



USO DE AGENTES ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS (AEE) EN EL SÍNDROME CARDIORRENAL

Maria Marques Vidas, Marta Cobo*, Paula Sanchez Briales, Julia González*, Juan Carlos López Azor,*
Ana Sanchez Horrillo, Ester Montero’, J Segovia* José Portolés
S de Nefrología, S de Cardiología * y S de M Interna ’ H. U Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El uso de agentes estimulantes de la eritropoyesis (AEE) en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) e Insuficiencia Cardíaca (IC) es controversial debido a resultados contradictorios en ensayos clínicos. En pacientes con IC, varios estudios han vinculado los AEE con un aumento de eventos adversos cardiovasculares, como hipertensión y accidentes cerebrovasculares, lo que ha llevado a una contraindicación absoluta para su uso en esta condición.

En contraste, en pacientes con ERC, los AEE pueden ser útiles para manejar la anemia, pero su uso debe ser estrictamente monitoreado debido a posibles riesgos, incluyendo hipertensión y trombosis. Las guías clínicas recomiendan su uso controlado y bajo supervisión médica, ajustando las dosis para minimizar riesgos.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 208 pacientes seguidos en la unidad cardiorrenal (UCR) del Hospital Universitario Puerta de Hierro, de los cuales 25 (12%) recibieron tratamiento con AEE.

- Periodo: 21 de enero al 22 de diciembre 2022.
- Tiempo de seguimiento: 12 meses.
- Criterios de exclusión: TRATAMIENTO PREVIO CON AEE

El déficit de hierro se trató con hierro intravenoso (ferricaboximaltosa) acorde a las guías.

OBJETIVO

investigar eventos cardiovasculares (MACE) y renales (descenso combinado del filtrado glomerular estimado (FGe) > 30%, inicio de diálisis y muerte renal) en pacientes con síndrome cardiorrenal (SCR) tratados con AEE según las guías de anemia KDIGO 2012.

PACIENTES

	TOTAL (n 208)	AEE (n 25)	Control (n 183)	P
Edad (a)		76.02 (SD 8.60)	76.01 (SD 9.20)	0.999
Varones (%)	70.8	60.0	72.3	0.205
FEVi (%)		46.7 (SD 16.3)	47.1 (SD 13.7)	0.886
DM2 (n,%)	96 (45.9%)	84 (45.7%)	12 (48.0%)	0.420*
HTA (%)	66.0	72.0	65.2	1.000*
Dislipidemia (%)	41	27	14	0.502*
Tabaquismo (%)	9.9	8.3	10.1	0.781
Eventos CV previos				
C Isq	78 (37.7%)	9 (37.5%)	69(37.7%)	0.984
ICTUS	21 (10.1%)	3 (12%)	18 (9.8%)	0.723*
EAP	0 (0)	0(0)	0	--
eGFR (CKD-EPI) ml/min/173m2		25.8 (SD 13.4)	35.28 (SD 12.5)	0.001
UACR (mg/g)		29.6 (SD 13.4)	126.4 (SD 276.5)	0.630
Hb final (g/dl)	13.37 (SD 2.15)	11.4 (SD 1.51)	13.65 (2.09)	0.000
IST final (%)		25.74 (SD 11.60)	22.6 (SD 9.48)	0.153
Ferritina final (ng/ml)		440.8 (SD 299.5)	272.76 (248.8))	0.006

EVENTOS

	TOTAL (n 208)	AEE (n 25)	Control (n 183)	P
Aumento PAS > 10 mmHG (%),n)	31.3 (n 30)	50 (n 5)	29.4 (n 25)	1.000*
Aumento PAD > 10 mmHG (%),n)	18.3 (n 17)	2 (n 20)	18.1 (n 15)	0.600*
Dif basal-final FGe (ml/min/173m²)		18.34 (SD 19.4)	12.63 (SD 13.9)	0.322
Disminución FGe > 30% (n,%)		3 (18.8)	14(12.7)	0.453
Evento renal combinado (n,%)		4 (25.)	14 (12.7)	0.244
MACE				
IC Isq	1 (0.6%)	0	1 (0.6%)	1.000
ICTUS	0	0	0	
Muerte	0	0	0	

CONCLUSIONES

El uso de AEE en pacientes con síndrome cardiorrenal en el contexto de una UCR ha demostrado ser efectivo y seguro en la corrección de la anemia. Se necesita más investigación para determinar si los AEE benefician a resultados contundentes como la mortalidad o las tasas de reingreso hospitalario en períodos de seguimiento más largos.