



6041-11. SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO DE PACIENTES CON INICIO DE SACUBITRILO-VALSARTÁN TRAS DESCOMPENSACIÓN AGUDA DE INSUFICIENCIA CARDIACA. EVENTOS Y PREDICTORES

Miguel Puentes Chiachio, Magdalena Carrillo Bailén, Kaltoum El Mahraoui, Miriam Padilla Pérez, Javier Torres Llergo y Juan Carlos Fernández Guerrero

Hospital Universitario de Jaén.

Resumen

Introducción y objetivos: Sacubitrilo-valsartán (SV) ha demostrado excelentes resultados en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) crónica como tras descompensación aguda de IC. Nuestro objetivo fue evaluar los eventos tras el alta y a medio plazo en nuestro registro prospectivo de pacientes en los que se inició SV al alta tras ingreso por IC aguda.

Métodos: De abril de 2017 a marzo de 2021, se incluyeron 109 pacientes que comenzaron SV al alta hospitalaria y realizaron seguimiento en consultas. Se evaluó reingreso precoz por IC, aumento de tratamiento diurético oral y tratamiento diurético intravenoso en urgencias antes de la primera revisión, y la mortalidad global y los reingresos por IC en el seguimiento. Las variables del ajuste multivariante fueron la edad ≥ 75 años, sexo, IC *de novo*, paciente *naïve*, ISGLT2 y FG 60 mg/ml.

Resultados: Entre el alta y la primera revisión ($36,2 \pm 18,2$ días), la tasa de reingresos por IC fue 15,5%, el aumento de diuréticos orales fue necesario en 12,8% y el uso de diuréticos intravenosos en urgencias en 11,9%. Los pacientes con IC *de novo* presentan menos reingresos por IC (OR 0,10, [0,03-0,37]; p 0,001), no requieren aumento de diuréticos orales (OR 0,15 [0,04-0,56]; p 0,005) ni precisan de diuréticos en urgencias (OR 0,13 [0,02-0,63]; p 0,012), respecto a las descompensaciones de IC previamente diagnosticados. Los pacientes ≥ 75 años precisaron de diuréticos en urgencias de forma significativa (HR 4,63 [1,22-17,54]; p 0,024). El tratamiento con ISGLT2 tiende a reducir los reingresos por IC, sin ser significativo (OR 0,28 [0,07-1,14]; p 0,07). El seguimiento medio es $15,4 \pm 7,4$ meses. La tasa de fallecimientos fue 9,2%. Por análisis univariante, la edad ≥ 75 años es factor predictor de muerte (21,9 vs 4,4%; p 0,013) y de reingreso por IC (25 vs 9,7%; p 0,047), y la presentación IC *de novo* es factor protector de muerte (3,4 vs 19,5%; p 0,018) y de reingreso IC (4,8 vs 29,3%; p 0,018). Por análisis multivariante para la muerte, ambas rozan la significación estadística; la IC *de novo* es protector de reingresos por IC (tabla).

Predictores de muerte y reingreso por IC en el seguimiento

Regresión logística individual

Regresión logística
multivariante

Evento	Variable	n	p	OR cruda [IC95%]	p	OR ajustada [IC95%]
Muerte	Sexo (hombre)	100	0,323	2,911 [0,349-24,287]		
	Edad ? 75 años	100	0,013	6,067 [1,453-25,325]	0,051	4,362 [0,995-19,132]
	Insuf. cardiaca debut (IC <i>de novo</i>)	100	0,018	0,145 [0,029-0,722]	0,055	0,198 [0,038-1,035]
	Naïve para IECA/ARAII	100	0,399	0,500 [0,001-2,502]		
	ISGLT-2	100	0,727	0,777 [0,188-3,213]		
	FG 60 mL/min	100	0,523	1,602 [0,378-6,788]		
Reingreso IC	Sexo (hombre)	104	0,08	0,354 [0,111-1,130]		
	Edad ? 75 años	104	0,047	3,095 [1,013-9,460]		
	Insuf. cardiaca debut (IC <i>de novo</i>)	104	0,002	0,121 [0,032-0,462]	0,002	0,121 [0,032-0,462]
	Naïve para IECA/ARAII	104	0,439	0,617 [0,182-2,095]		
	ISGLT-2	104	0,142	0,368 [0,097-1,397]		
	FG 60 mL/min	104	0,219	2,117 [0,640-7,007]		

Conclusiones: En nuestra pequeña serie, los pacientes con IC *de novo* que inician SV al alta reingresan menos, y precisan de menos diuréticos al igual que los pacientes menores de 75 años. La edad avanzada y la presentación de IC como descompensación son predictores de mal pronóstico. Los resultados deben ser evaluados en muestras más numerosas.