

4015-3. ¿EN QUÉ SE DIFERENCIA LA OPTIMIZACIÓN DE DOSIS DE ARNI EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AVANZADA?

Cristina Goena Vives¹, Alaitz Romero Pereiro², Germán Zugazabeitia Irazabal², Ainara Lozano Bahamonde³, Vanessa Escolar Pérez³, Itziar Solla Ruíz⁴, Irene Rilo Miranda⁴, Cristina Gómez Ramírez⁵, Laura Quintas Ovejero¹, Ibon Rodríguez Sánchez², Maitane Pérez de Nanclares Ingelmo⁶, Patricia Gil Armentia⁶, Estíbaliz Hernández Centeno⁷, Pablo Legarra Oroquieta⁸ y Rubén Natividad Andrés⁹

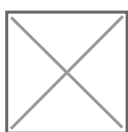
¹Hospital Mendaro (Guipúzcoa). ²Hospital Galdakao (Vizcaya). ³Hospital Universitario Basurto, Bilbao (Vizcaya). ⁴Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa). ⁵Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Vizcaya). ⁶Hospital Universitario Araba, Vitoria (Álava). ⁷Hospital Santa Marina, Bilbao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

Resumen

Introducción y objetivos: Los ARNI han demostrado mejorar el pronóstico en Insuficiencia cardiaca con función reducida (ICFER) pero su papel en pacientes con enfermedad renal avanzada (ER) no está bien establecido. El objetivo es valorar las diferencias en la titulación de ARNI en ICFER y ER con respecto a una población con función renal preservada/ligeramente deprimida.

Métodos: Estudio multicéntrico (9 hospitales) retrospectivo de casos y controles. Se incluyen 198 pacientes aleatorios con ICFER y se dividen según el filtrado glomerular (FG): caso con FG15-40 mL/min y control con FG $\geq$ 40. Se analizan datos clínicos, analíticos y bioquímicos al iniciar el ARNI y al mes de la dosis máxima tolerada (3 categorías: baja 150 mg/24h, media 150-200 mg/24h y alta $\geq$ 300 mg/24h).

Resultados: Del total de pacientes (hombres 143; 10,73% con ICFER $28,21 \pm 6,67\%$) se incluyeron 70 casos y 128 controles. Los pacientes con ER fueron significativamente 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. El FG promedio en el grupo control fue de $71 \pm 18,22$ vs $32 \pm 5,67$. Tras alcanzar la dosis máxima de ARNI no hay cambios en la función renal ni en las cifras de K⁺ estadísticamente significativos. Es más, hay una ligera tendencia a mejorar el FG y en el grupo caso se llega a FG > 40 en 18 pacientes. El uso de BB, ACEI/ARAII y MRA previo fue más frecuente en el grupo control. Tras alcanzar las dosis máximas toleradas el % de uso de BB y ARM se mantiene similar y el grupo control presentó un aumento en el uso de iSGLT2. Los pacientes con ER alcanzaron dosis más bajas de ARNI comparando el grupo control ($p = 0,0001$) pero casi un 45% alcanzan dosis medias-altas (fig.). Únicamente 4 pacientes suspendieron el fármaco (3 hipotensión y 1 hiperpotasemia).



Dosis máxima tolerada de ARNI.

Conclusiones: El uso de ARNI es seguro y bien tolerado en pacientes con ICFeR y ER comparando una población con FG preservado o ligeramente deprimido. Aunque las dosis máximas alcanzadas son menores, casi la mitad de los pacientes alcanzaron dosis de ARNI medias y altas sin precisar desescalar el tratamiento del resto de fármacos inhibidores neurohumorales ni empeorar la función renal.