



# Cardiocre



## 323/16 - MEJORÍA FUNCIONAL EN ERGOESPIROMETRÍA TRAS INICIO DE SACUBITRIL/VALSARTÁN

M. Martín Toro, M. Padilla Pérez, M.S. Herruzo Rojas, M.R. Fernández Olmo, J. Torres Llergo, C. Lozano Cabezas y J.C. Fernández Guerrero

Complejo Hospitalario de Jaén.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La guía de insuficiencia cardiaca (IC) recomienda la sustitución del IECA/ARAII por un inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina II (ARNI) (IB), para reducir el riesgo de hospitalización y muerte por IC. La ergoespirometría es utilizada en la valoración diagnóstica y pronóstica en IC, siendo una herramienta útil para la estratificación de la capacidad funcional objetivamente. Objetivo: evaluar la mejoría de la capacidad funcional mediante ergoespirometría en pacientes con IC tras inicio de ARNI (sacubitril/valsartán).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo prospectivo de pacientes con IC en los que se inició tratamiento con sacubitril/valsartán. Ergoespirometría antes de ARNI y tras 3 meses.

**Resultados:** N = 10. Varones 100%. Edad media  $58,2 \pm 7,6$  años. 50% HTA, 30% DM, 50% dislipémicos, 30% fumadores. 100% FEVI < 35%, etiología principal: miocardiopatía dilatada no isquémica (50%). 50% clase funcional II de la NYHA previo al inicio del ARNI y 30% clase III. 100% con betabloqueantes, IECAS/ARAII e inhibidores de la aldosterona. 80% con protocolo de Naughton. Diferencias estadísticamente significativas pre y post ARNI en el VO<sub>2</sub> pico ( $11,1 \pm 4,3$  ml/kg/min vs  $12,5 \pm 4,6$ , p = 0,01), y en el valor predicho para edad, sexo, peso y talla ( $46,7 \pm 20,7\%$  vs  $53,5 \pm 21,5$ , p = 0,002), así como en el pulso de oxígeno ( $8,75 \pm 4,1$  ml/latido vs  $9,9 \pm 4,4$ , p = 0,005) y en equivalentes de CO<sub>2</sub> ( $36,8 \pm 5,6$  vs  $38,3 \pm 7,1$ , p = 0,016), con mejoría tras inicio de ARNI. No se objetivaron cambios significativos en el tiempo de ejercicio ( $6,8 \pm 4,1$  minutos vs  $7,5 \pm 2,4$ , p = 0,32) ni modificaciones en la pendiente VE/VCO<sub>2</sub> ( $38,3 \pm 10,2$  vs  $38,2 \pm 9,3$ , p = 0,23).

**Conclusiones:** El empleo de ARNI en nuestra muestra se relacionó con un mejoría significativa de la capacidad funcional medida por consumo pico de oxígeno, así como del gasto cardiaco indirecto estimado por el pulso de oxígeno y de la eficiencia ventilatoria.