



6041-581. VALORACIÓN FUNCIONAL TRAS INICIO DE SACUBITRILO/VALSARTÁN MEDIANTE ERGOMETRÍA CON CONSUMO DE OXÍGENO

Miriam Auxiliadora Martín Toro, Miriam Padilla Pérez, Manuel Santiago Herruzo Rojas, María Rosa Fernández Olmo, Javier Torres Llergo, Javier Torres Llergo, Cristóbal Lozano Cabezas y Juan Carlos Fernández Guerrero, del Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Resumen

Introducción y objetivos: Las actuales guías de insuficiencia cardiaca (IC) recomiendan con clase IB la sustitución de IECA/ARAII por un inhibidor de la neprilina y del receptor de angiotensina II (ARNI) para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte en pacientes ambulatorios sintomáticos con fracción de eyección reducida. El estudio PARADIGM-HF además demostró mejoría de la clase funcional de la NYHA. La ergoespirometría es utilizada en la valoración diagnóstica y pronóstica en IC, siendo una herramienta útil para la estratificación de la capacidad funcional objetiva. **Objetivo:** evaluar la mejoría de la capacidad funcional mediante ergoespirometría en pacientes con IC tras el inicio de ARNI (sacubitrilo/valsartán).

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes con IC en los que se inició tratamiento con sacubitrilo/valsartán. Se realizó ergoespirometría antes del inicio del ARNI y tras 3 meses de tratamiento.

Resultados: N = 10. Varones 100%. Edad media $58,2 \pm 7,6$ años. 50% HTA, 30% DM y 50% dislipémicos, 30% fumadores. El 100% presentaban fracción de eyección reducida (35%), siendo la etiología principal la miocardiopatía dilatada no isquémica (50%). La mitad de los pacientes se mantenían en clase funcional II de la NYHA previo al inicio del ARNI y el 30% en clase III. El 100% estaban tratados con bloqueadores beta, IECA/ARA II e inhibidores de la aldosterona. En el 80% se realizó protocolo de Naughton. Encontramos diferencias estadísticamente significativas pre y post-ARNI en el VO₂ pico ($11,1 \pm 4,3$ ml/kg/min frente a $12,5 \pm 4,6$, $p = 0,01$), y en el valor predicho para edad, sexo, peso y talla ($46,7 \pm 20,7$ frente a $53,5 \pm 21,5$, $p = 0,002$), así como en el pulso de oxígeno ($8,75 \pm 4,1$ ml/latido frente a $9,9 \pm 4,4$, $p = 0,005$) y en equivalentes de CO₂ ($36,8 \pm 5,6$ frente a $38,3 \pm 7,1$, $p = 0,016$), con mejoría tras inicio de ARNI. No se objetivaron cambios significativos en el tiempo de ejercicio ($6,8 \pm 4,1$ minutos frente a $7,5 \pm 2,4$, $p = 0,32$) ni modificaciones en la pendiente VE/VCO₂ ($38,3 \pm 10,2$ frente a $38,2 \pm 9,3$, $p = 0,23$).

Cambios en parámetros de ergometría con consumo de oxígeno, pre y posinicio de ARNI y significación estadística de los cambios objetivados

Variable ergoespirometría	Pre-ARNI	Post-ARNI	Estadístico
Tiempo ejercicio (minutos)	$6,8 \pm 4,1$	$7,5 \pm 2,4$	$p = 0,32$

VO2 pico (ml/kg/min)	11,1 ± 4,3	12,5 ± 4,6	p = 0,010
VO2 pico predicho (%)	46,7 ± 20,7	53,5 ± 21,5	p = 0,002
Pulso O2 (ml/latido)	8,75 ± 4,1	9,9 ± 4,4	p = 0,005
EQO2 (carga máxima)	36,5 ± 6,05	38,5 ± 8,2	p = 0,11
EQCO2 (carga máxima)	36,8 ± 5,6	38,3 ± 7,1	p = 0,016
VE/VCO2 slope	38,3 ± 10,2	38,2 ± 9,3	p = 0,23

Conclusiones: El empleo de ARNI en nuestra muestra se relacionó con un mejoría significativa de la capacidad funcional medida por consumo pico de oxígeno, así como del gasto cardiaco indirecto estimado por el pulso de oxígeno y de la eficiencia ventilatoria.