



6005-38. MEJORÍA DE LA CLASE FUNCIONAL EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y ENFERMEDAD RENAL AVANZADA TRAS TITULACIÓN DE ARNI

Cristina Goena Vives¹, Rubén Natividad Andrés², Alaitz Romero Pereiro³, Germán Zugazabeitia Irazabal³, Ainara Lozano Bahamonde⁴, Itziar Solla Ruiz⁵, Irene Rilo Miranda⁵, Pablo Legarra Oroquieta⁶, Cristina Gómez Ramírez⁷, Laura Quintas Ovejero¹, Ibon Rodríguez Sánchez³, Estíbaliz Hernández Centeno⁸, Maitane Pérez de Nanclares Ingelmo⁹, Patricia Gil Armentia⁹ y Vanessa Escolar Pérez⁴

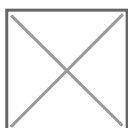
¹Hospital Mendaro (Guipúzcoa). ²Hospital San Eloy, Barakaldo (Vizcaya). ³Hospital Galdakao (Vizcaya). ⁴Hospital Universitario Basurto, Bilbao (Vizcaya). ⁵Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa). ⁶Complejo Hospitalario Navarra, Pamplona (Navarra). ⁷Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Vizcaya). ⁸Hospital Santa Marina, Bilbao (Vizcaya). ⁹Hospital Universitario Araba, Vitoria (Álava).

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad renal (ER) y la Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFER) coexisten con frecuencia pero el tratamiento con ARNI en este subgrupo de pacientes está menos extendido y sus efectos menos estudiados.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo y multicéntrico (9 centros) que incluye 67 pacientes con ICFER y una tasa de filtración glomerular (TFG) 40 mL/min. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos de tratamiento y analíticos. Se analizan los datos al inicio y al mes de alcanzar la dosis máxima tolerada de ARNI.

Resultados: Se incluyeron 67,2% hombres (N = 45) y 32,8% mujeres (N = 22), con edad media de $76 \pm 8,5$ años, FEVI media de $29,19 \pm 6,13\%$, NT-proBNP promedio 6.542 pg/ml y una TFG de $32,31 \pm 5,71$ mL/min. Los principales antecedentes eran la HTA (N = 60, 89%), DM (N = 32, 48%), cardiopatía isquémica (N = 33, 49%), IM grave (N = 20, 30%) y 8 (12%) con terapia de resincronización. El uso previo de IECA/ARAII era de un 68,7% (N = 46), 85% BB y 43% ARM. Un paciente recibió Patiromer. Las dosis de ARNI alcanzadas: alta N = 10 (14,92%), media N = 19 (28,36%) y baja N = 38 (56,72%). Al mes de la dosis máxima tolerada 55 pacientes la mantienen, 8 requieren bajarla y se suspende en 4 casos. No hay cambios estadísticamente significativos en las cifras de K⁺ pero si una mejoría en el FG (p = 0,02) llegando a FG > 40 en 18 casos. Los valores de NT-proBNP muestran una tendencia al descenso (no estadísticamente significativa). Hay una mejoría de la NYHA a las 4 semanas de alcanzar la dosis máxima de ARNI (fig.) (p 0,001). Dadas las limitaciones que tienen la determinación de la clase funcional mediante la NYHA y el NT-proBNP en estos pacientes, una medida más objetiva como las dosis de diurético de asa resulta especialmente útil. Se observó una disminución significativa de los requerimientos de furosemida ($71,86 \pm 33,6$ mg al inicio vs $59,83 \pm 35,76$ al final del seguimiento, p 0,001). Destaca que en 2 pacientes se pudo retirar completamente el diurético.



Conclusiones: Nuestro registro en vida real apoya que la mejoría de funcional observada en los pacientes con ICFEr tratados con ARNI se mantiene con TFG 15-40 mL/min. Además, la disminución en los requerimientos de diurético de asa permite corroborarlo de forma objetiva.