



5007-3. EXPERIENCIA CON VERICIGUAT EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN LA VIDA REAL

Mario Galván Ruiz, María del Val Groba Marco, Miguel Fernández de Sanmamed Girón, Claudia Peña Saavedra, Lorena Rojo Jorge, Elvira Martín Bou, Rubén Andrade Guerra, Aridane Cárdenes León, Beatriz Aguiar Bermúdez, Jesmar Alejandro Ramonis Quintero, Javier Bautista García, Paola Gil Padrón, Marta Blanco Nuez, Eduardo Caballero Dorta y Antonio García Quintana

Cardiología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Vericiguat ha demostrado reducir el objetivo combinado de muerte cardiovascular o reingresos por insuficiencia cardiaca (IC). Su novedoso mecanismo acción, lo ha convertido en el quinto elemento en la IC con fracción de eyección reducida (ICFEr). Nuestra finalidad es analizar el impacto del vericiguat en una cohorte en la vida real.

Métodos: Estudio prospectivo del registro VERITA (uso del VERIciguat en pacienTes con IC en vidA real). Se recogieron las características basales y se compararon con VICTORIA. En los pacientes con > 6 meses de seguimiento se realizó un subanálisis sobre el impacto del vericiguat en la clase funcional, calidad de vida, reingresos y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 103 pacientes (edad media 71,3 años, 27,2% mujeres). La Tabla recoge las características del VERITA frente al VICTORIA. La población del VERITA era más añosa, tenían más comorbilidades y peores clases funcionales. El tratamiento de la ICFEr estaba más optimizado en el VERITA. Las principales indicaciones de uso fueron tras ingreso por IC 3 meses (N = 37, 35,9%), tras ingreso entre 3-6 meses (N = 29, 28,2%) y tras necesidad de diurético IV 6 meses (N = 68), se objetiva una mejoría significativa en la clase funcional (figura), así como en los cuestionarios de calidad de vida (tabla). Destacamos la mayor titulación del sacubitrilo/valsartán tras el inicio del vericiguat (figura) y ligera menor tendencia de uso de diuréticos de asa. Nueve pacientes discontinuaron el vericiguat, seis por hipotensión y tres por otras causas. La tasa previa de ingresos o descompensaciones fue de $1,9 \pm 1,3$ que se reduce significativamente tras el inicio del vericiguat a $0,77 \pm 1,1$. Cinco pacientes fallecieron, dos por IC.

Comparativa basal del VERITA vs VICTORIA. Evolución analítica y cuestionarios

Registro VERITA GLOBAL (N = 103) **Registro VICTORIA (N = 2.526)**

Edad media $\pm$ DE

71,3 $\pm$ 9,4

67,5 $\pm$ 12,2

Hipertensión arterial, n (%)	89 (86,9%)	2.002 (79,3%)
Diabetes mellitus, n (%)	58 (56,3%)	1.226 (48,6%)
Fibrilación auricular, n (%)	68 (66%)	1.098 (43,5%)
Enfermedad arterial coronaria, n (%)	58 (56,3%)	1.511 (59,8%)
NYHA II, n (%)	42 (40,8%)	1.478 (58,6%)
NYHA III, n (%)	61 (59,2%)	1.010 (40%)
NYHA IV, n (%)		35 (1,4%)
Bloqueador beta, n (%)	102 (99%)	2.349 (93,2%)
Sacubitrilo/valsartán, n (%)	99 (96,1%)	360 (14,3%)
ARM, n (%)	93 (90,3%)	1.747 (69,3%)
ISGT2, n (%)	99 (96,1%)	

Registro VERITA (> 6 MESES de Seguimiento) (N = 68)

	Basal	Seguimiento	p
Hemoglobina (mg/dl) (mediana)	13,9 ± 1,8	13,5 ± 2,0	0,515
Filtrado glomerular (mediana (RIC))	49 (35; 66)	46 (35; 60)	0,061
NT-proBNP (mediana (RIC))	1.984 (953; 3.107)	2.223 (1.177; 4.030)	0,691
CA 125 (mediana (RIC))	18 (12; 28)	16,1 (11; 25)	0,25
Cuestionario KCCQ (mediana (RIC))	57,6 (37,9; 74,6)	62,1 (51,8; 78,5)	0,058
Cuestionario EQ5D (mediana (RIC))	0,84 (0,75; 0,91)	0,88 (0,75; 0,96)	0,035

Cuestionario VAS (mediana (RIC)	60 (47,5; 72,5)	70 (50; 80)	0,001
---------------------------------	-----------------	-------------	-------

ARM: antagonistas receptor mineralcorticoide; ISGLT2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; RIC: rango intercuartílico; KCCQ: Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire; EQ5D: Euroqol-5D; VAS: escala visual analógica.



Evolución NYHA y titulación del sacubitrilo/valsartán tras inicio del vericiguat.

Conclusiones: El uso del vericiguat en el registro VERITA, se realizó en pacientes más mayores, con mayor prevalencia de comorbilidades, peor clase funcional y tratamiento médico más optimizado frente al VICTORIA. A pesar del mayor riesgo, se observa una mejoría de la clase funcional, de los cuestionarios de calidad de vida, con una reducción de los reingresos por IC.