in heart failure. *Lancet* 2003;362:147-58.
3. Lang CC, Mancini DM. Non-cardiac comorbidities in chronic heart failure. *Heart* 2007;93:665-71.
4. Hillege HL, Nitsch D, Pfeffer MA, Swedberg K, McMurray JJ, Yusuf S, et al; Candesartan in Heart Failure: Assessment of Reduction in Mortality and Morbidity (CHARM) Investigators. Renal function as a predictor of outcome in a broad spectrum of patients with heart failure. *Circulation* 2006;113:671-8.
5. Fonarow GC, Heywood JT. The confounding issue of comorbid renal insufficiency. *Am J Med* 2006;119:S17-25.
6. Ezekowitz J, McAlister FA, Humphries KH, Norris CM, Tonelli M, Ghali WA, Knudtson ML; APPROACH Investigators. The association among renal insufficiency, pharmacotherapy, and outcomes in 6,427 patients with heart failure and coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:1587-92.
7. Braunstein JB, Anderson GF, Gerstenblith G, Weller W, Niefeld M, Herbert R, Wu AW. Noncardiac comorbidity increases preventable hospitalizations and mortality among Medicare beneficiaries with chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2003;42:1226-33.
8. Masoudi FA, Baillie CA, Wang Y, Bradford WD, Steiner JF, Havranek EP, et al. The complexity and cost of drug regimens of older patients hospitalized with heart failure in the United States, 1998-2001. *Arch Intern Med* 2005;165:2069-76.
9. Coca SG, Krumholz HM, Garg AX, Parikh CR. Underrepresentation of renal disease in randomized controlled trials of cardiovascular disease. *JAMA* 2006;296:1377-84.
10. Erdmann E, Lechat P, Verkenne P, Wiemann H. Results from post-hoc analyses of the CIBIS II trial: effect of bisoprolol in high-risk patient groups with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2001;3:469-79.
11. Ghali JK, Wikstrand J, Van Veldhuisen DJ, Fagerberg B, Goldstein S, Hjalmarson A, et al; MERIT-HF Study Group. The influence of renal function on clinical outcome and response to beta-blockade in systolic heart failure: insights from Metoprolol CR/XL Randomized Intervention Trial in Chronic HF (MERIT-HF). *J Card Fail* 2009;15:310-8.
12. Cice G, Ferrara L, D'Andrea A, D'Isa S, Di Benedetto A, Cittadini A, et al. Carvedilol increases two-year survival in dialysis patients with dilated cardiomyopathy: a prospective, placebo-controlled trial. *J Am Coll Cardiol* 2003;41:1438-44.
13. Frances CD, Noguchi H, Massie BM, Browner WS, McClellan M. Are we inhibited? Renal insufficiency should not preclude the use of ACE inhibitors for patients with myocardial infarction and depressed left ventricular function. *Arch Intern Med* 2000;160:2645-50.