



**Mi deseo es...**  
**“vivir 1 año  
más”**



87 años

FRCV: HTA y dislipemia

Hª cardiológica:

- Ingreso en **Agosto-18 por dolor torácico** (ECG sin cambios, Troponina normal). Eco de ejercicio submáximo, 9 Mets, clínico (-), ECG (-), **Eco sugestivo de isquemia apical con FEVI basal 45%** que no mejora con ejercicio. IM leve que pasa a moderada con esfuerzo. Se decide **tratamiento médico**. Se inician nitratos, AAS 100 mg, Ramipril 2,5 mg y eplerenona 25 mg. No se pauta BB por bradicardia sinusal.
- Ingreso en **Octubre-18 por síncope de repetición**. En PAC se observa **TV polimórfica no sostenida precedida de bradicardia**. Analítica: Iones en rango. Creatinina 1.2. TSH normal. Se solicita cateterismo (**lesión no significativa en CD**) y se implanta **MP VVIR**. Presentó episodio de FA autolimitado en monitorización por lo que se inicia anticoagulación y BB.
- Ingreso en **Diciembre-18 por sospecha de AIT**. Durante hospitalización **sufre Parada cardiorrespiratoria registrándose TV que degenera en FV**. Precisó CVE x2. Iones en rango (K, Mg, Ca), Trop I 78. Marcapasos normofuncionante. Se realiza nuevo cateterismo (lesión 50% CD, FFR 0,89 -lesión funcionalmente no significativa-). Ecocardiograma FEVI 38%. IM moderada.

Otros antecedentes: Sordera de predominio derecho. Hipertiroidismo hace 6 años (recibió antitiroideo temporalmente)

**Vida basal: Excelente para la edad. Vive con su mujer a la que cuida** (enfermedad de Alzheimer).

Su hijo vive cerca. Sale diariamente a pasear.

Tratamientos habituales: No realiza.

# **¿Qué te parece lo más apropiado en esta situación?**

- 1. Sustituyo IECA por Sacubitril-Valsartán**
- 2. Revascularizo la lesión de CD**
- 3. Planteo explante de MP e implante de DAI**
- 4. Inicio amiodarona**

# ¿Qué te parece lo más apropiado en esta situación?

- 1. Sustituyo IECA por Sacubitril-Valsartán**
- 2. Revascularizo la lesión de CD**
- 3. Planteo explante de MP e implante de DAI**
- 4. Inicio amiodarona**

El actual algoritmo de tratamiento de la **insuficiencia cardiaca con FEVI reducida (FEVI < 40%)** según las guías europeas y americanas, posiciona la cúadruple terapia con **ARNI/IECAS + BB + iSGLT2 + ARM** en primera línea de tratamiento con indicación clase I.

A día de hoy existe evidencia científica que justifica la **superioridad de Sacubitrilo/valsartán frente a IECAs** en diferentes escenarios. Una publicación que os recomendamos donde se resumen los aspectos más importantes de este fármaco es **Front. Cardiovasc. Med., 11 November 2021** <https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.754499>

- Efecto sobre arritmias ventriculares y muerte súbita
- Mecanismo de acción
- Rehospitalización, calidad de vida, capacidad funcional.
- Impacto renal
- Efecto sobre remodelado cardiaco
- Biomarcadores
- Seguridad

 **frontiers**  
in Cardiovascular Medicine

REVIEW  
published: 11 November 2021  
doi: 10.3389/fcvm.2021.754499



## **Sacubitril-Valsartan, Clinical Benefits and Related Mechanisms of Action in Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. A Review**

*Domingo Pascual-Figal<sup>1,2\*</sup>, Antoni Bayés-Genis<sup>3,4,5†</sup>, Paola Beltrán-Troncoso<sup>6†</sup>, Pedro Caravaca-Pérez<sup>5,7,8†</sup>, Alicia Conde-Martel<sup>9†</sup>, Maria G. Crespo-Leiro<sup>10,11†</sup>, Juan F. Delgado<sup>5,7,8†</sup>, Javier Díez<sup>5,12,13,14†</sup>, Francesc Formiga<sup>15</sup> and Nicolás Manito<sup>16\*</sup>*

