

mayor tasa de tratamiento médico óptimo, ahorrando visitas innecesarias. Estos datos deben demostrar una reducción de morbimortalidad en un seguimiento a largo plazo.

630/40. USO DE FÁRMACOS PRONÓSTICOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI REDUCIDA EN ENFERMEDAD RENAL GRAVE

Pedro Agustín Pajaro Merino¹, Raúl López Aguilar¹, José Ignacio Morgado García de Polavieja¹, José Andrés Del Valle Montero¹, Fernando Fernández Girón², Irene Díaz Díez², Sonia Cruz Muñoz² y Antonio Enrique Gómez Menchero¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) grave confiere peor pronóstico a pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y FEVI reducida, siendo excluidos habitualmente de ensayos clínicos, con indicación de tratamientos limitada por ficha técnica o dudas en seguridad. Nuestro objetivo es valorar la seguridad de fármacos pronósticos de IC-FEVI reducida en pacientes con ERC grave.

Métodos: Análisis descriptivo de una serie consecutiva de pacientes valorados en unidad cardiorrenal con IC y ERC grave (FGe < 30 ml/min), entre octubre de 2021-febrero de 2022.

Resultados: Se incluyó a 18 pacientes, edad media 69,6 ± 10,1 años, 61,1% hombres, 100% HTA, 66,7% diabéticos, FA 55,6%, ERC estadio G4 83,3 y G5 (todos en hemodiálisis) 16,7%. FEVI media 36,4 ± 10,9%, etiología isquémica 70,6%, clase funcional II 61,1%, 50% con dispositivos implantados. Año previo, el 38,9% visitó urgencias sin ingreso y el 44,4% ingresó. Basalmente, media pro-BNP 6.248 ± 6.913 pg/ml, Cr 2,92 ± 0,87 mg/dl, FGe 22,06 ± 6,6 ml/min, K 4,8 ± 0,75 mEq/dl. Tratamiento basal: ARNI el 72,2%, betabloqueantes el 88,9%, ARM el 38,9%, iSGLT2 el 5,6%. En el seguimiento (medio 112 ± 33 días) 1 fallecimiento (causa oncológica), 13,3% visitas a urgencias, 13,3% ingresos, sin casos de ERC terminal a 3 meses, Cr 2,31 ± 0,69 mg/dl, FGe 26,6 ± 8,3 ml/min, K 4,6 ± 0,53 mEq/dl. Tratados con ARNI, el 77,8%, betabloqueantes el 88,9%, ARM el 44,4%, iSGLT2 el 22,2%. No se ha retirado ningún fármaco, sin episodios de hiperpotasemia.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el uso de ARNI, ARM e iSGLT2 en FGe < 30 ml/min es seguro, sin generar hiperpotasemia ni conllevar a situación terminal renal. Un abordaje conjunto con nefrología permite introducir tratamiento pronóstico en estos pacientes con seguridad. Estos datos deben demostrarse en cohortes mayores y demostrar reducción de morbimortalidad a largo plazo.

630/41. USO DE LOS NUEVOS QUELANTES DE POTASIO. EXPERIENCIA EN VIDA REAL

José Andrés Del Valle Montero¹, Pedro Agustín Pajaro Merino¹, José Ignacio Morgado García de Polavieja¹, Raúl López Aguilar¹, Fernando Fernández Girón², Irene Díaz Díez², Sonia Cruz Muñoz² y Antonio Enrique Gómez Menchero¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La hiperpotasemia es una alteración electrolítica frecuente, potencialmente mortal de forma aguda y limitando a medio-largo plazo el uso de inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA) en pacien-

tes con enfermedad renal crónica (ERC), que precisan por valor pronóstico aquellos con insuficiencia cardiaca (IC) con FEVI reducida, indicación IA. La dieta baja en potasio y los quelantes clásicos tienen baja adherencia y efectividad. Recientemente han aparecido nuevos quelantes (patiromer, ciclosilicato de sodio-zirconio) como arsenal terapéutico. El objetivo fue valorar su seguridad, eficacia y adherencia en pacientes en vida real.

Métodos: Análisis descriptivo del uso de nuevos quelantes de potasio en pacientes valorados en nuestra Unidad Cardiorrenal, entre octubre de 2021-febrero de 2022.

Resultados: De 37 pacientes valorados se prescribieron en 7. Edad media 68,17 ± 10,1 años, 71,4% hombres, 85,7% HTA, 42,9% diabéticos. ERC estadio G3b 42,9 y G4 57,1%. FEVI media 35,5 ± 3,8%, isquémicos 57,1%, clase funcional I 42,9% y II 57,1%, dispositivos implantados 42,9%. Basalmente, Cr media 2,46 ± 0,81 mg/dl, FGe 27,29 ± 5,52 ml/min, K 5,24 ± 0,43 mEq/dl. Tratamiento basal optimizado: ARNI 71,4%, betabloqueantes 77,8%, ARM 33,3%, iSGLT2 14,3%. En el seguimiento (medio de 117 ± 31 días) sin ERC terminal a 3 meses, K 5,03 ± 0,47, optimizados en tratamiento: ARNI 100%, iSGLT2 42,8%, resto igual. Dosis bajas de quelantes 57,1%. No se abandonó ningún fármaco por efectos secundarios, no hipopotasemias/hipomagnesemias ni visitas a urgencias.

Conclusiones: En nuestra experiencia inicial, el uso de nuevos quelantes de potasio ha resultado seguro, eficaz y ha permitido titular medicación pronóstica sin efectos adversos referidos. Estos datos deben demostrarse en un seguimiento a largo plazo.

630/42. DIFERENCIAS EN LA HISTORIA NATURAL DE LOS TRASTORNOS DEL RITMO ENTRE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y FENOCOPIAS

Carlos Federico Gómez Navarro¹, Isabel María Jorquera Lozano¹, Remedios Garofano López², Juan Jiménez Jáimez³, Elvira Carrión Ríos² y Ricardo Fajardo Molina¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la enfermedad genética cardiaca más frecuente. El 50-70% de MCH portan una variante patogénica en un gen sarcomérico. Las MCH presentan trastornos del ritmo con riesgo significativo de muerte súbita.

Las fenocopias de MCH presentan fenotipos indistinguibles, sin mutaciones sarcoméricas. Muchas son enfermedades de depósito, como la enfermedad de Fabry (EF), o el síndrome por variantes genéticas del gen que codifica la subunidad reguladora de la AMPK gamma 2 (SPRKAG2).

Métodos: Describir el historial de complicaciones arrítmicas en poblaciones con EF y SPRKAG2 como grupo fenocopias y compararlo con una población de MCH. Fueron incluidos pacientes con EF (n = 13) y SPRKAG2 (n = 7) de la consulta de Cardiopatías familiares de nuestro centro. Las MCH sarcoméricas (n = 20) son de la consulta de familiares de 2 centros.

Resultados: La edad del grupo fenocopias (47,1 ± 25 años) frente a MCH (43,6 ± 25 años), el 55% eran varones. Tenían un grosor VI máximo similar (15,4 ± 4 frente a 15,8 ± 6). La FEVI fenocopias (59,2 ± 15) frente a MCH (55,9 ± 22). Las fenocopias tuvieron FA 3 frente a 2 en MCH, síncope en 5 de cada grupo y disfunción sinusal en 7 (35%) fenocopias frente a 1 MCH (5%), precisando marcapasos en 3 fenocopias, frente ninguna MCH (p = 0,07). Se implantó 1 DAI en fenocopias frente a 3 en MCH (p = 0,58).