



Revista Española de Cardiología



6049-427. ¿ES SEGURO EL SACUBRITILO/VALSARTÁN EN LOS PACIENTES SIN TRATAMIENTO PREVIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA?

Miguel Fernández de Sanmamed Girón, Manjot Singh, Mario Galván Ruiz, Pedro Peña Ortega, David Rúa-Figueroa Erausquin, Manuel Medina García, María del Val Groba Marco, Marta Blanco Nuez, Marta López Pérez, Aridane Cárdenes León, Verónica Quevedo Nelson, Haridian Mendoza Lemes, Pedro Martín Lorenzo, Antonio García Quintana y Eduardo Caballero Dorta, del Complejo Hospitalario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Resumen

Introducción y objetivos: En los estudios PIONEER-HF y en el TRANSITION-HF, el sacubitrilo/valsartán (SV) fue usado en pacientes hospitalizados *naïve* (sin IECA/ARA-II previo al inicio del SV) (52,7%) sin incrementarse los efectos secundarios. Sin embargo, existe poca evidencia en la vida real sobre la seguridad del inicio de SV en pacientes *naïve*. El objetivo de este estudio es analizar la seguridad del fármaco en pacientes *naïve* en la vida real.

Métodos: Se analizaron 341 pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida incluidos en el registro SAVE-RLIFE (evidencias en vida la real con sacubitrilo/valsartán). Se clasificó a los pacientes según tuvieran o no IECA/ARAII previo al inicio del SV: grupo *naïve* y grupo control respectivamente, y se analizaron los efectos secundarios, abandono del tratamiento y visitas al servicio de urgencias.

Resultados: El grupo *naïve* está formado por 43 pacientes (12,6%), con 25,6% de mujeres, con una mediana de seguimiento de 190 (71;421) días. No existieron diferencias significativas en cuanto a las características basales en ambos grupos (tabla), si bien no hubo ningún paciente en el grupo *naïve* con dispositivos de resincronización cardiaca. Ambos grupos presentaron una mejoría de su clase funcional evaluada mediante escala NYHA (figura 1) y del NT-proBNP. La titulación de dosis SV se muestra en la figura 2. No hubo diferencias significativas en cuanto a efectos secundarios. Respecto a las visitas al servicio de urgencias se observó una disminución de las mismas en el grupo de *naïve* pero que no resultó estadísticamente significativa (grupo control $0,42 \pm 0,99$ frente a grupo *naïve* $0,14 \pm 0,413$; $p 0,107$). Un paciente en el grupo *naïve* discontinuó temporalmente el SV, y ningún paciente falleció en el seguimiento.

Características basales

Pacientes IECA/ARA II basal

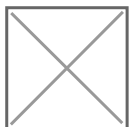
Pacientes *naïve*

p

N = 298 (87,4%)

N = 43 (12,6%)

Seguimiento	335 (141; 532)	190 (71; 421)	0,006
Edad	66,15 ± 12,03	64,93 ± 10,59	0,503
Mujeres	75 (25,2%)	11 (25,6%)	0,953
Cardiopatía isquémica	157 (52,7%)	20 (46,5%)	0,449
HTA	212 (71,1%)	26 (60,5%)	0,154
DM tipo 2	131 (44%)	16 (37,2%)	0,403
DLP	166 (55,7%)	21 (48,8%)	0,398
FA	106 (35,7%)	14 (32,6%)	0,688
TRC	41 (13,8%)	0 (0%)	0,032
DAI	58 (19,5%)	5 (11,6%)	0,243



Conclusiones: A pesar del bajo tamaño muestral de los pacientes en el grupo *naïve*, el S/V parece un fármaco seguro y eficaz para empezar en pacientes sin IECA/ARAII previamente. Estudios con mayor tamaño muestral son necesarios para evaluar la disminución de las visitas al servicio de urgencias en el grupo *naïve*.