



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

Cristina Goena Vives¹, Alaitz Romero Pereiro², Rubén Natividad Andrés³, Vanessa Escolar Pérez⁴, Germán Zugazabeitia Irazabal², Itziar Solla Ruíz⁵, Irene Rilo Miranda⁵, Cristina Gómez Ramírez⁶, Laura Quintas Ovejero¹, Alberto Ullate de la Torre², Maitane Pérez de Nanclares Ingelmo⁷, Patricia Gil Armentia⁷, Estíbaliz Hernández Centeno⁸, 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 Universitario Araba, Vitoria (Álava). ⁸Hospital Santa Marina, Bilbao (Vizcaya). ⁹Complejo 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 ≥ 40 . Se analizan datos clínicos, analíticos y bioquímicos al inicio del ARNI y al mes de la dosis máxima (alta ≥ 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 ± 89 mg a 100 ± 80 mg vs 60 ± 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.