



## 6049-420. INICIO DEL SACUBRITILLO/VALSARTÁN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS FRENTE A LOS AMBULATORIOS EN UNA COHORTE DE LA VIDA REAL

Mario Galván Ruiz<sup>1</sup>, Miguel Fernández de Sanmamed Girón<sup>1</sup>, María del Val Groba Marco<sup>1</sup>, Manjot Singh<sup>1</sup>, Marta López Pérez<sup>1</sup>, David Rúa-Figueroa Erausquin<sup>1</sup>, Pedro Peña Ortega<sup>1</sup>, José Manuel Medina Suárez<sup>1</sup>, Eliú David Pérez Nogales<sup>2</sup>, Aridane Cárdenes León<sup>1</sup>, Pablo Bujanda Morín<sup>1</sup>, Pedro Martín Lorenzo<sup>1</sup>, Haridian Mendoza Lemes<sup>1</sup>, Eduardo Caballero Dorta<sup>1</sup> y Antonio García Quintana<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) y <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Recientemente los ensayos clínicos TRANSITION y PIONEER-HF, han aportado datos sobre el uso del sacubritilo/valsartán (SV) en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFER) con inicio del tratamiento tanto de forma ambulatoria como hospitalaria, tras una descompensación de IC. Sin embargo, existen pocos datos de la vida real.

**Métodos:** Se realizó un subanálisis del SAVE-RLIFE (evidencias en la vida real con SV), estudio observacional, ambispectivo que incluyó a pacientes con ICFER que iniciaron SV entre septiembre de 2016 y marzo de 2019. Se clasificaron los pacientes en función del inicio del SV de forma ambulatoria o durante la hospitalización.

**Resultados:** De 340 pacientes incluidos en el registro, 104 (30,5%), iniciaron el SV durante la hospitalización por IC (56 pacientes (16,5%) de debut). La edad media y proporción de mujeres fue similar en ambos grupos (65,8 frente a 66,4 años,  $p = ns$ ; 22,1 frente a 26,7%,  $p = ns$ ; respectivamente). Se objetiva mayor comorbilidad en el grupo de hospitalizados y mayor uso de dispositivos en el grupo ambulatorio (tabla). En el grupo de hospitalizados se objetiva una mayor proporción de pacientes *naive* (27,9 frente a 5,5%,  $p 0,001$ ), y menor uso de bloqueadores beta y antialdosterónicos. La evolución de la clase funcional de la NYHA y la titulación del fármaco se recogen en la figura. En el grupo de hospitalizados fue más frecuente el uso de la dosis baja de SV basalmente, aunque al seguimiento se alcanzó una titulación similar en ambos grupos. Se observa una mediana mayor de NT-proBNP basal en los pacientes hospitalizados frente a ambulatorios (2.560 frente a 2.201 pg/ml,  $p = 0,030$ ), y una reducción marcada del NT-proBNP en ambos grupos ( $p = 0,187$ ). No se observaron diferencias en los efectos secundarios e ingresos por IC. Se aprecia una mayor discontinuación en el grupo ambulatorio y una mortalidad similar en ambos grupos, teniendo en cuenta las diferencias en la duración del seguimiento (mediana de 391 frente a 198 días,  $p 0,001$ , en el grupo ambulatorios frente a hospitalizado).

Características basales, seguridad y efectos adversos en ambos grupos

	Inicio hospitalario	Inicio ambulatorio	p
	N = 104 (30,5%)	N = 236 (69,4%)	
Cardiopatía isquémica	56 (53,8%)	121 (51,3%)	0,661
Comorbilidades			
HTA, n (%)	77 (74%)	160 (67,8%)	0,248
DM 2, n (%)	51 (49%)	95 (40,3%)	0,132
FA, n (%)	41 (39,8%)	78 (33,1%)	0,231
TRC/DAI, n (%)	6 (5,8%)/17 (16,3%)	35 (14,8%)/46 (19,6%)	0,047/0,481
PAS previo SV (mmHg)	117 (102; 130)	123,5 (110; 138)	0,002
PAS post-SV (mmHg)	114 (101; 128)	118 (104; 132)	0,342
Diferencial PAS	-3	-5,5	0,017
Tratamiento basal			
Bloqueadores beta	72 (69,2%)	220 (93,2%)	0,001
IECA/ARA previo	75 (72,1%)	222 (94,5%)	0,001
Antialdosterónicos	53 (51%)	169 (71,9%)	0,001
Diurético asa	76 (73,1%)	174 (74,7%)	0,756
ISGLT 2	17 (16,3%)	41 (17,4%)	0,817
Datos analíticos			

FGE pre	69,22 ± 19,09	70,49 ± 27,74	0,370
FGE post	67,46 ± 20,51	68,88 ± 26,17	0,635
NT-proBNP pre	2560 (1354; 5514)	2201 (724; 4799)	0,030
NT-proBNP post	1168 (506; 3927)	1158 (425; 2670)	0,814
NT-proBNP última	932 (399; 3511)	1076 (347; 2854)	0,828
Efectos adversos			
Fracaso renal agudo	13 (12,5%)	35 (14,8%)	0,570
HipoT sintomática	7 (6,7%)	23 (9,7%)	0,366
HipoT asintomática	14 (13,5%)	21 (8,9%)	0,202
Hiperpotasemia	18 (17,3%)	33 (14%)	0,438
Visitas a urgencias tras inicio del SV	0,38 ± 0,959	0,38 ± 0,937	0,979
Datos ecocardiográficos			
FEVI pre	31,87 ± 8,07	32,40 ± 6,98	0,633
FEVI post	41,28 ± 13,58	37,69 ± 11,93	0,302
DTDVI pre	63,06 ± 8,31	63,19 ± 8,77	0,953
DTDVI post	58,75 ± 7,76	62,38 ± 10,42	0,083
Discontinuación	4 (3,8%)	30 (12,7%)	0,038
Muerte	5 (4,8%)	21 (8,9%)	0,191

TRC: tratamiento de resincronización cardiaca; DAI: desfibrilador automático implantable; PAS: presión arterial sistólica; ISGLT2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2; FGE: filtrado glomerular estimado.



*Evolución de la clase funcional y de la titulación del sacubitrilo/valsartán en ambos grupos.*

**Conclusiones:** SV ha demostrado ser un fármaco efectivo y seguro en los pacientes hospitalizados por ICFeR, sin aumentar los efectos adversos. Una mejoría de la clase funcional y una adecuada titulación se obtiene en ambos grupos.