



## 6057-435. MEJORÍA CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL AVANZADA Y TRATAMIENTO CON SACUBITRILO/VALSARTÁN ¿HAY DIFERENCIAS?

Cristina Goena Vives<sup>1</sup>, Alaitz Romero Pereiro<sup>2</sup>, Rubén Natividad Andrés<sup>3</sup>, Vanessa Escolar Pérez<sup>4</sup>, Germán Zugazabeitia Irazabal<sup>2</sup>, Itziar Solla Ruíz<sup>5</sup>, Irene Rilo Miranda<sup>5</sup>, Cristina Gómez Ramírez<sup>6</sup>, Laura Quintas Ovejero<sup>1</sup>, Alberto Ullate de la Torre<sup>2</sup>, Maitane Pérez de Nanclares Ingelmo<sup>7</sup>, Patricia Gil Armentia<sup>7</sup>, Estíbaliz Hernández Centeno<sup>8</sup>, Pablo Legarra Oroquieta<sup>9</sup> y Ainara Lozano Bahamonde<sup>4</sup>

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

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El efecto del sacubitrilo/valsartán (SV) en el control de síntomas esta poco descrito en vida real en insuficiencia cardiaca con función reducida (ICFER) y enfermedad renal avanzada (ER) concomitante. El objetivo del estudio es analizar los cambios en la situación funcional en ICFER y ER comparando una población con función renal preservada/levemente disminuida.

**Métodos:** Estudio multicéntrico (9 hospitales) retrospectivo de casos y controles. Se incluyen 198 pacientes aleatoriamente con ICFER en dos grupos según filtrado glomerular (FG): caso con FG 15-39 mL/min y control con FG  $\geq$  40. Se analizan datos clínicos, analíticos y bioquímicos al inicio del ARNI y al mes de la dosis máxima (alta  $\geq$  300 mg/24h, media 150-200 mg/24h y baja 150 mg/24h).

**Resultados:** Se incluyeron 70 casos y 128 controles. Los casos fueron mayores (edad  $76,56 \pm 8,4$  vs  $66,08 \pm 10,05$ ;  $p < 0,0001$ ), con más HTA ( $87,14$  vs  $69,53\%$ ;  $p = 0,005$ ), más IM grave ( $28,57$  vs  $15,63\%$ ;  $p = 0,03$ ) y menos TRC ( $11,43$  vs  $23,44\%$ ;  $p = 0,04$ ). No hubo diferencias en la cardiopatía isquémica, DM ni ingresos o ajustes de diurético al alza durante el seguimiento. FG medio en controles fue de  $71 \pm 18,22$  vs  $32 \pm 5,67$ . Tras la dosis máxima tolerada de SV, el % de uso de BB y MRA se mantiene. Con ER se alcanzan dosis menores de SV (bajo:  $55,71\%$ , medio:  $27,14\%$ , alto:  $17,14$  vs bajo:  $12,30\%$ , medio:  $32,79\%$ , alto:  $54,92\%$ ,  $p < 0,0001$ ) pero casi el 45% consiguen dosis medias/altas. 4 pacientes suspendieron el tratamiento. No hay diferencias estadísticamente significativas en las dosis iniciales de furosemida, pero tras la dosis máxima de SV hay una tendencia a disminuirla en controles (de  $115 \pm 89$  mg a  $100 \pm 80$  mg vs  $60 \pm 85$  mg sin cambios en casos). Los niveles de NT-proBNP descienden en ambos grupos (de  $3.500$  pg/ml a  $2.773$  en los casos y de  $1.631$  a  $1.060$  en los controles). Los pacientes con ER tenían mayor NYHA que los controles (II:  $21,4\%$ , II-III:  $24,3\%$ , III:  $48,6\%$ , IV:  $5,7$  vs II:  $47,7\%$ , II-III:  $38,3\%$ , III:  $14\%$ ;  $p < 0,0001$ ) y al final del seguimiento hay mejoría en ambos grupos (I:  $11,4\%$ , II:  $47\%$ , II-III:  $24,3\%$  III:  $17,1$  vs I:  $9,4\%$ , II:  $74,2\%$ , II-III:  $12,5\%$ , III:  $3,9\%$ ;  $p < 0,0004$ ).

**Conclusiones:** Aunque las dosis de SV alcanzadas son menores en la ER, alcanzar las dosis máximas toleradas permite mantener la mejoría de la NYHA y niveles de NT-proBNP observados en el grupo control pero no descender las necesidades de diurético de forma significativa.