



6012-5. RECUPERACIÓN DE FRACCIÓN DE EYECCIÓN TRAS SACUBITRILO-VALSARTÁN: PREDICTORES E IMPLICACIÓN

Carlos Palacios Castelló¹, Carmen González de la Portilla-Concha¹, Antonio Grande Trillo¹, Antonio Aranda Dios¹, Ignacio Sáinz Hidalgo¹, Inés Sayago Silva² y Gonzalo Barón y Esquivias¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-Fer), y entre ellos el sacubitrilo/valsartán (S/V), se asocian con un incremento de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). Esta respuesta, que es mayor en algunos subgrupos, se asocia a mejor pronóstico aunque los pacientes con FEVI recuperada (FErec) están infrarrepresentados en los estudios. Nuestro objetivo es determinar los predictores que se asocian a una recuperación de la FEVI tras inicio del S/V y valorar la mejoría pronóstica que esto conlleva.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con IC-Fer que iniciaron tratamiento con S/V desde noviembre de 2016 en nuestro centro de tercer nivel. Se definió FErec a aquellos pacientes con FEVI basal 40%, que experimentaron una mejoría de al menos el 10%, con una segunda medida de FEVI superior al 40%. Analizamos los predictores de recuperación de FEVI y una variable pronóstica combinada de mortalidad e ingresos.

Resultados: Se analizaron 381 pacientes con un seguimiento medio de $31,42 \pm 13,42$ meses. El análisis por subgrupos queda recogido en la tabla. El análisis de supervivencia se muestra en la figura.

Análisis univariante

	FEVI recuperada	FEVI no recuperada	p
N	118	263	
Edad mediana (Q1-Q3)	67 (58,75-75)	68 (59-76)	0,641

Análisis multivariante

Variable	p
Sexo femenino	0,265
Etiología no isquémica	0,001

Sexo femenino	41 (34,7%)	60 (22,8%)	0,015	Tratamiento basal con digoxina	0,337
FRCV	70 (59,3%)	181 (68,8%)	0,071		
HTA	44 (37,3%)	107 (40,7%)	0,531	Ausencia ritmo sinusal	0,154
DM	63 (53,4%)	165 (62,7%)	0,085		
DLP				Tiempo de evolución:	
				1 año	0,001
				1-5 años	0,001
Etiología no isquémica	78 (66,1%)	107 (40,7%)	0,001	>5 años	0,022
Filtrado glomerular	76,5 ± 21,15	74,69 ± 23,46	0,474		
Duración QRS mediana (Q1-Q3)	104,5 (90-140)	110 (94-140)	0,315		
FEVI previa mediana (Q1-Q3)	30 (27-36)	32 (26-36)	0,391		
Ausencia ritmo sinusal	38 (32,2%)	116 (44,1%)	0,029		
Tratamiento basal:					
Bloqueadores beta	111 (94%)	251 (95,4%)	0,451		
ARM	89 (75,4%)	182 (69,2%)	0,215		
Digoxina	5 (4,2%)	29 (11%)	0,034		

Ivabradina	16 (13,6%)	34 (12,9%)	0,866
iSGLT2	3 (2,5%)	9 (3,4%)	0,649

Tiempo de evolución:

1 año	55 (46,6%)	50 (19%)	
1-5 años	32 (27,1%)	71 (27%)	0,001
>5 años	31 (26,3%)	141 (53,6%)	

Dosis SV

24-26 mg	54 (45,8%)	120 (45,6%)	
49-51 mg	39 (33,1%)	100 (38%)	0,445
97-103 mg	25 (21,2%)	43 (16,3%)	

NYHA basal

II	78 (66%)	170 (64,6%)	
III	38 (32,2%)	87 (33%)	0,835
IV	2 (1,7%)	4 (1,5%)	



Análisis de supervivencia.

Conclusiones: Los pacientes con etiología no isquémica y sobre todo con menor tiempo de evolución de la IC-FEr asocian mayor recuperación de FEVI, lo cual además claramente modifica el pronóstico de estos pacientes. Esto apoya la importancia de un inicio precoz del tratamiento farmacológico de la IC-FEr incluyendo inicio temprano de S/V. Por otro lado, los pacientes con FErec no están exentos de morbilidad como se aprecia, por lo que es una población que continúa precisando seguimiento y sobre

la que se necesitan mayores conocimientos.