



Revista Española de Cardiología



6041-587. TRATAMIENTO CON SACUBITRILO/VALSARTÁN Y SU IMPACTO EN LA CLASE FUNCIONAL Y EL PROBNP: ¿IMPORTAN LA EDAD Y LA ETIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA?

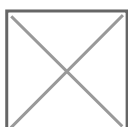
Manjot Singh¹, Mario Galván Ruiz¹, Miguel Fernández de Sanmamed Girón¹, María del Val Groba Marco¹, José María Medina Gil², Eliú David Pérez Nogales², Haridian Mendoza Lemes¹, Verónica Quevedo Nelson¹, Eduardo Caballero Dorta¹, Antonio García Quintana¹ y Pedro Martín Lorenzo¹, del ¹Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) y ²Hospital Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Resumen

Introducción y objetivos: Sacubitrilo/valsartán, un Inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina (INRA), ha demostrado ser una piedra angular en el tratamiento de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFER). Los datos a su favor provienen de ensayos clínicos (PARADIGM-HF), pero existen pocos datos sobre su uso en vida real. Analizamos la evolución sintomática y del Pro-BNP de nuestros pacientes con INRA y los relacionamos con su edad y la etiología de ICFER.

Métodos: Se realizó un registro ambispectivo multicéntrico de 184 pacientes con ICFER tratados con INRA durante 20 meses. Tras inicio de INRA a dosis de 24/26 mg o 49/51 mg se realizó seguimiento clínico y analítico con un intervalo variable entre 1-3 meses, titulando hasta dosis de 97/103 a criterio de su médico. Los síntomas fueron evaluados mediante la escala *New York Heart Association* (NYHA). Se realizó un análisis estadístico multivariante.

Resultados: En nuestra población (n = 184) la edad media fue de $65 \pm 11,75$ años, 72% eran varones, con clase funcional basal NYHA II 55,4%, NYHA III 41,4% y 3,2% sin NYHA. Se clasificó la etiología de la ICFER en 4 grupos: 52,17% de origen isquémico, 33,7% miocardiopatía dilatada (MCD) idiopática, 3,8% secundaria a quimioterapia, 10,33% miscelánea (valvular, genética). Tras tratamiento con INRA la clase funcional era 32,43% NYHA I, 60,14% NYHA II y 7,43% NYHA III. En relación a la edad, en pacientes de ≥ 65 años 68% mejoran la NYHA en comparación al 60% en grupo de < 65 , 32% se mantiene igual frente a los 37% y ninguno empeora frente a los 3% respectivamente. En cuanto a la etiología, 55% del grupo isquémico mejoran la NYHA, 43% se mantienen igual y 2% empeoran, mientras que en MCD idiopática el 75% mejoran, 23% se mantienen y 2% empeoran su clase NYHA. La evolución de la mediana del ProBNP con el p25 y p75 de los 4 grupos se muestra en la tabla.



Evolución de la NYHA (porcentaje) en los distintos grupos del análisis multivariante.

Evolución del Pro-BNP, expresado en mediana con p25 y p75, en los distintos grupos de estudio

		Antes de INRA	Después de INRA	p
Edad	65 años, N = 91 (49,5%)	1.530 (736-4.190)	693 (206-1.857)	0,001
	? 65 años, N = 93 (50,5%)	3.289 (1.258-6.440)	1.581 (606-5.476)	0,05
Etiología	Cardiopatía isquémica, N = 96 (52,17%)	2.482 (838-6.254)	1.767 (832-3.571)	0,096
	MCD idiopática, N = 62 (33,7%)	2.210 (859-498)	577 (206-899)	0,001

Conclusiones: En nuestro registro el sacubitrilo/valsartán ha demostrado mejorar la clase funcional en pacientes con ICFer en vida real. Además los pacientes más añosos tienen mejor evolución sintomática respecto a los jóvenes, igual que la etiología MCD idiopática frente a la isquémica. La disminución del Pro-BNP es significativa en todos los grupos excepto en pacientes con cardiopatía isquémica.