



## 7005-4. EXPERIENCIA EN USO DE SACUBITRILO-VALSARTÁN EN CONSULTAS DE CARDIOLOGÍA GENERAL

Carmen Fernández Díaz, Blanca Trejo Velasco, Andrés Mauricio Cubillos Arango, Begoña Igual Muñoz, José Manuel Simón Machí, Sergio Sánchez Álvarez, Juan Pablo Cárdenas Tealdo, Joaquina Belchi Navarro, Salvador Morell Cabedo y Francisco Ridocci Soriano, del Hospital General Universitario, Valencia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El uso de sacubitrilo-valsartán (SV) ha sido incorporado en las últimas guías en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) sintomática y FEVI reducida, como alternativa a IECA/ARA II. Su uso, inicialmente restringido a Unidades de Insuficiencia Cardiaca, se está extendiendo a las consultas no monográficas. Nuestro objetivo es mostrar la experiencia inicial con SV en consultas generales de Cardiología.

**Métodos:** Se recogieron las características clínicas y analíticas de los pacientes a los que se introdujo SV en pacientes con IC atendidos en 2 consultas generales de cardiología clínica dependientes de un hospital terciario. Posteriormente, se realizó titulación completa y seguimiento, recogiendo parámetros clínicos, analíticos y efectos adversos (EA).

**Resultados:** Se inició tratamiento con SV en 56 pacientes entre enero y diciembre de 2017. El 79,7% eran varones. La media de edad fue de  $68,3 \pm 10,3$  años. El 73,8% de los pacientes estaban previamente tratados con IECA y el 21% con ARA II. El resto de pacientes no tomaba ninguna medicación, pero tenían tolerancia probada a IECA/ARAI. La mayor parte de los pacientes tenían miocardiopatía isquémica (72,9%). El resto de características basales se recogen en la tabla. Se inició SV en dosis bajas (77,8%), medias (21,4%), y altas (0,8%). Al final de la titulación hubo 10 pacientes (17,8%) con hipotensión sintomática. De ellos, 8 pacientes (80%) requirieron retirada del fármaco, y 2 (20%) reducción de dosis. De los pacientes que continuaron tratamiento, al final de la titulación el 43,8% estaban tratados con dosis baja, el 31,3% con dosis media y el resto (24,9%) con dosis máxima de SV, siendo este último aumento significativo ( $p < 0,05$ ). Solo hubo una rehospitalización por IC. Hubo incremento medio no significativo de potasio ( $0,4 \text{ mEq/l}$ ,  $p > 0,05$ ). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en filtrado glomerular.

### Características basales

|      |               |
|------|---------------|
| FEVI | 33,6% (20-49) |
| HTA  | 86,4%         |

|                        |                |
|------------------------|----------------|
| DM                     | 45,8%          |
| Tabaquismo             | 11,9%          |
| Obesidad               | 13,6%          |
| Dislipemia             | 78%            |
| Extabaquismo           | 44,1%          |
| EPOC                   | 8,97%          |
| ERC                    | 31,7%          |
| NYHA basal             |                |
| I                      | 12%            |
| II                     | 68,4%          |
| III                    | 26,3%          |
| IV                     | 0              |
| FC                     | 68 lpm (47-90) |
| Fibrilación auricular  | 14%            |
| Cardiopatía valvular   | 21,1%          |
| IM cualquier grado     | 78%            |
| Bloqueo rama izquierda | 32,8           |

**Conclusiones:** En pacientes con insuficiencia cardiaca y FEVI reducida no seleccionados controlados en consultas generales de Cardiología, la utilización de SV fue segura y bien tolerada. El único efecto adverso encontrado en nuestra serie es la hipotensión sintomática, que obliga a la retirada o reducción de dosis.