Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 1225

Revista Española de Cardiología

6041-572. DIFERENTES PERFILES DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA SE BENEFICIAN DEL USO DE SABUBITRILO/VALSARTÁN EN CENTROS DE DISTINTO NIVEL. UN SUBANÁLISIS DEL REGISTRO SUMA

Ana Ayesta López[1], Lourdes Vicent Alaminos[2], Alberto Esteban Fernández[3], Manuel Gómez Bueno[4], Javier de Juan Bagudá[5], Pablo Díez Villanueva[6], Ángel Manuel Iniesta Manjavacas[7], Hugo González Saldívar[2], Antonio Rojas González[6], Ramón Bover Freire[3], Diego Iglesias del Valle[8], Marcos García Aguado[9], Jesús A. Perea-Egido[10] y Manuel Martínez- Sellés[2], del [1]Hospital del Sureste, Arganda del Rey (Madrid), [2]Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, [3]Hospital Clínico San Carlos, Madrid, [4] Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), [5]Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, [6]Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, [7]Hospital Universitario La Paz, Madrid, [8]Hospital Infanta Sofía, Madrid, [9]Hospital de Móstoles, Madrid y [10]Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Los resultados del estudio PARADIGM- HF han generalizado el uso de sacubitrilo/valsartán (SV) en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) en clase funcional II y disfunción sistólica en los que el resto del tratamiento está optimizado. Sin embargo, las características de los pacientes incluidos en los estudios difieren de los pacientes que tratamos en la vida real. El presente estudio pretende analizar los diferentes perfiles de pacientes según el tipo de hospital que han recibido SV.

Métodos: El Registro SUMA es un estudio prospectivo observacional que ha incluido los pacientes tratados con SV en 10 centros durante los primeros 6 meses de comercialización. Se han comparado las características y tratamientos basales, la titulación del fármaco y los resultados a 6 meses según el tipo de hospital. Se clasificaron los hospitales en 3 grupos: hospitales con trasplante cardiaco (TxC), hospitales con más de 1.000 camas sin TxC y hospitales medianos y pequeños.

Resultados: Se incluyeron en el registro 427 pacientes. De ellos 204 provenían de hospitales con TxC, 142 de hospitales con más de 1.000 camas sin TxC y 81 de hospitales medianos y pequeños. En las características basales se encontraron diferencias significativas en la edad del paciente, presión arterial sistólica (PAS), Nt-proBNP, potasio, clase funcional y tratamiento de base. Los hospitales pequeños iniciaban SV a dosis bajas, mientras que los grandes con TxC lo iniciaban con más frecuencia a dosis altas (p 0,001), respetando en todos ellos las horas de lavado en caso de tratamiento previo con IECA. A los 6 meses el fármaco se había suspendido con más frecuencia en los hospitales medianos y pequeños (p = 0,001) en probable relación con un mayor número de ingresos hospitalarios (p = 0,02) si bien no había diferencias en cuanto a las tasas de eventos adversos (p = 0,91) ni muerte (p = 0,06). Al final del seguimiento se alcanzaron dosis plenas en más del 50% de los pacientes de hospitales con TxC y hospitales medianos y pequeños, no alcanzando el 15% de los pacientes de hospitales grandes sin TxC (p = 0,001). La mejoría de clase funcional fue homogénea en todos los hospitales.

Características basales y seguimiento en función del tipo de hospital

	Hospitales con TxC (n = 204)	Hospitales > 1.000 camas sin TxC (n = 142)	Hospitales medianos y pequeños (n = 81)	p
Edad (años; media ± DE)	64,1 ± 11,7	72,4 ± 12,9	67,8 ± 10,2	0,001
PAS (mmHg; media ± DE)	118,0 ± 4,2	123,0 ± 4,3	123,0 ± 4,3	0,027
Nt-proBNP (pg/ml; media ± DE)	2.548 ± 51	4.536 ± 78	3.147 ± 63	0,001
Potasio (mEq/l; media ± DE)	4,61 ± 0,5	4,44 ± 0,5	4,57 ± 0,4	0,006
Clase funcional pre-SV (NYHA; n, %)				
I	2 (1,0)	1 (0,7)	2 (2,5)	
II	124 (61,1)	109 (76,8)	59 (72, 8)	0,004
III	64 (31,5)	31 (21,8)	20 (24,7)	
IV	13 (6,4)	1 (0,7)	0	
Dosis altas de IECA/ARA II (n, %)	187 (91,7)	81 (57,0)	69 (86,3)	0,001
Bloqueadores beta (n, %)	193 (94,6)	134 (94,4)	76 (93,8)	0,694
Antagonistas del receptor mineralocorticoide (n, %)	171 (83,8)	94 (66,2)	60 (74,0)	0,001
Desfibrilador (n, %)	146 (71,6)	52 (36,6)	31 (38,2)	0,001
Resincronizador (n, %)	63 (30,9)	35 (24,6)	11 (13,6)	0,001

Dosis de inicio SV (n, %)				
Baja	74 (36,3)	77 (54,2)	51 (63,0)	0,001
Alta	130 (63,7)	55 (38,7)	30 (37,0)	
Suspensión SV durante el seguimiento (n, %)	29 (14,2)	5 (3,5)	15 (18,5)	0,001
Ingresos hospitalarios durante el seguimiento (n, %)	35 (17,7)	14 (9,8)	19 (23,5)	0,021
Efectos adversos durante el seguimiento (n, %)	52 (25,5)	36 (25,4)	22 (27,9)	0,911
Hipotensión sintomática	30 (14,8)	31 (21,8)	9 (11,1)	0,63
Fracaso renal	16 (7,4)	7 (4,9)	8 (9,8)	0,059
Hiperpotasemia	13 (6,5)	2 (1,4)	6 (7,4)	0,778
Dosis alcanzadas a los 6 meses (n, %)				
50 mg	22 (12,6)	57 (41,6)	14 (22,1)	
				0,0001
100 mg	61 (35,1)	62 (45,3)	18 (27,7)	
200 mg	91 (52,3)	18 (12,4)	33 (50,2)	
Muerte durante el seguimiento (n, %)	6 (2,9)	6 (4,2)	0	0,063
Clase funcional a los 6 meses (post-SV) (n, %)				
				0,001
I	96 (47,0)	132 (93,0)	59 (72,8)	

II	76 (37,3)	7 (4,9)	19 (23,4)
III	26 (12,7)	2 (1,4)	3 (3,8)
IV	6 (3,1)	1 (0,7)	0

ARA II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; NYHA: *New York Heart Association*; PAS: presión arterial sistólica; SV: sacubitrilo/valsartán.

Conclusiones: Los datos del Registro SUMA confirman el beneficio y la seguridad del SV en diversos perfiles clínicos del paciente con IC y en distintos tipos de hospital.