Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):525

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IC-073 - ¿ES SEGURO EL USO DE SACUBITRILO-VALSARTAN EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA?

E. García Carús[1], C. Ramas Díez[2], C. Quintana López[3], S. Fernández Raga[3], L. Andreu Urioste[3], J. Fuertes Alonso[4], A. Villar López[2] y J. Fernández Rodríguez[3]

[1]Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). [2]M. Interna. Hospital V. Álvarez Buylla. Mieres (Asturias). [3]Medicina Interna. Hospital Carmen y Severo Ochoa. Cangas del Narcea (Asturias). [4]Cardiología. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

Resumen

Objetivos: Analizar la calidad de vida, función renal, visitas a Urgencias y reingresos así como la optimización de uso de diurético de pacientes a seguimiento en una consulta monográfica de Insuficiencia cardíaca (ICC), con FEVI menor de 40% e inicio de sacubitrilo-valsartan (SV).

Material y métodos: Se incluyeron 41 pacientes de forma consecutiva con ICC y FEVI < 40% a seguimiento en la consulta monográfica del HCSO, desde último trimestre de 2016 (seguimiento medio de 9,8 meses) y que tras optimizar dosis toleradas de fármacos modificadores de enfermedad se inició SV, 6 de los pacientes iniciaron tratamiento durante ingreso hospitalario por ICC. Se realizó un cuestionario de clase funcional, dosis de furosemida, b-bloqueante, IECA/ARA II, antialdosterónico, cifras de tensión arterial, evolutivo de función renal (FR) y visitas a Urgencias e ingresos hasta mayo de 2018. El análisis estadístico se realizó con SPSS.19.

Resultados: Características basales: La edad media de la serie fue de 80,7 ± 10,6 años, un 22% eran mujeres, y constaban antecedentes de c. isquémica 58%, HTA 90%, DM2 63,4%, ERC (eFG < 60 mL/min per 1,73 m^2, %) un 41,5%. Los pacientes en su visita basal contaban en su tratamiento con: IECA/ARA II un 78%, b-bloqueante 75,6%, antialdosterónico 48,8% y con diurético de asa el 80,4%. La dosis máxima alcanzada de SV en un tiempo medio de seguimiento de 9,8 meses fue de: 44% de los pacientes estaban con dosis de 24/26 mg; un 32% con 49/51 mg y un 24% alcanzaron 93/107 mg. Datos complementarios en primera visita y en última revisión: cifras de urea (mg/dl) (70 ± 1 vs 471,4 ± 11,5); cifras de creatinina (mg/dl) (1,42 ± 0,5 vs 1,4 ± 0,5); filtrado renal calculado por CCDK-EPI (mL/min per 1,73 m^2): (62,56 ± 21,5 vs 67,2 ± 20,5); cifras de potasio (mmol/L): (4,59 ± 0,6 vs 4,5 ± 0,5). La dosis de furosemida (mg): (45,7 ± 22 vs 33,9 ± 26,2). El número de ingresos: 18 ingresos en grupo IECA/ARA II frente a 12 del grupo SV (33%), visitas a Urgencias 25 en IECA/ARAII y 17 en SV (32%). Hubo una mejoría en el grado funcional: 38% grado I; 38% grado II, 21% grado III, 3% grado IV (frente al inicial de: 38% grado II, 52% grado III t 10% grado IV). Se suspendieron tres tratamientos: 1 paciente por shock hemorrágico y dos sin criterio clínico claro.

Discusión: La ICC es la principal causa de ingreso en pacientes de Medicina Interna, con una edad media superior a los 75 años y con comorbilidad asociada. Nuestra serie aunque pequeña muestra las características de los pacientes de ICC a seguimiento por MI. La aportación de sacubritilo-

valsartán a pacientes de ICC con FEVI < 40% logra disminuir las descompensaciones y ganancia de calidad de vida. Su fácil titulación de inicio en el momento que alcanza la estabilidad clínica, sin deterioro de la función renal e hiperpotasemia que con frecuencia nos impide optimizar el uso de IECAs o ARAII asociado al uso de antialdosterónico.

Conclusiones: Nuestra serie tiene mayor comorbilidad que en el PARADIGM-HF, con una proporción mucho mayor de diabéticos, hipertensos, ERC y FA. Grado funcional peor que el PARADIGM-HF, con el doble de pacientes con NYHA III y un 10% en NYHA IV. Cerca del 25% con dosis máxima y logrando reducir la furosemida. Se mejora claramente el grado funcional (El 76% con NYHA I o II), con mejorías también llamativas en el FG de 5 ml/min, sin aumento de la hiperpotasemia ni abandonos por deterioro de la función renal. Pero lo que es más importante reducimos en un año las visitas a urgencias por IC y los ingresos por esta misma patología un 33%.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.