

Patrones de trayectoria de la FEVI y outcomes a largo plazo tras sacubitrilo-valsartan en ICFEr en vida real

Sheila Martínez Gutiérrez(1), Mario Galván Ruiz(2), Francisco Amado Romano Matos(2), Miguel Fernández de Sanmamed Girón(2), Manjot Singh Kaur(2), Marta López Pérez(2), María del Val Groba Marco(2), Elena Fuente González(2), Eduardo Caballero Dorta(2), Luis Burgos Ramírez(2), Javier Gutiérrrez Rodríguez(3), Carmen Acosta Calero(4), Julio Vázquez Reguera(2), Javier León Santana(2) y Antonio García Quintana(2) de (1)Cardiología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España, (2)Cardiología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España, (3)CS Maspalomas, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España y (4)Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas) - España

Introducción: El sacubitrilo-valsartan (SV) induce remodelado inverso en la ICFEr, aunque la respuesta de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es variable. La evaluación seriada podría aportar información pronóstica adicional frente a mediciones aisladas. El objetivo fue identificar patrones de trayectoria de la FEVI y su asociación con eventos clínicos a largo plazo.

Métodos: Registro observacional unicéntrico de pacientes con ICFEr tratados con SV (2017–2019). Se incluyeron aquellos con tres ecocardiogramas disponibles (basal, precoz y final). Los pacientes se agruparon según la FEVI final y su cambio respecto al basal en: super-respondedores (FEVI final ?50% y ?FEVI ?+10 pp), respondedores (FEVI final 40–49% y ?FEVI ?+5 pp), no respondedores estables (?FEVI entre ?4 y +4 pp) y evolución desfavorable (?FEVI ??5 pp). Dentro de los grupos respondedores, la respuesta se subclasificó como precoz (FEVI >=40% en el primer eco de seguimiento) o tardia (FEVI <40% en el primer eco, con ascenso posterior). El endpoint primario fue un compuesto de mortalidad por cualquier causa o evento por insuficiencia cardiaca (ingreso hospitalario o visita a urgencias).

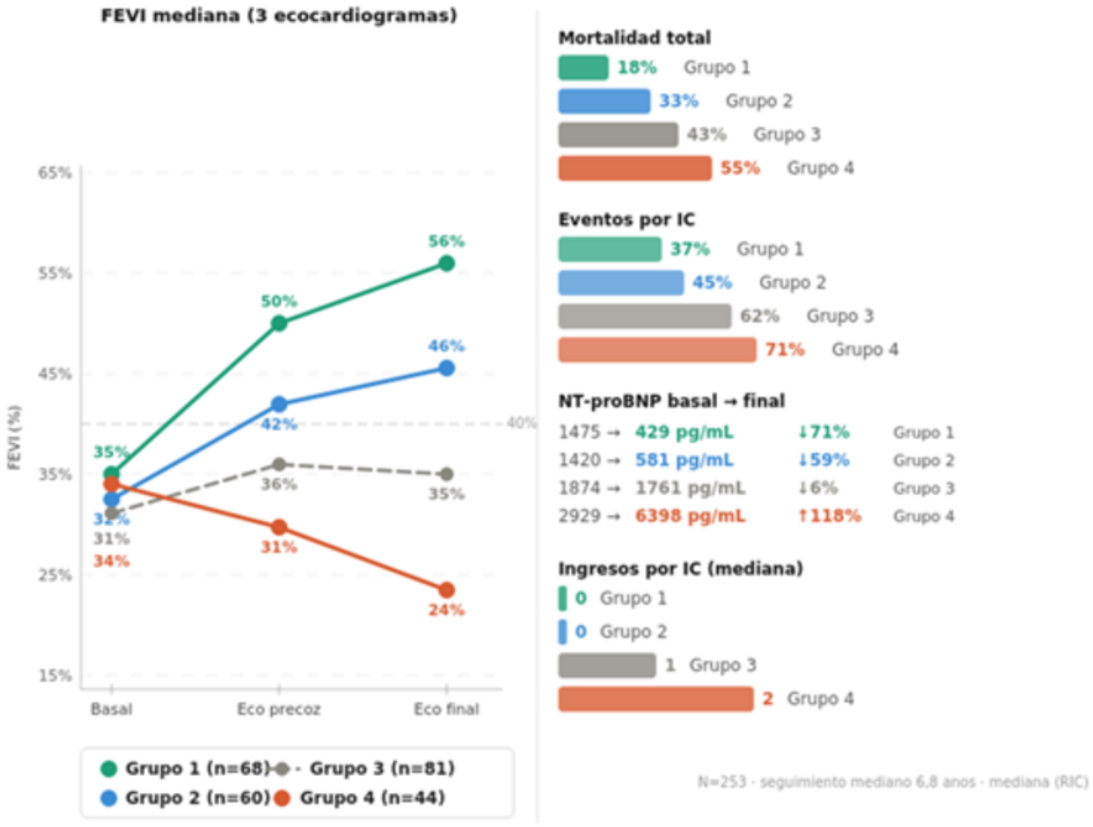
Resultados: Se incluyeron 253 pacientes (69 años, 25% mujeres; seguimiento mediano 6,8 años). Se identificaron cuatro patrones: super-respondedores (27%), respondedores (24%), no respondedores (32%) y evolución desfavorable (17%).

