



6052-474. USO DEL SACUBRITILLO/VALSARTÁN Y SU IMPACTO EN EL REMODELADO REVERSO VENTRICULAR

Mario Galván Ruiz¹, Miguel Fernández de Sanmamed Girón¹, Manjot Singh¹, María del Val Groba Marco¹, Marta López Pérez¹, Marta Blanco Nuez¹, Verónica Quevedo Nelson¹, José Ramón Ortega Trujillo¹, Pedro Peña Ortega¹, David Rúa-Figueroa Erausquin¹, José Manuel Medina Suárez¹, Irene Menduina Gallego², Juan Morales González¹, Eduardo Caballero Dorta¹ y Antonio García Quintana¹, del ¹Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) y ²H.M. Delfos, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento con sacubitrilo/valsartán (SV) ha demostrado disminuir la morbimortalidad de los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFER), tal como se demostró en el ensayo clínico PARADIGM-HF. Existen pocos datos sobre el impacto del SV en el remodelado ventricular en la vida real.

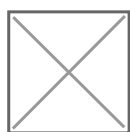
Métodos: Se realizó un subanálisis del estudio SAVE-RLIFE (evidencias en la vida real con SV), registro observacional, ambispectivo que incluyó a todos los pacientes con ICFER que iniciaron el SV entre septiembre de 2016 y marzo de 2019. Se incluyeron a pacientes con ecocardiograma transtorácico tras ? 6 meses del inicio del SV, evaluándose distintos parámetros ecocardiográficos (tabla). El remodelado reverso ventricular fue definido como el incremento de la FEVI > 5%.

Resultados: De 341 pacientes incluidos en el registro, 102 pacientes (29,9%) disponían de ecocardiograma basal y tras ? 6 meses de tratamiento con SV. La edad media fue de $66,06 \pm 10,5$ años, siendo un 22,5% mujeres. La principal etiología de la ICFER fue la cardiopatía isquémica (45,1%) seguida de la miocardiopatía dilatada idiopática (39,2%). Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión (67,6%), la dislipemia (53,9%), la diabetes mellitus (44,1%), la fibrilación auricular (30,4%) y la enfermedad renal crónica (30,4%). Se objetivó una mejoría significativa de la FEVI y grado de insuficiencia mitral, y una reducción del diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo y aurícula izquierda y de la presión de la sistólica de la arteria pulmonar. Los pacientes con ICFER no isquémica frente a los isquémicos tienen una mejoría mayor de la FEVI ($29,67 \pm 7,88$ a $40,37 \pm 13,65$ frente a $30,88 \pm 7,05$ a $34,18 \pm 11,01$, $p = 0,015$; respectivamente), y una mayor reducción del DTDVI ($67,45 \pm 9,03$ a $61,12 \pm 10,35$ frente a $62,44 \pm 6,76$ a $60,47 \pm 7,83$, $p = 0,005$, respectivamente). La etiología no isquémica, el inicio precoz del SV tras el diagnóstico de ICFER, un filtrado glomerular estimado > 60 ml/min y la titulación a dosis altas del SV; son factores predictores de remodelado reverso ventricular (figura).

Evolución de los parámetros ecocardiográficos basales y durante el seguimiento

	Valores basales	Valores seguimiento	Media valores	p
FEVI (%) (n = 102)	30,74 ± 7,48	38,81 ± 12,51	+ 8,07	0,001
DTDVI (mm) (n = 94)	64,27 ± 8,84	61,03 ± 9,72	- 3,24	0,001
AI (mm) (n = 85)	46,93 ± 7,28	43,74 ± 6,94	- 3,19	0,001
PAPS (mmHg) (n = 73)	41,59 ± 12,71	37,21 ± 12,94	- 4,38	0,001
IM (grado 1-4) (n = 89)	1,76 ± 0,98	1,38 ± 0,948	- 0,38	0,001
VTDVI (ml) mediana (Q1-Q3) (n = 73)	203 (153; 234)	146 (111; 220)	- 57	0,285
E (mseg) (n = 41)	0,89 ± 0,32	0,71 ± 0,19	- 0,18	0,003
A (mseg) (n = 35)	0,71 ± 0,33	0,79 ± 0,22	+ 0,08	0,002
E/A (n = 35)	1,46 ± 0,96	1,06 ± 0,77	- 0,40	0,133

FEVI: fracción de eyección del VI; DTDVI: diámetro telediastólico del VI; AI: aurícula izquierda; PAPS: presión de la arteria pulmonar; IM: insuficiencia mitral; VTDVI: volumen telediastólico del VI.



Predictores de remodelado reverso ventricular.

Conclusiones: En nuestro estudio demostramos que el SV contribuye a una mejoría en el remodelado reverso ventricular e identificamos factores posiblemente predictores para ello.