



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

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

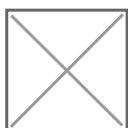
<sup>1</sup>Hospital Mendaro (Guipúzcoa). <sup>2</sup>Hospital San Eloy, Barakaldo (Vizcaya). <sup>3</sup>Hospital Galdakao (Vizcaya). <sup>4</sup>Hospital Universitario Basurto, Bilbao (Vizcaya). <sup>5</sup>Hospital Universitario Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa). <sup>6</sup>Complejo Hospitalario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