El NT-proBNP disminuyó en los respondedores y aumentó en la evolución desfavorable (p<0,001). La etiología no isquémica se asoció a mayor probabilidad de super-respuesta (28% vs 50–59%; p=0,001).

La consecución de dosis máxima de SV fue más frecuente en respondedores (50%) y menor en evolución desfavorable (23%; p=0,029). Un patrón de respuesta tardía se observó en el 22% de los super-respondedores y en el 35% de los respondedores, indicando que la ausencia de mejoría precoz no excluye beneficio a largo plazo. (Ver tabla 1)

Se observó un gradiente pronóstico significativo: eventos por IC del 37%, 45%, 62% y 71% (p=0,001) y mortalidad del 18%, 33%, 43% y 55% respectivamente (p<0,001). (Ver figura 1)

Conclusiones: La trayectoria de la FEVI tras SV identifica perfiles clínicos marcado gradiente pronóstico en la ICFEr. Un porcentaje relevante de pacientes presenta respuesta tardía, lo que apoya una monitorización ecocardiográfica prolongada y cuestiona la valoración basada en una única medición postratamiento.



Dentro de los grupos respondedores, la respuesta se subclasificó como precoz (FEVI >=40% en el primer eco de seguimiento) o tardia (FEVI <40% en el primer eco, con ascenso posterior).

Variable	Grupo 1 Super-respondedor (n=68)	Grupo 2 Respondedor (n=60)	Grupo 3 No respondedor estable (n=81)	Grupo 4 Evolución desfavorable (n=44)	p
Edad (años)	68 (63-76)	72 (60-80)	68 (62-76)	72 (64-78)	0,446
Mujer, n (%)	22 (32%)	12 (20%)	18 (22%)	9 (21%)	0,313
Etiología isquémica, n (%)	**19 (28%)**	30 (50%)	48 (59%)	24 (55%)	**0,001**
FEVI basal (%)	35 (28-40)	32 (27-37)	31 (25-36)	34 (30-38)	0,026
NT-proBNP basal (pg/mL)	1475 (644-3573)	1420 (526-2778)	1874 (590-4142)	**2929 (1222-8481)**	**0,010**
Cuádruple terapia, n (%)	20 (29%)	34 (57%)	38 (47%)	18 (41%)	0,017
Dosis máxima SV 97/103 mg, n (%)	25 (37%)	**30 (50%)**	26 (32%)	10 (23%)	0,029
FEVI basal (%)	35 (28-40)	32 (27-37)	31 (25-36)	34 (30-38)	0,026
FEVI eco precoz (%)	50 (42-55)	42 (36-48)	36 (30-42)	30 (25-39)	<0,001
FEVI eco final (%)	**56 (53-61)**	46 (43-47)	35 (30-39)	**24 (20-26)**	<0,001
Delta FEVI total (pp)	**+23 (17-30)**	+12 (8-18)	+1 (0-6)	**-10 (-13/-6)**	<0,001
Respuesta tardia (eco precoz <40%), n (%)	15 (22%)	21 (35%)	0 (0%)	0 (0%)	--
Seguimiento (años)	7 (6-8)	7 (6-7)	7 (4-7)	6 (3-7)	0,005
Mortalidad total, n (%)	12 (18%)	20 (33%)	35 (43%)	**24 (55%)**	**<0,001**
Evento por IC, n (%)	25 (37%)	27 (45%)	50 (62%)	**31 (71%)**	0,001
Ingresos por IC postratamiento (mediana, RIC)	0 (0-1)	0 (0-1)	1 (0-3)	**2 (0-4)**	<0,001
NT-proBNP final (pg/mL)	429 (134-1415)	581 (126-3515)	1761 (452-8828)	**6398 (1344-21290)**	<0,001
NYHA postratamiento	2 (1-2)	2 (2-2)	2 (2-2)	2 (2-3)	<0,001

Datos expresados como mediana (RIC) o n (%). Variables continuas: test de Kruskal-Wallis; categóricas: chi-cuadrado. Azul: mejor outcome de la fila; rojo: peor outcome de la fila. IC: insuficiencia cardiaca; pp: puntos porcentuales; SV: sacubitrilo-valsartan.