



## 5001-4. TRATAMIENTO CON SACUBITRILO/VALSARTÁN Y SU IMPACTO EN EL REMODELADO VENTRICULAR EN LA VIDA REAL

Mario Galván Ruiz<sup>1</sup>, Miguel Fernández de Sanmamed Girón<sup>1</sup>, María del Val Groba Marco<sup>1</sup>, Manjot Singh<sup>1</sup>, Rodolfo Montiel Quintero<sup>1</sup>, Eliú David Pérez Nogales<sup>2</sup>, Verónica Quevedo Nelson<sup>1</sup>, José Ramón Ortega Trujillo<sup>1</sup>, Pedro Martín Lorenzo<sup>1</sup>, Eduardo Caballero Dorta<sup>1</sup> y Antonio García Quintana<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) y <sup>2</sup>Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El tratamiento con sacubitrilo/valsartán (SV) ha demostrado disminuir la morbimortalidad de los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFER) tal como se demostró en el ensayo clínico PARADIGM-HF. Algunos registros de vida real han corroborado la mejoría clínica de los pacientes que han recibido el tratamiento, sin embargo faltan grandes estudios en vida real que aporten evidencias sobre otros aspectos como el remodelado ventricular.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, ambispectivo entre septiembre de 2016 y marzo de 2018 con un seguimiento medio de 303 días. Se clasificó a los pacientes en función de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) estimada por ecocardiografía, tras el uso del SV, en reducida (n = 26), intermedia (n = 6) o recuperada (n = 6), analizando la influencia de los factores clínicos, analíticos, inicio precoz del fármaco y dosis de SV, en el remodelado.

**Resultados:** De 184 pacientes de nuestro registro, 38 pacientes (20,65%) tenían ecocardiograma de control durante el seguimiento (> 6 meses). La edad media fue de  $64 \pm 10$  años, siendo 71,1% varones. Las etiologías principales de la ICFER fueron cardiopatía isquémica (44,7%) y miocardiopatía dilatada (39,5%). Hipertensos fueron 71,1%, 47,4% diabéticos, 42,1% dislipémicos, 34,2% tenían enfermedad renal crónica, 28,9% FA. La FEVI y DTDVI basales medios fueron  $29,44 \pm 7\%$  y  $64,61 \pm 7,9$  mm respectivamente, y al seguimiento  $36,24 \pm 13,35\%$  (p = 0,002) y  $62,74 \pm 8,5$  mm (p = 0,002). En cuanto a los efectos secundarios producidos en el seguimiento, un 18,4% tuvo un fracaso renal agudo, un 18,4% hiperpotasemia, un 10,5% hipotensión asintomática, un 10,5% mareos, un 7,9% hipotensión sintomática y un 2,6% diarreas. Dos pacientes tuvieron que discontinuar el fármaco temporalmente (5,3%), mientras que solo un paciente falleció por IC.

Comparativa tras el uso del sacubitrilo/valsartán entre los diferentes subgrupos

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 1 vs grupos 2 y 3
IC FEVI 40%	IC FEVI	IC FEVI	p

N = 26 (68,4%)	40 – 49%	? 50%			
	N = 6 (15,8%)	N = 6 (15,8%)			
	Edad	65,08 ± 11,48	66,67 ± 10,25	58,17 ± 4,35	0,343
	Sexo femenino	7 (26,92%)	1 (16,67%)	3 (50%)	0,645
Etiología	Cardiopatía isquémica	16 (61,54%)	1 (16,7%)	0 (0%)	0,002
	Cardiopatía no isquémica	10 (38,46%)	5 (83,3%)	6 (100%)	0,002
	HTA	20 (76,92%)	4 (66,7%)	3 (50%)	0,24
Características basales	DM	13 (50%)	2 (33,3%)	3 (50%)	0,632
	FA	7 (26,9%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	0,685
	BRIHH	15 (57,70%)	1 (16,6%)	1 (16,6%)	0,018
	TRC	5 (19,23%)	0 (0%)	1 (16,6%)	0,392
	FGE último	63,01 ± 23,79	74,82 ± 24,78	89,99 ± 20,72	0,047
	Cr última	1,23 ± 0,42	1,05 ± 0,392	0,82 ± 0,22	0,044
Datos analíticos	ProBNP previo	2.981 (673; 5.130)	2.165 (463; 3.895)	1.550 (1.153; 3.813)	0,48
	ProBNP última	2.290 (231; 5.691)	556 (432; 685)	110 (74; 482)	0,001
	K última	4,69 ± 0,56	4,59 ± 0,50	4,75 ± 0,402	0,919
Dosis SV final	24/26	7 (29,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0,037

49/51	8 (33,3%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	0,609	
97/103	9 (37,5%)	4 (66,7%)	5 (83,3%)	0,034	
	Inicio SV 12 meses desde el diagnóstico	6 (23,1%)	2 (33,3%)	6 (100%)	0,01
	Inicio SV > 12 meses desde el diagnóstico	20 (76,92%)	4 (66,7%)	0 (0%)	0,01

**Conclusiones:** En nuestra serie se aprecia una mejoría significativa del remodelado cardiaco más frecuentemente en los pacientes de etiología no isquémica, con inicio del tratamiento precoz y con dosis de SV más altas. Además, el proBNP basal no se asocia como predictor positivo del remodelado ventricular.