

Patiromer y ciclosilicato de sodio y zirconio. Evaluación de eficacia, seguridad y titulación de fármacos pronósticos en pacientes con IC y ERC: estudio bicéntrico en vida real

José Andrés del Valle Montero(1), Miriam Gordillo Sánchez-Jurado(1), Carlos Palacios Castelló(2), Diego Rangel Sousa(2), Iris Esteve Ruiz(2) y Pedro Pájaro Merino(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva - España y (2)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla - España

Introducción: La hiperpotasemia (HiperK) es una complicación frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) e insuficiencia cardiaca (IC), asociada a mayor riesgo de arritmias. Las resinas de intercambio iónico han sido el tratamiento clásico, aunque limitadas por su tolerancia y eficacia. Patiromer y Ciclosilicato de Sodio y Zirconio (SZC) surgen como alternativas eficaces y mejor toleradas
El objetivo de este estudio es analizar su efectividad y seguridad, así como su impacto en la titulación de fármacos pronósticos en IC

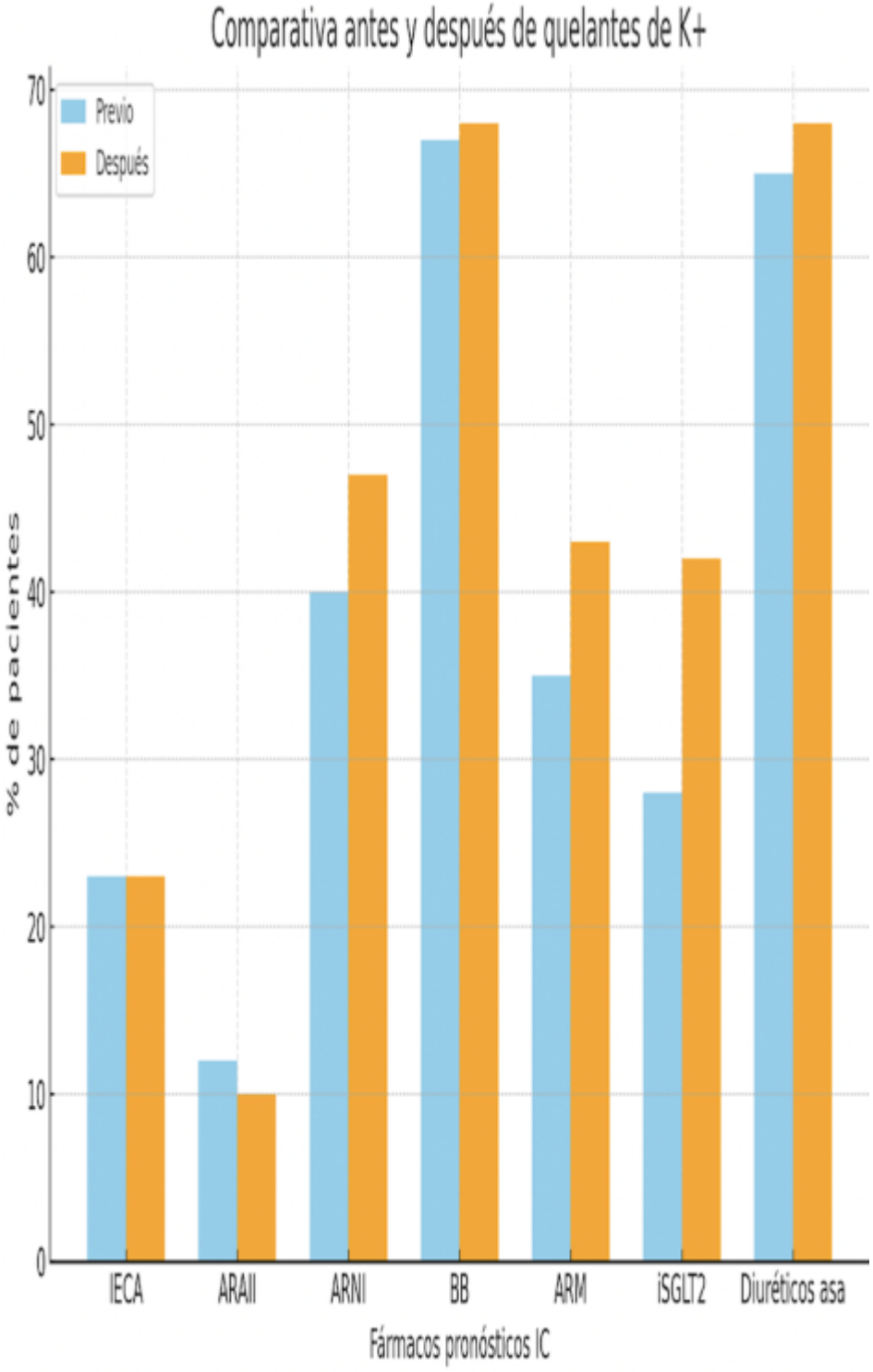
Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y bicéntrico que incluyó a pacientes en seguimiento por los servicios de Cardiología de los hospitales Juan Ramón Jiménez (Huelva) y Virgen del Rocío (Sevilla), en quienes se inició tratamiento con quelantes del potasio entre diciembre de 2021 y febrero de 2025. Se recogieron características basales, efectos adversos, eficacia en reducción de K+ y titulación de fármacos pronósticos de IC

