



<https://www.revclinesp.es>

1604 - RENDIMIENTO CLÍNICO DE SACUBITRIL/VALSARTÁN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA FEMR

Erick Jonathan Rodrigues Caldeira¹, Gabriel López Sánchez¹, Sergio Rivero Santana¹, Moisés Espejo Mambié², Sara Jonás Llaurado¹, Belén Jufresa Michavila¹ y Manuel Crespo Casal¹

¹Hospital St. Joan de Déu de Manresa. Althaia: Xarxa Assitencial Universitària de Manresa, Manresa, España. ²Asunción Klinika, Tolosa, España.

Resumen

Objetivos: Analizar eficacia y seguridad del sacubitrilo/valsartán (S-V) en ancianos con insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección moderada reducida (FEmr).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes atendidos en consultas durante 11 meses. Se inició tratamiento con S-V a 26 pacientes con IC FEmr (FE 40%-50%), recogieron datos sociodemográficos, de comorbilidad, clínico-analíticos y terapéuticos. Se definió eficacia terapéutica como la reducción de NT-proBNP > 30% y/o la reducción de clase funcional. Para analizar seguridad se recogió la hipotensión, diselectrolitemias y deterioro de función renal (empeoramiento de creatinina o TFG > 30%). Se realizó análisis descriptivo de los parámetros recopilados.

Resultados: Edad media: 83,6 años, 53,8% hombres. 88,46% con grado de comorbilidad (Charlson) > 6 (73% con ERC estadio III o superior [KDOQI], 62% FA, 58% EPOC, 54% anemia y 46% DM). La CF NYHA basal era > 2 en el 96%. El fenotipo de fragilidad predominante fue CFS > 5 en 61,53%, con un Barthel medio de 85. 54% de los pacientes presentaron > 3 síndromes geriátricos. La prevalencia de sarcopenia fue 3,84%. La etiología de IC más frecuente fue la cardiopatía hipertensiva (65,38%), asociando valvulopatía en 35%, siendo la disfunción mitral más frecuente (52,93%). La cardiopatía isquémica fue la segunda causa más frecuente (53,84%). El 46,15% presentó disfunción mitral, 23,07% aórtica y 19,23% tricuspídea. 73,08% tuvo hipertensión pulmonar (HTP), con 49,99% de grado moderado-grave. El 100% presentó congestión, siendo la ortopnea el síntoma más frecuente (N = 7/26). El BNP inicial promedio fue de 7138 (mín 1.048; máx 28.878). Estos pacientes estaban tratados con IECA (23,1%), BB (88,5%), ARM (46,2%), digoxina (7,7%), nitratos-hidralazina (26,9%) y diuréticos ASA (100%) con una dosis media de 80 mg/d. La dosis inicial más empleada de S-V fue de 24/26 mg. El tratamiento fue eficaz en 96,15% (25/26 pacientes). Se observó respuesta precoz en 11/25 pc en los primeros 7-15 días con reducciones de NT-proBNP 62% y de CF (-1/-2) en 12/25 pc. En 7/26 pc la respuesta fue tardía (30 días), pero se observó reducción de NT-proBNP (-74%) y de CF (-1). En 5 pacientes no hubo reducción de NT-proBNP (media - 11%) aunque existió una mejoría en la clase funcional NYHA CF -1. Estos se caracterizaron por mayor comorbilidad (Charlson > 8), fragilidad (CFS > 5), sarcopenia (40%), malnutrición (20%) y afectación derecha (HTP moderada-grave 3/5; disfunción de VD 2/5). No se alcanzó la titulación máxima por hipotensión (80%) y empeoramiento de FG (25%).

Discusión: De acuerdo a recomendaciones de la AHA y ESC, el S-V en IC FEmr es eficaz y seguro en ancianos. El beneficio se evidencia ante peor CF y mayor congestión clínico-analítica (medido por NT-proBNP). Esto se evidencia durante los primeros 7-15 días incluso con dosis bajas, aunque no se complete la titulación; las principales limitantes fueron la hipotensión y el deterioro TFG.

Conclusiones: En ancianos con IC FEmr el inicio de S-V es beneficioso al reducir congestión, sintomatología y CF, con independencia de la fragilidad y pluripatología. Este beneficio se observa en todo el rango de titulación. El uso de S-V es seguro pese a la aparición de hipotensión y el aumento de la enfermedad renal crónica.