

5001-9. TRATAMIENTO COMBINADO CON INHIBIDOR DE LA NEPRILISINA-RECEPTOR DE ANGIOTENSINA E INHIBIDOR DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2, REGISTRO DE LA VIDA REAL

Manjot Singh, Mario Galván Ruiz, Miguel Fernández de Sanmamed Girón, María del Val Groba Marco, Marta López Pérez, Pedro Peña Ortega, David Rúa-Figueroa Erausquin, José Manuel Medina Suárez, Cristian Godoy Camacho, Begoña Hernández Meneses, Pablo Bujanda Morún, Verónica Quevedo Nelson, Marta Blanco Nuez, Eduardo Caballero Dorta y Antonio García Quintana, del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Resumen

Introducción y objetivos: El inhibidor de la neprilisina y receptor de la angiotensina (INRA) y el inhibidor del transportador sodio-glucosa tipo-2 (iSGLT2) han demostrado una reducción significativa de los eventos cardiovasculares en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFEr). Disponemos de pocos datos sobre su uso combinado en estos pacientes. El objetivo de este trabajo fue analizar la evolución clínica y analítica de los pacientes con ICFEr bajo tratamiento combinado con INRA e iSGLT2.

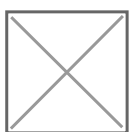
Métodos: SAVE-R Life (*Sacubitril/Valsartan Evidence in Real Life*) es un registro ambispectivo, multicéntrico de pacientes con ICFEr bajo tratamiento con INRA entre septiembre de 2016 y marzo de 2019. Se recopilaban datos demográficos, clínicos, analíticos, y ecocardiográficos de su seguimiento en consulta mediante revisión de la historia clínica electrónica. Se realizó un subanálisis de este registro clasificando los pacientes en 4 grupos: diabéticos o no y si recibían o no tratamiento combinado.

Resultados: Se incluyeron 341 pacientes en total, 46% de ellos diabéticos, de los cuales 17,3% recibían tratamiento combinado. La edad media fue de $66,81 \pm 10,87$, sin diferencias clínicamente relevantes en edad, y cardiopatía isquémica la etiología principal de la IC (significativamente más frecuente en el grupo de diabéticos). La progresión clínica evaluada mediante clasificación NYHA fue similar. Si bien en los pacientes diabéticos con iSGLT2 se objetivó una reducción mayor del NT-proBNP, no fue estadísticamente significativa. No hubo diferencias significativas en cuanto a la aparición de efectos secundarios (tabla). La tasa de filtrado glomerular no se redujo significativamente a pesar del tratamiento combinado (72,14 a 65 ml/min en grupo de tratamiento combinado, 63,6 a 63,9 ml/min en el grupo sin iSGLT2). En otros efectos adversos recogidos como la hipotensión (sintomática/asintomática), hiperpotasemia y mortalidad, tampoco se apreciaron diferencias significativas.

Resultados

Tabla de resultados	Pacientes no diabéticos	Pacientes diabéticos	p (entre grupo 1 y 2)	Pacientes diabéticos con ISGLT 2	Pacientes diabéticos sin ISGLT 2	p (grupo 3 frente a grupo 4)
	N = 184 (54%) (Grupo 1)	N = 157 (46%) (Grupo 2)		N = 59 (17,3%) (Grupo 3)	N = 98 (28,7%) (Grupo 4)	
Edad	64,55 ± 13	67,69 ± 10,12	0,039	66,78 ± 10,5	68,24 ± 9,89	0,495
Etiología						
Cardiopatía Isquémica	82 (44,6%)	95 (60,5%)	0,003	35 (59,3%)	60 (61,2%)	0,813
Características basales						
HTA	106 (57,6%)	132 (84,1%)	0,001	48 (81,4%)	84 (85,7%)	0,470
Dislipemia	86 (46,7%)	101 (64,3%)	0,001	38 (64,4%)	63 (64,3%)	0,988
FA	61 (33,2%)	59 (37,8%)	0,369	22 (37,3%)	37 (38,1%)	0,915
Tratamiento basal						
Bloqueadores beta	148 (80,4%)	145 (92,9%)	0,003	56 (94,9%)	89 (91,8%)	0,569
IECA/ARA II	158 (85,9%)	140 (89,2%)	0,360	53 (89,8%)	87 (88,8%)	0,837
Antialdosterónicos	124 (67,4%)	98 (62,8%)	0,378	42 (71,2%)	56 (57,7%)	0,092
Ivabradina	15 (8,2%)	27 (17,3%)	0,029	13 (22%)	14 (14,4%)	0,224
Datos analíticos						
GFR pre	67,1 (54,1; 86,79)	65,9 (53,5; 80,5)	0,070	72,14 (57,56; 84)	63,69 (51,6; 75,7)	0,133

GFR última	67,6 (50,9; 82,5)	64 (47,3; 82,98)	0,590	65 (53,3; 85,6)	63,9 (44,51; 82,1)	0,389
proBNP pre	2451 (745; 4.395)	2.220 (1.046; 5.198)	0,300	2.482 (759; 6.049)	2.187 (1.161; 5.089)	0,799
proBNP último	893 (245; 2.438)	1.211 (499; 3.231)	0,060	987 (347; 3.081)	1.490 (559; 1.490)	0,670
Diferencial proBNP	- 1.558	- 1.009	0,345	- 1.495	- 697	0,619
Efectos secundarios						
Fracaso renal agudo	22 (12%)	26 (16,6%)	0,649	10 (16,9%)	16 (16,3%)	0,919
HipoTA sintomática	15 (8,2%)	15 (9,6%)	0,571	8 (13,6%)	7 (7,1%)	0,185
HipoTA asintomática	21 (11,4%)	14 (8,9%)	0,449	7 (11,9%)	7 (7,1%)	0,315
Hiperpotasemia	23 (12,6%)	28 (17,8%)	0,175	12 (20,3%)	16 (16,3%)	0,525
Muerte	11 (6%)	15 (9,6%)	0,215	7 (11,9%)	8 (8,2%)	0,445



Evolución de la clasificación de la New York Heart Association de los diferentes subgrupos de pacientes. FA: fibrilación auricular, GRF: tasa de filtrado glomerular, HTA: hipertensión arterial, IECA/ARA-II: inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina/antagonistas de receptores de angiotensina II.

Conclusiones: INRA e iSGLT2 en tratamiento combinado parecen tener buen perfil de seguridad, sin aumento significativo de sus efectos adversos ni disminución en su eficacia clínica. Si bien un seguimiento prolongado de estos pacientes con mayor tamaño muestral mayor es necesario.