



Revista Española de Cardiología



6049-438. SACUBRITILLO/VALSARTÁN EN EXPERIENCIA CLÍNICA REAL: ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL FÁRMACO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES NO SELECCIONADOS DE NUESTRO HOSPITAL

José Carlos Fernández Camacho, Inmaculada Gómez Sánchez, Dante Paul Agip Fustamante, Javier Pérez Cervera, Estrella Suárez Corchuelo, Miguel Sánchez Sánchez, José María Gimeno Montes, Eladio Galindo Fernández, Marta Lledó Gómez, Ana María Martínez Carapeto y Juan Manuel Nogales Asensio, del Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz.

Resumen

Introducción y objetivos: Sacubitrilo/valsartán (SV) redujo las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca (IC) y la mortalidad cardiovascular en el estudio PARADIGM-HF. Sin embargo, existen pocos registros en la vida real. Nuestro objetivo fue analizar la eficacia y seguridad del fármaco en una muestra no seleccionada de nuestro centro.

Métodos: Analizamos retrospectivamente 182 pacientes consecutivos con IC y fracción de eyección (FE) reducida a los que se inició SV desde enero 2017 hasta diciembre 2018 con seguimiento hasta la actualidad.

Resultados: De los 182 pacientes, 81,1% eran varones y la edad media fue de 67,9 años. 69,7% tenían hipertensión arterial, 68,3% dislipemia, 38,4% diabetes, 12,4% insuficiencia renal crónica, 33,5% fibrilación auricular y el 31,4% presentaban miocardiopatía dilatada isquémica. Recibían IECA-ARAI (69,7%), bloqueadores beta (BB) (73,5%) y antialdosterónico (AA) (53,5%). El 43,2% tenían un dispositivo de resincronización cardiaca y 55,1% desfibrilador implantable. Con respecto a la clase funcional (CF) de la NYHA, 29,7% CF II, 44% CF III y 23,6% CF IV al inicio. La media de seguimiento fue de $11,6 \pm 7,4$ meses. El 25,5% alcanzó la dosis de 200 mg al día, 39,5% 100 mg y el 23,9% 50 mg. La FE y la CF mejoraron en el seguimiento. Hubo un 20% de muertes y un 38,9% de reingresos por IC. Solo el 10,3% abandonó el tratamiento siendo principalmente por empeoramiento de la función renal (2,2%), hipotensión sintomática (1,6%) y coste económico (1,6%). Las variables clínicas y analíticas durante el seguimiento están descritas en la tabla. Realizamos un análisis multivariante donde las variables que se asociaron con empeoramiento de la supervivencia fueron NYHA previa III-IV (HR 2,6; IC95%, 1,2-5,9; $p = 0,019$) y abandono de SV (HR 4,1 IC95%, 1,2-13,5; $p = 0,021$), y con mejoría de la misma el tratamiento BB (HR 0,36; IC95%; 0,17-0,76; $p = 0,007$).

Variables clínicas y analíticas en el seguimiento

Variable	Pre-SV	Post-SV	p
----------	--------	---------	---

Creatinina (mg/dl)	1,16 ± 0,53	1,24 ± 0,78	0,051
Potasio (mEq/l)	4,5 ± 2,3	4,4 ± 1,8	0,847
PAS (mmHg)	127,3 ± 22,9	120,2 ± 21,0	0,001
PAD (mmHg)	74,9 ± 16,4	71,2 ± 11,9	0,001
FEVI (%)	28,0 ± 7,5	34,7 ± 10,0	0,001
NYHA 3/4	123 (66,5%)	25 (13,5%)	0,001

Conclusiones: SV presenta un perfil de seguridad adecuado, donde no ha habido diferencias en las variables analizadas y el porcentaje de abandono ha sido muy bajo, siendo en su mayoría pacientes con IC avanzada. Con respecto a la eficacia, concluimos que es un fármaco que optimiza la CF de los pacientes, sobre todo los de CF II-III, y que contribuye al remodelado ventricular mejorando la FE. Hemos podido comprobar que el tratamiento con BB y la continuación de SV mejoran la supervivencia.