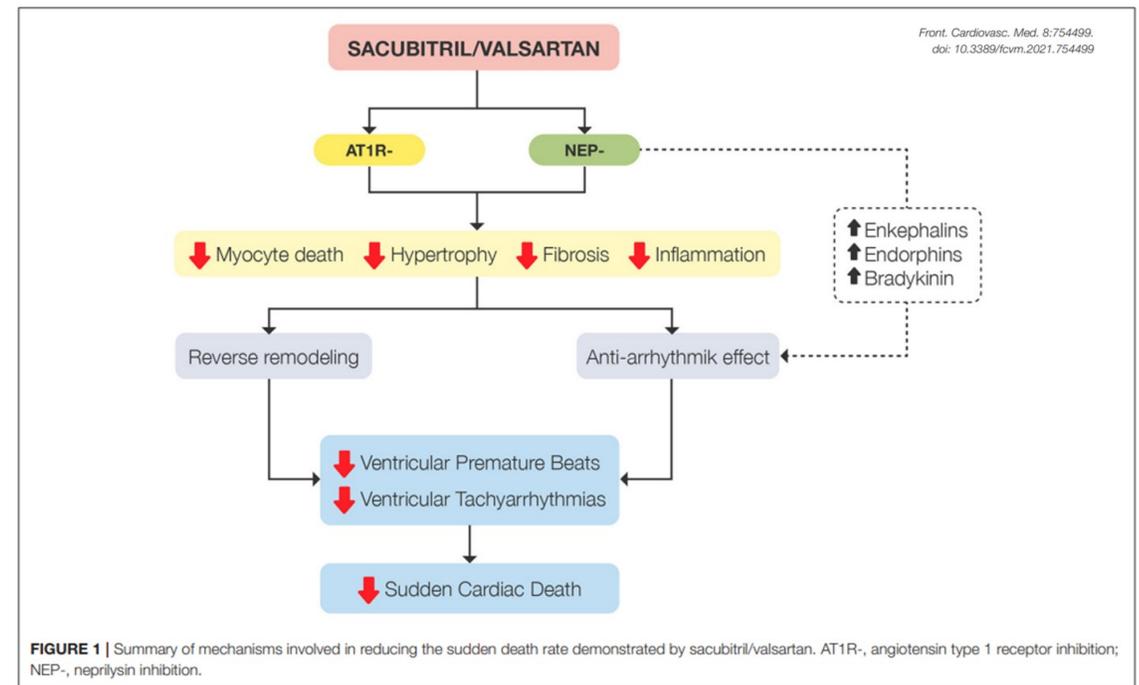
Tras la publicación de PARADIGM-HF se evaluaron las causas de muerte: cardiovascular (CV), no-cardiovascular y desconocida. Asimismo las muertes CV se clasificaron en muerte súbita (MS), IAM, empeoramiento de IC, ictus u otra causa de muerte.

Del total de 1.546 pacientes que murieron en el estudio, hubo **1.251 muertes que se consideraron CV (80,9%)**. En el grupo tratado con **ARNI** se observó una **reducción del riesgo del 20%** respecto al grupo tratado con enalapril (13,30 vs. 16,5 %, respectivamente; HR 0,80 IC 9 % 0,72–0,89 p <0,001).

La mayoría de las muertes CV fueron MS (44,8%), también en pacientes considerados “estables” en NYHA I y II. Para MS (tanto resucitadas como no resucitadas), se observó **una reducción del riesgo del 22% en pacientes en el brazo tratado con ARNI** en comparación con enalapril. La magnitud de este efecto no difirió en pacientes con o sin implante de desfibrilador (DAI).

Este beneficio incremental en la reducción MS con ARNI sobre el comparador activo enalapril **también se observó en pacientes que recibían un tratamiento óptimo** con betabloqueantes (93%) y MRA (55%). Ambos fármacos han demostrado reducir la mortalidad por todas las causas y la muerte súbita, y curiosamente, en pacientes **portadores de DAI, en quienes la reducción de muerte súbita con ARNI alcanzó el 50%**.

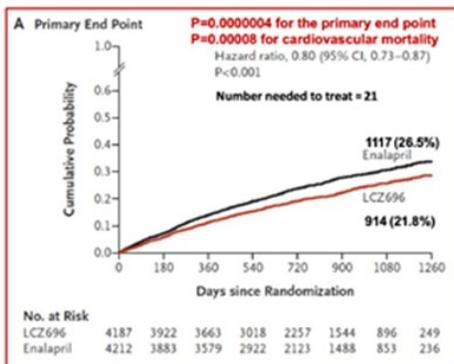
Además, este efecto protector sobre la MS no se ha observado con IECA o ARA II. Así, el estudio SOLVD mostró una reducción en la mortalidad por progresión de la IC con enalapril vs. placebo, pero no de muerte súbita.



