



214/151 - Beneficio consistente de LCZ696 (Sacubitrilo/Valsartán) vs Enalapril independientemente de la terapia complementaria en el Estudio PARADIGM-HF

F. Torres Calvo¹, N. Okumura², J. McMurray³, G. Lefkowitz⁴, S. Rizkala⁴, J. Rouleau⁵, S. Desai⁶, K. Swedberg⁷, M. Zile⁸ y M. Packer⁹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. ²Cardiovascular and Medical Sciences. University of Glasgow. Reino Unido. ³University of Glasgow. Glasgow. Reino Unido. ⁴Novartis Pharmaceutical Corp. East Hanover. NJ. EEUU. ⁵Université de Montréal. Montreal. QC. Canadá. ⁶Brigham and Women's Hospital. Boston. MA. EEUU. ⁷University of Gothenburg. Gothenburg. Suecia. ⁸The Medical University of South Carolina and RHJ Department of Veterans Admin Medical center. Charleston. SC. EEUU. ⁹University of Texas Southwestern Medical Ctr. Dallas. TX. EEUU.

Resumen

Introducción y objetivos: LCZ696 reduce los riesgos de muerte cardiovascular (CV) y hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC) en comparación con enalapril en el PARADIGM-HF. Se examinó si estos beneficios eran adicionales a los otros tratamientos de los pacientes con IC y fracción de eyección reducida.

Material y métodos: Se calcularon las tasas de riesgo relativo (HR) y los intervalos de confianza del 95% (IC) de la interacción del objetivo primario de muerte CV u hospitalización por IC y por muerte CV en relación con los subgrupos definidos por el tratamiento inicial o revascularización coronaria previa. Al inicio, el 93% de los pacientes fueron tratados con un beta-bloqueante y también se evaluaron los resultados en función de si los pacientes eran tratados con $\geq 50\%$ o 50% de la dosis objetivo del beta-bloqueante.

Resultados: Los beneficios de LCZ696 sobre enalapril fueron consistentes en todos los subgrupos tratados y en aquellos con revascularización coronaria previa (objetivo primario y muerte CV, respectivamente): diuréticos (HR[CI]): 0,80 (0,72-0,87) y 0,79 (0,70-0,89); digoxina: 0,78 (0,67-0,90) y 0,77 (0,64-0,93); antagonista del receptor mineralocorticoide (ARM): 0,85 (0,76-0,96) y 0,84 (0,73-0,98); desfibrilador automático implantable/terapia de resincronización cardíaca: 0,78 (0,57-1,08) y 0,78 (0,57-1,08); revascularización coronaria previa: 0,74 (0,64-0,87) y 0,81 (0,66-1,00). Además, LCZ696 fue superior a enalapril en pacientes que tomaban $\geq 50\%$ (0,85 [0,74-0,97] y 0,89 [0,75-1,05]) o 50% de la dosis objetivo del beta-bloqueante (0,79 [0,70-0,90] y 0,81 [0,69-0,96]).

Conclusiones: En comparación con enalapril, LCZ696 reduce el riesgo de muerte CV u hospitalización por IC en aproximadamente un 20%, independientemente de la terapia inicial, incluyendo beta-bloqueantes y ARM.

Datos presentados previamente en el congreso ACC: 2-4 abril, Chicago.