

6041-595. SACUBITRILO/VALSARTÁN EN VIDA REAL: TOLERABILIDAD Y EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO

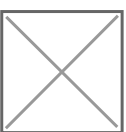
Rafael Bravo Marqués¹, Carmen Martín Domínguez¹, Almudena Valle Alberca¹, Sergio López Tejero¹, Fidel Ernesto Mesa Prado¹, Pedro Antonio Chinchurreta Capote¹, Carmen Corona Barrio¹, Juan Ramón Siles Rubio¹, Francisco Rivas Ruiz², Francisco Ruiz Mateas¹ y Francisco J. Torres Calvo¹, del ¹Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga) y ²Hospital Costa del Sol, Investigación, Marbella (Málaga).

Resumen

Introducción y objetivos: La prevalencia de la insuficiencia cardiaca (IC) se ha incrementado debido al envejecimiento progresivo de la población y al desarrollo de nuevos fármacos que demuestran aumento de la supervivencia, convirtiendo a la IC en un problema de salud pública. El estudio PARADIGM-HF ha modificado las guías de práctica clínica, estando indicado sacubitrilo/valsartán (S/V) en pacientes con IC con fracción de eyección reducida (ICFER) y clase funcional (CF) ? 2.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo de pacientes con ICFER, atendidos en consulta de IC los cuales iniciaron tratamiento con S/V entre octubre 2016-agosto 2017. Analizamos las características basales, evolución clase funcional, parámetros analíticos, ecocardiográficos y tolerancia al fármaco.

Resultados: Analizamos 141 pacientes de 69 ± 10 años. Varones 83,7%. HTA 56,7% y 39% diabéticos. La causa más frecuente de IC era cardiopatía isquémica (48,2%). El diámetro telediastólico de VI era $62,2 \pm 7,2$ mm con FEVI $33,4 \pm 6,1\%$. Al inicio el 55,3% estaban en CF II/IV, 27,6% CF III-IV y el resto en CF I/IV. La TAS inicial fue 118 ± 21 mmHg y TAD 68 ± 13 mmHg. El filtrado glomerular por CKD-EPI era 66,8 ml/min. Todos los pacientes estaban con tratamiento médico óptimo antes de inicio de S/V (dosis máximas toleradas de IECA, ARAII, BB e inhibidores de mineralocorticoides). S/V se inicia (tras IECA en 61,7%, resto tras ARAII) con dosis bajas 46,8%, medias 42,6% y resto dosis altas. En revisión al mes y a los 6-12 meses tras inicio de S/V conseguimos optimización de dosis del mismo sin reducción brusca de TA (tabla). Observamos mejoría de la CF desde el inicio de S/V (mejoría de 22,7% al mes, $p = 0,028$; y del 37,7% a los 6-12 meses, $p = 0,011$; figura). Destaca en analítica, reducción del NT-proBNP (1.813 a 1.150 ?g/l; se midió un mes tras el inicio de S/V y en seguimiento a 6-12 meses). No hubo diferencias significativas en función renal ni niveles de potasio. La FEVI mejoró de forma significativa de $33,4 \pm 6,1$ a $38,9 \pm 9,8$ ($p 0,001$) en ecocardiograma de control a los 6-12 meses de inicio de S/V. Solo 7 pacientes interrumpieron el tratamiento (5 por hipotensión arterial, 1 por tos y otro por problemas económicos).



Dosificación sacubitrilo/valsartán, cifras de tensión arterial y clase funcional

N = 141	Basal	Seguimiento a 1 mes	Seguimiento a 6-12m
Dosis ARNI (%)			No toma 2,9%
29/31 mg	46,8	19,5	14,5
49/51 mg	42,6	57	39,1
97/103 mg	10,6	23,5	43,5
TAS (mmHg)	118 ± 21	115 ± 19	114 ± 21
TAD (mmHg)	68,1 ± 12,5	67 ± 11	68 ± 11
Clase funcional (%)			
I-II	72,3	82,1	79,7
III-IV	27,6	17,9	20,3

Conclusiones: El tratamiento con S/V en vida real fue bien tolerado, sin un descenso brusco de TA lo que nos permitió la optimización de dosis del mismo. Objetivamos mejoría de la CF, FEVI y biomarcadores a largo plazo.