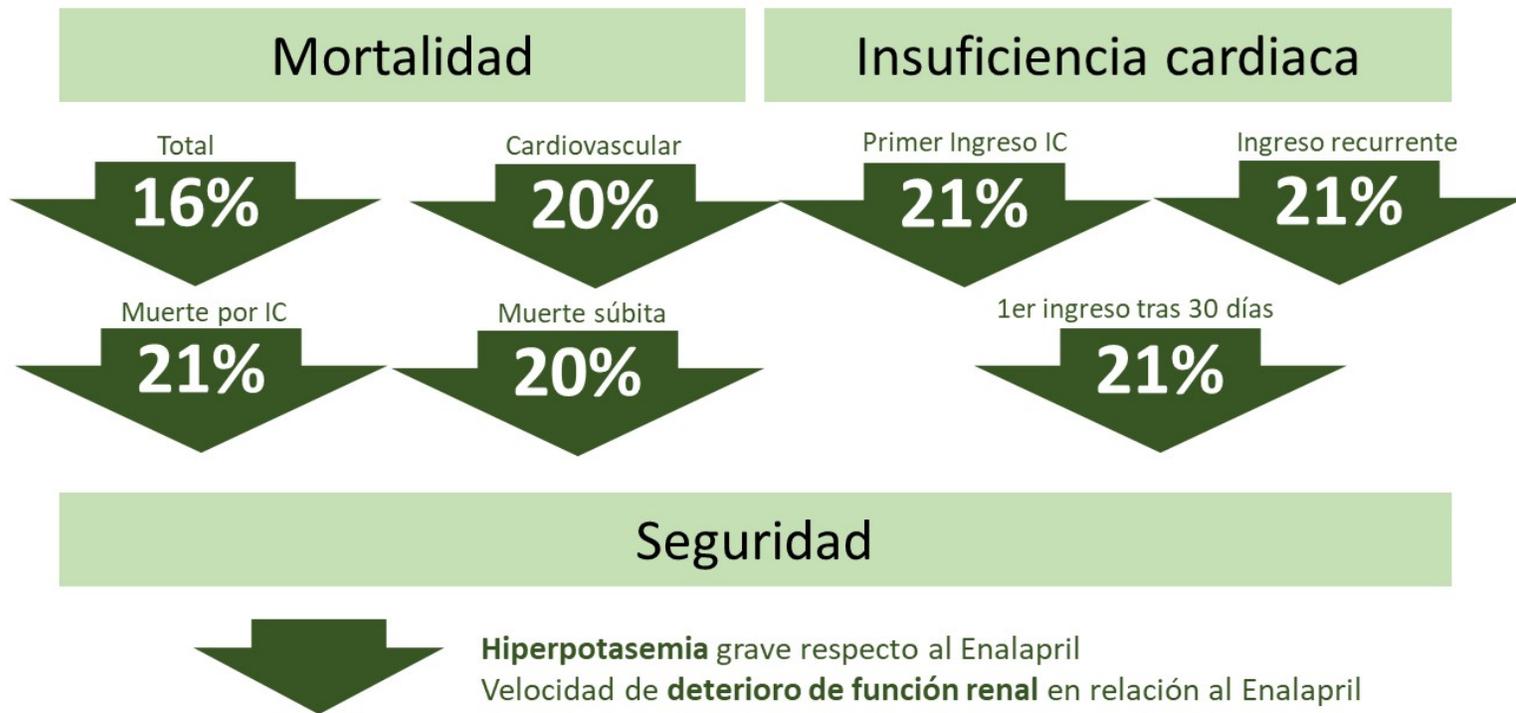
# PARADIGM-HF. Sacubitril-Valsartán vs IECA en IC-FEVI r demostró:



PARADIGM-HF



European Journal of Heart Failure 2018;20:760-68  
 N Engl J Med 2014; 37:993-1004  
 Circ Heart Failure 2016;9:e002837



# Sacubitril-Valsartán en IC-FEVI reducida



# ¿Qué pasó con nuestro paciente?

**Actualmente, 91 años.**

**Evolución favorable.**

Clase funcional **NYHA II.**

Una descompensación de IC manejada ambulatoriamente.

No ángor.

**Ecocardiograma:** Disfunción de VI moderada. IM e IT 2/4.

**Tratamiento actual:** sintrom, torasemida 10mg/24h, Sacubitril-Valsartan 24/26 mg/12h, Eplerenona 25 mg/24h, Bisoprolol 2,5 mg/24h.

