Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 1099

Revista Española de Cardiología

6041-532. EMPLEO DE LCZ696 EN LA VIDA REAL: TOLERABILIDAD Y EVOLUCIÓN CLÍNICA A CORTO PLAZO

Rafael Bravo Marqués[1], Sergio López Tejero[1], Almudena Valle Alberca[1], Pedro Antonio Chinchurreta Capote[1], Fidel Ernesto Mesa Prado[1], Daniel Moreno Sanjuán[2], Francisco Ruiz Mateas[1] y Francisco José Torres Calvo[1] del [1]Servicio de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga), y [2]Universidad de Málaga.

Resumen

Introducción y objetivos: La prevalencia de IC se ha incrementado convirtiéndose en un importante problema de salud pública. Recientemente, las guías de práctica clínica de IC han aprobado LCZ696 en pacientes con IC con FEVI reducida.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes con HFREF en consulta de IC, que iniciaron LCZ696 entre octubre de 2016 y marzo de 2017. Analizamos características basales, la evolución al mes, parámetros analíticos y tolerancia.

Resultados: 82 pacientes de 69,4 ± 10,1 años, 80,5% varones. HTA 64,6%, 37,8% diabéticos, 47,6% dislipemia. Un 39% presentaban FA o *flutter*, con un CHA_2DS_2-VASc: 4,2 ± 1,7 40,3% tenían ERC (CKDEPI 60 mL/min) y un 18,3% enfermedad pulmonar moderada-grave. La causa de IC fue miocardiopatía dilatada 61% y cardiopatía isquémica 32,9%. El DTDVI era 63 ± 6,5 mm con FEVI 34,3 ± 8,3%. Al inicio del tratamiento la TAS era de 119,1 ± 20,4 mmHg y la TAD 68,8 ± 12,4 mmHg. La mayoría estaba en CF II/IV (50%), mientras que un 36,6% se encontraba en CF III, un 9,8% I y solo un 3,7% IV. El tratamiento fue óptimo en todos los casos (dosis máximas toleradas de inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA), ARAII, bloqueadores beta (BB), antagonistas mineralcorticoides). Se inició ARNI (previamente 51,2% con IECA y resto ARAII) en dosis bajas 50%, dosis medias 31,7%, y dosis altas 18,3%. Tras un mes de seguimiento, observamos una mejoría significativa de la CF (56,1% CF II/IV, 11% CF I/IV, 22% III/IV y 1,2% IV/IV; p = 0,045). En cuanto a la TA la sistólica se redujo a 115,3 ± 18 mmHg y la diastólica a 66,7 ± 11,6 mmHg, rozando esta última la significación estadística (p = 0,057). Esto permitió optimizar dosis de LCZ696 (dosis bajas 24,4%, media 47,6% y alta 22%). Un paciente abandonó LCZ696 por problemas económicos. En cuanto a hallazgos analíticos, destacar una reducción de NT-ProBNP (4.160 a 2.656 ?g/l (p = 0,064). Se observó una disminución de la HbA1c de 7,2% a 6,3% tras un mes de tratamiento, en línea con los resultados del análisis *post hoc* del estudio PARADIGM-HF publicados recientemente.

Conclusiones: LCZ696 en la vida real fue bien tolerado en todos los casos, sin disminución significativa de PA, pudiendo optimizar dosis. Se relacionó con la mejora en la CF y en parámetros analíticos como NT-ProBNP y HbA1c, incluso a corto plazo.