Resultados: Se incluyeron 93 pacientes tratado con quelantes del potasio (características basales en tabla adjunta). El 81.7% presentó ERC y el 66.7% IC. De ellos 40 habían recibido previamente resinas, suspendidas por efectos gastrointestinales (75%) o no alcanzar objetivos de K+ (25%). Antes del inicio del quelante, fue necesario suspender inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA) en el 17.3% de los casos y reducir la dosis en el 29.3% debido a hiperK

El potasio sérico medio al inicio del tratamiento fue de 5.91 ± 0.55 mmol/L, descendiendo a 5.14 ± 0.63 (1 semana) y 5.01 ± 0.40 al mes, sin observar diferencias significativas entre los ambos fármacos. Durante el seguimiento se logró mantener la prescripción de antagonistas del receptor de mineralocorticoides, observándose un aumento tanto en el número de pacientes tratados como en la dosis administrada. Se evidenció una evolución similar con los iSRAA

Sólo en cinco casos fue necesario cambiar de fármaco: tres de Patiromer a SZC por estreñimiento y dos de SZC a Patiromer por edemas. Se registraron cinco fallecimientos, uno de ellos cardiovascular

Conclusiones: En nuestra cohorte, el tratamiento con quelantes del K+ mostró un buen perfil de seguridad y eficacia en la reducción de K+, permitiendo persistencia y escalada de dosis de tratamiento pronóstico de IC. Estos datos apoyan el uso de Patiromer y SZC como opciones seguras en pacientes con hiperK e IC y/o ERC



Características basales y titulación de fármacos pronósticos

Características basales	SZC (n=54)	Patiromer (n=39)	Total (n=93)
Edad media	62 años	59 años	61 años
Sexo femenino	18	12	30 (32.3%)
HTA	48	33	81 (87.1%)
DM	30	24	54 (58.1%)
FEVI media	39.5 ± 16.04	41.33 ± 14.12	40.5 ± 15.3%
NYHA			
I	8	7	15 (16%)
II	30	22	52 (56%)
III	13	8	21 (22.6%)
IV	3	2	5 (5.4%)
Fibrilación auricular	14	12	26 (28%)
FG (mediana o media)	32.6 mL/min/m²	38.35 mL/min/m²	34.4 mL/min/m²
Etiología isquémica IC (n=62)	19	15	34 (54.8%)
NTproBNP medio	2582	2163	2387
Empleo previo de resinas	23	17	40 (43%)
Dosis del quelante de potasio alcanzada sgto			
· Dosis basales (5/8.4g)	47	32	79 (85%)
· Dosis avanzadas (10g/16.8g)	7	7	14 (15%)
Tratamiento neurohormonal previo			
· IECAS	11	12	23 (24.7%)
· ARAII	8	4	12 (12.9%)
· ARNI	22	18	40 (43%)
· Bb	38	29	67 (72%)
· ARM	20	15	35 (37.7%)
· iSGLT2	18	10	28 (20.1%)
· Diuréticos asa	39	26	65 (69.9%)
Tratamiento neurohormonal seguimiento			
· IECAS	16	7	23 (24.7%)
· ARAII	6	4	10 (10.8%)
· ARNI	26	21	47 (50.5%)
· Bb	39	29	68 (73.1%)
· ARM	24	19	43 (45.2%)
· iSGLT2	24	18	42 (44.1%)
· Diuréticos asa	41	27	68 (73%)
Dosis ARM diaria previo			
· 12,5 mg	4	2	6 (6.4%)
· 25 mg	12	12	24 (25.8%)
· 50 mg	3	2	5 (5.4%)
Dosis ARM diaria sgto			
· 12,5 mg	3	3	6 (6.5%)
· 25 mg	14	13	27 (29%)
· 50 mg	7	3	10 (10.8%)
Dosis ARNI diario previo			
· 24 mg/26 mg	11	11	22 (23.7%)
· 49 mg/51 mg	6	5	11 (11.8%)
· 97 mg/103 mg	5	2	7 (7.5%)
Dosis ARNI diario sgto			
· 24 mg/26 mg	9	7	16 (17.2%)
· 49 mg/51 mg	10	10	20 (21.5%)
· 97 mg/103 mg	7	4	11 (11.8%)

SZC: Ciclosilicato de Na y Zirconio; HTA: Hipertensión Arterial; DM: Diabetes Mellitus; FG: Filtrado Glomerular; IC: Insuficiencia Cardiaca; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; ARAII: Antagonistas de los Receptores de la Angiotensina II; ARNI: Inhibidores del receptor de angiotensina-neprilisina; BB: Betabloqueantes; ARM: Antagonista de receptor de mineralocorticoides; iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2;