

Estudio TRACK: subanálisis español de las características basales y manejo de la hiperpotasemia en pacientes con seguimiento en cardiología y nefrología

Ana Roncero Martín(1), Antoni Bayés Genís(2), Román Freixa Pamias(3), Antonio Miñano Oyarzábal(4), Santiago Jiménez Marrero(5), Alberto Ortiz Arduan(6), Pablo Bouza Piñeiro(7), Maribel Troya Saborido(8), Allum Alaster(9), Eric Wittbrodt(10), Miren Sequera Mutiozabal(1) y Jordi Bover Sanjuán(8) de (1)BioPharmaceuticals Medical. AstraZeneca, Madrid - España, (2)Director de l'Institut del Cor (Heart Institute Director). Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España, (3)Servicio de Cardiología. Hospital De San Joan Despi Moises Broggi, Barcelona - España, (4)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España, (5)Servicio de Cardiología. Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona - España, (6)Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid - España, (7)Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol (A Coruña) - España, (8)Servicio de Nefrología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona) - España, (9)BioPharmaceuticals Medical. AstraZeneca, Cambridge (Cambridgeshire) - Reino Unido y (10)BioPharmaceuticals Medical. AstraZeneca, Wilmington (Delaware) - Estados Unidos

Introducción: La hiperpotasemia (HK) es frecuente en enfermedad renal crónica (ERC) e insuficiencia cardiaca (IC), especialmente con inhibidores del sistema renina–angiotensina–aldosterona (iSRAA). TRACK describe decisiones terapéuticas del manejo de HK durante 12 meses en práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio multinacional, observacional y prospectivo realizado en EE. UU., Reino Unido, Alemania, Italia y España. Se incluyeron adultos con potasio sérico >5,0 mmol/L en 17 centros españoles en Cardiología (N=7) y Nefrología (N=10). Se realizó un subanálisis descriptivo de las características basales y manejo de HK durante 12 meses en la cohorte española según seguimiento por Nefrología o Cardiología.

Resultados: Se incluyeron 256 pacientes: 167 en Nefrología y 89 en Cardiología [edad media similar; mayor presencia de ERC (98.8% ERC; 81% estadio IV-V) en Nefrología y de IC (89.9%; 66% ERC+IC) en Cardiología].
El uso de IECA/ARA-II/INRA fue moderado y estable en Nefrología (61,7%?62,3%) y alto en Cardiología (86,5%?90,1%); las dosis objetivo, 63,1%?58,3% y 40,3%?50,7%, respectivamente. El uso de ARM fue bajo en Nefrología (7,8%?5,8%) y elevado en Cardiología (58,4%?66,7%), con altas tasas de dosis objetivo en esta última. La continuación de iSRAA fue la estrategia predominante en Cardiología (89,9%?95,1%) y la dieta baja en K+ (74,9%?64,9%) en Nefrología, mientras que la monitorización de potasio superó el uso de quelantes en ambas cohortes. El tratamiento activo de HK fue 81,7%?77,9% en Nefrología y 40,2%?40,7% en Cardiología; la consecución del objetivo terapéutico descendió en el seguimiento en ambos grupos.
Nefrología priorizó la seguridad (52,5%?55,9%) y Cardiología la facilidad del tratamiento (40,9%?43,2%). En la duración del tratamiento, Nefrología trató hasta normalizar K (55,1%?56,5%); en Cardiología disminuyó esta opción, y aumentó un periodo específico (39,3%?45,7%) y mantenerlo con iSRAA (15,7%?25,9%). Acordemente, la principal expectativa de tratamiento fue normalizar K en Nefrología (94,0%?90,9%), mientras que en Cardiología

descendió (70,8%?43,2%) y aumentó mantener iSRAA (58,4%?70,4%).

Conclusiones: Estos hallazgos sugieren patrones diferenciados en el manejo de HK según especialidad: Cardiología se centró en mantener iSRAA, mientras que Nefrología priorizó la seguridad y la normopotasemia. La monitorización de K y las medidas conservadoras pesaron más que los quelantes, pese a las guías.

Tabla 1 - Características basales, tratamiento con iSRAA y estrategias de manejo de la HK en basal y mes 12 de seguimiento en pacientes seguidos en Cardiología y Nefrología

		Basal Nefrología (N=167)	**Basal Cardiología (N=89)**	**Mes 12 Nefrología (N=154)**	**Mes 12 Cardiología (N=81)**
Características basales	Edad media (DE), años	68.5 (12.59)	70.2 (8.83)	-	-
	Enfermedad Renal Crónica, n (%)	165 (98.8)	65 (73.0)	-	-
	Insuficiencia cardiaca, n (%)	34 (20.4)	80 (89.9)	-	-
Tratamiento con iSRAA, n (%)	**Pacientes con medicación IECA/ARA-II/INRA**	103 (61.7)	77 (86.5)	96 (62.3)	73 (90.1)
	Dosis objetivo de IECA/ARA-II/INRA	65 (63.1)	31 (40.3)	56 (58.3)	37 (50.7)
	Pacientes con medicación ARM	13 (7.8)	52 (58.4)	9 (5.8)	54 (66.7)
	Dosis objetivo de ARM	6 (46.2)	32 (61.5)	3 (33.3)	36 (66.7)
Tratamiento de HK para el episodio actual, n (%)	Monitorización de K+	85 (50.9)	45 (50.6)	75 (48.7)	19 (23.5)
	Dieta baja en K+	125 (74.9)	28 (31.5)	100 (64.9)	15 (18.5)
	Continuación de iSRAA	105 (62.9)	80 (89.9)	96 (62.3)	77 (95.1)
	Quelantes	71 (42.5)	23 (25.8)	70 (45.5)	14 (17.3)
Justificación del tratamiento de HK, n (%)	Facilidad del tratamiento	44 (27.8)	36 (40.9)	28 (19.3)	35 (43.2)
	Seguridad	83 (52.5)	36 (40.9)	81 (55.9)	28 (34.6)
	Guías de tratamiento en ERC	81 (51.3)	5 (5.7)	40 (27.6)	6 (7.4)
Duración del tratamiento de HK, n (%)	Hasta que el nivel de K+ vuelva a la normalidad	92 (55.1)	39 (43.8)	87 (56.5)	22 (27.2)
	Periodo de tiempo específico	53 (31.7)	35 (39.3)	43 (27.9)	37 (45.7)
	Mientras el paciente tome iSRAA	6 (3.6)	14 (15.7)	15 (9.7)	21 (25.9)
Resultados esperados del tratamiento de HK, n (%)	Reducir el nivel de K+ al rango normal	157 (94.0)	63 (70.8)	140 (90.9)	35 (43.2)
	Mantener iSRAA	58 (34.7)	52 (58.4)	74 (48.1)	57 (70.4)

iSRAA: inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona; HK: hiperpotasemia; ARA-II: bloqueantes de los receptores de la angiotensina II; ARM: Antagonistas de los receptores de aldosterona; INRA: Inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina II; IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; K+: potasio