



6022-227. SEGURIDAD DE SACUBITRILO/VALSARTÁN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL AVANZADA

Cristina Goena Vives¹, Alaitz Romero Pereiro², Rubén Natividad Andrés³, Vanessa Escolar Pérez⁴, Itziar Solla Ruíz⁵, Irene Rilo Miranda⁵, Germán Zugazabeitia Irazabal², Cristina Gómez Ramírez⁶, Laura Quintas Ovejero¹, Alberto Ullate de la Torre², Estíbaliz Hernández Centeno⁷, Maitane Pérez de Nanclares Ingelmo⁸, Patricia Gil Armentia⁸, Pablo Legarra Oroquieta⁹ y Ainara Lozano Bahamonde⁴

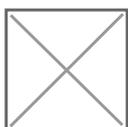
¹Hospital Mendaro (Guipúzcoa). ²Hospital Galdakao (Vizcaya). ³Hospital San Eloy, Barakaldo (Vizcaya). ⁴Hospital Universitario Basurto, Bilbao (Vizcaya). ⁵Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa). ⁶Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Vizcaya). ⁷Hospital Santa Marina, Bilbao (Vizcaya).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

Resumen

Introducción y objetivos: El PARADIGM-HF incluye algunos pacientes con aclaramientos de creatinina bajos pero en la práctica clínica habitual no está muy extendido el uso de sacubitrilo/valsartán (SV) con enfermedad renal (ER) en estadios III y IV. El objetivo es demostrar seguridad y tolerabilidad a corto plazo en insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFER) y ER avanzada al inicio del SV y describir las características de una cohorte de pacientes de este tipo.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo y multicéntrico (9 centros). Incluye 67 pacientes con ICFER y una tasa de filtración glomerular (TFG) (MDRD) 40 mL/min. Se recogieron datos epidemiológicos, de tratamiento y analíticos. Se analizaron los datos al inicio y al mes de alcanzar la dosis máxima tolerada de SV.

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 (ningún paciente tenía TFG 15). 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% betabloqueantes y 43% ARM. Un paciente recibió tratamiento concomitante con patiromer. El 89,5% precisaba diurético de asa de mantenimiento con una dosis de furosemida media de 71,86 mg. Al final del seguimiento el 56,72% (N = 38) de los pacientes se encontraban en tratamiento con la dosis baja, 28,36% (N = 19) dosis media y 15% (N = 10) dosis alta. En 4 pacientes (5%) fue necesario retirar al fármaco (3 hipotensión y 1 hiperpotasemia). En la valoración del mes posterior a completar la titulación se observó una mejoría estadísticamente significativa de la TFG ($p = 0,002$), llegando incluso a alcanzar TFG > 40 en 18 casos, 26,86% (ver imagen), una disminución en la dosis media de diurético de asa (baja de 59,83 mg a 35,76 mg, $p 0,001$) y no hay cambios significativos en las cifras de K+.



Conclusiones: Nuestro registro en vida real apoya la seguridad de SV en pacientes con TFG 15-40 mL/min en una población con ICFer de mayor edad y comorbilidades que en el PARDIGM-HF. No solo las tasas de suspensión fueron bajas sino que SV también ofrece cierto grado de protección de la función renal a corto plazo tras alcanzar la dosis máxima tolerada.