



6012-12. ANTAGONISMO NEUROHORMONAL COMPLETO EN INSUFICIENCIA CARDIACA: EMPLEO SEGÚN LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN Y VARIABLES DETERMINANTES. (REGISTRO OFFICE I)

Stella Maris Pereiro González¹, Jorge Thierier², Lilia Lobo Márquez³, Luis Lema⁴, Diego Arakaki², María Lorena Coronel⁵, Guillermo Liniado⁶, Alejandra Christen⁷, Juan Pablo Escalante⁸, Noelia Ritondale⁹, Roxana Ratto¹⁰, Julieta Soricetti¹¹, Daniela García Brasca¹², Eduardo Perna⁵ y José Luis Barisani¹³

¹C.M. Churrua Visca, Ciudad de Buenos Aires (Argentina). ²CEMIC, Ciudad de Buenos Aires (Argentina). ³Instituto de Cardiología, San Miguel de Tucumán (Argentina). ⁴Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba (Argentina). ⁵Instituto de Cardiología J.F. Cabral, Corrientes (Argentina). ⁶HIGA Cosme Argerich, Ciudad de Buenos Aires (Argentina). ⁷Hospital Presidente Perón, Buenos Aires (Argentina). ⁸Instituto Cardiovascular de Rosario, Santa Fe (Argentina). ⁹Sanatorio Delta, Rosario, Santa Fe (Argentina). ¹⁰Fundación Favaloro, Buenos Aires (Argentina). ¹¹HIGA Carlos G. Durand, Buenos Aires (Argentina). ¹²Hospital Italiano, Córdoba (Argentina). ¹³Hospital Adventista de Belgrano, Buenos Aires (Argentina).

Resumen

Introducción y objetivos: En insuficiencia cardiaca (IC), el antagonismo neurohormonal completo (ANC), uso combinado de sacubitrilo/valsartán (o antagonistas/inhibidores del sistema renina angiotensina), además de bloqueadores beta y antagonistas mineralocorticoideos, está indicado en fracción de eyección (FE) reducida (ICFEr), aunque se ve en pacientes (P) con rango medio (ICFEm) o conservada (ICFEc). ANC es el OFFICE IC AR, registro de la Sociedad y Federación Argentina de Cardiología, incluyó entre 2017 y 2019 1.004 P ambulatorios con IC. 942 tenían FE. El objetivo fue analizar el uso de ANC en diferentes IC y determinantes de uso.

Métodos: Estudio cohorte prospectivo. Variables categóricas: porcentaje. Variables continuas: media y desviación estándar. Predictores independientes del uso de ANC por regresión logística múltiple e influencia pronóstica con análisis de supervivencia (modelo de Cox) (OR, [IC95%]). Significación estadística: p 0,05.

Resultados: Uso ANC 667 P (70,8%): 79,7% ICFEr, 66,2% ICFEm y 36,7% ICFEc (p 0,001). Fue más frecuente en varones (p 0,037), más jóvenes (p 0,001), Clase funcional 1-2 (p 0,017), y hospitalización previa IC (HPIC) (p 0,048) menos comorbilidades (p 0,001), presión arterial sistólica (p 0,018), congestión (p 0,01); y mejor función renal (p 0,001). ANC asoció a mayor cobertura estatal/seguridad social que prepagos/privados (p 0,002). Solo 30% ANC tratados con al menos 50% de dosis recomendadas para c/u, y 4% con dosis máxima. Predictores independientes de uso ANC: FE (0,95 [0,93-0,96]), edad (0,98 [0,96-0,99]), no comorbilidades (2,12 [1,45-3,12]), creatinina (0,53 [0,37-0,75]) e HPIC (1,50 [1,05-2,14]). En ICFEr, la asociación independiente con ANC fue: no comorbilidades (2 [1,22-3,33]) y creatinina (0,52 [0,34-0,79]). En ICFEm: edad (0,92 [0,88-0,97]) y HPIC (3,09 [1,09-8,77]). En ICFEc: no comorbilidades (2,38 [1,16-5]). ANC a dosis de al menos el 50% predijo menor mortalidad total en ICFEr (HR 0,50 [0,28-0,89]).

Conclusiones: Pese a la indicación en ICFEr, el ANC se vio en otras IC, y hasta en uno de cada 3 con ICFEc, en general en más jóvenes, sin comorbilidades y con HPIC. Hay predictores específicos de uso en cada categoría de FE. Se asocia a otros estándares de mejor diagnóstico y tratamiento, y a mejor pronóstico en la ICFEr. Sin embargo, el uso de al menos el 50% de las dosis recomendadas ocurre en solo 1/3 de los

Casos.