



6065-479. USO DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEPRIMIDA BAJO EFECTO DE SACUBITRILO/VALSARTÁN: EXPERIENCIA DE UN CENTRO NO TERCIARIO

Virgilio Martínez Mateo¹, Manuel José Fernández Anguita¹, Eugenia Martín Barrios¹, Laura Cejudo Díaz del Campo¹, Antonio Jesús Paule Sánchez¹ y Miguel A. Arias Palomares²

¹Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real). ²Complejo Hospitalario de Toledo, SESCAM, Toledo.

Resumen

El número de implantes de dispositivos electrónicos (desfibrilador automático implantable [DAI] y terapia de resincronización cardiaca [TRC]) en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFEr) se ha reducido en los últimos años en España. Además, existe poca información sobre el impacto que el uso de sacubitrilo/valsartán (SV) puede tener en el número total de implantes. Apartado 2. Comparamos las características y número de implantes de DAI/TRC en una unidad de IC de un hospital no terciario entre los periodos con SV no comercializado (periodo 1: inicio de la unidad en enero/2010 hasta septiembre/2016) y comercializado (periodo 2: octubre/2016-enero/2020). Apartado 3 Durante el periodo 1 se inició seguimiento en 428 pacientes (mediana de seguimiento 42,5 meses, 79,5% hombres y edad media $66 \pm 12,1$ años) mientras que en el periodo 2 en 175 (mediana de seguimiento 20,0 meses, 77,0% hombres y edad media $65 \pm 13,1$ años). No hubo diferencias en las características basales, FE, clase funcional y etiología de la IC entre ambos periodos. La tasa de uso de betabloqueantes e ivabradina fue similar (78,6 vs 83,1%, $p > 0,05$ y 21,1 vs 24,3%, $p > 0,05$, respectivamente), siendo mayor el uso de antagonistas de aldosterona en el periodo 2 (57,8 vs 77,9%, $p 0,02$). La tasa de uso de IECAs/ARA-II fue del 93,4 vs 32,4%, iniciándose SV en 111 pacientes (63,4%) en el periodo 2. De éstos hubo que suspender o sustituir el fármaco en 11 pacientes (9,9%). El número de pacientes a los que se implantó un dispositivo fue similar en ambos periodos (83 [20,3%] vs 35 [19,8%]), siendo el 68,6% de implantes del periodo 2 ($N = 24$) en pacientes que estaban bajo tratamiento con SV (el otro 31,4% presentaban contraindicación o intolerancia al uso de SV). La mediana de evolución de la IC hasta el implante en la fase 1 fue 18,4 meses (rango 0-67) por 12,0 meses (rango 0-45) del periodo 2. En el análisis multivariante, el uso de SV no fue predictor de implante de un dispositivo durante la fase 2. Apartado 4. En nuestra unidad la prescripción de SV en pacientes con ICFEr no se asoció a una menor tasa de implante de DAI/TRC. Estudios futuros deberán aclarar el papel e indicaciones de estos dispositivos en pacientes bajo tratamiento con el fármaco.