Rev Clin Esp. 2023;223(Supl 1):S263

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

630 - EMPLEO DE ISGLT2 EN LA COHORTE PROFOUND-IC

Adrián López Alba[1], Jesús Alonso Carrillo[1], Rodrigo Miranda Godoy[1], Mario Cereza Latre[1], Carlos Aizpurua Martínez[1], Lucía Jorge Huerta[1], Francesco Deodati Deodati[1], María del Palacio Tamarit[1], Rosario Iguarán Bermúdez[2], Francisco Trapiello Valbuena[3], Beatriz Sánchez Sauce[4], Manuel Méndez Bailón[2] y Fernando Aguilar Rodríguez[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. [2]Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. [3]Servicio de Medicina Interna, Hospital Central de Asturias, Madrid. [4]Servicio de Medicina Interna, Hospital Fundación de Alcorcón, Alcorcón (Madrid).

Resumen

Objetivos: Estudiar el empleo de inhibidores de iSGLT2 en una cohorte de pacientes con insuficiencia cardíaca.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo sobre la cohorte PROFUND-IC del grupo de Insuficiencia Cardíaca y Fibrilación Auricular de la Sociedad Española de Medicina Interna. Se incluyen pacientes que ingresan entre 2021-2022 en Medicina Interna con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca, NT-proBNP de 1.500 pg/ml y al menos 2 comorbilidades asociadas. Para las variables cuantitativas se empleó media y desviación estándar y se realizó t de Student en el contraste de hipótesis. Las variables cualitativas se expresaron en unidades observadas y porcentajes y se empleó el contraste de hipótesis mediante ji al cuadrado. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS® versión 22. En la expresión de los resultados se empleó un intervalo de confianza del 95% considerándose una significación estadística del 5%.

Resultados: Los 483 pacientes estudiados, 91 pacientes emplearon iSGLT2. La empaglifozina se pautó en 42 pacientes (56%) y dapaglifozina en el resto. En nuestra muestra (tablas) los pacientes que empleaban ISGLT2 presentaban de manera significativa menor edad (81 ± 10 *vs.* 83 ± 9 p = 0,031), más DM (70 *vs.* 40% p 0,05) y DM con afectación microvascular (32 *vs.* 16% p = 0,001), HTA (97 *vs.* 90% p = 0,05), SAHS (22 *vs.* 13% p = 0,028), clase NYHA III-IV (50 *vs.* 35% p = 0,012) y cardiopatía isquémica (25 *vs.* 21% p = 0,028). En cuanto al tratamiento recibido empleaban más hierro intravenoso (35 *vs.* 24% p = 0,047) y sacubitrilo-valsartán (22 *vs.* 6% p 0,05). Además presentaron más ingresos hospitalarios en el último año (19 *vs.* 10% p = 0,014), mayor fragilidad cuantificada en el índice SPPB (p = 0,019), mayor número de fármacos empleados por paciente al alta (12 ± 4 *vs.* 12 ± 4 p = 0,006) y eran más frecuentemente derivados al alta a consulta monográfica de Insuficiencia Cardíaca y Medicina Interna (45 *vs.* 25% y 28 *vs.* 18% respectivamente p 0,05).

Tabla 1. Contraste de hipótesis para las variables cualitativas en con y sin iSGLT2		
	Variables cualitativas	p

iSGLT2 (= 91)	No iSGLT2(n = 392)		
N (%)	N (%)		
Género varón	48 (53%)	155 (42%)	0,077
HTA	88 (97%)	329 (90%)	0,05
Diabetes *mellitus*	64 (70%)	151 (41%)	0,005
Diabetes *mellitus* con afectación microvascular	29 (32%)	60 (16%)	0,001
Dislipemia	62 (68%)	240 (66%)	0,668
No fumador	56 (62%)	249 (68%)	0,188
Exfumador	27 (30%)	99 (27%)	
Fumador activo	8 (9%)	16 (4%)	
SAHS	20 (22%)	47 (13%)	0,028
NYHA III-IV	45 (50%)	128 (35%)	0,012
Etiología de IC			0,028
Hipertensiva	36 (41%)	152 (42%)	
Isquémica	22 (25%)	75 (21%)	

Valvular	21 (24%)	87 (24%)	
Otras	9 (10%)	47 (13%)	
Neoplasia activa	7 (7%)	36 (10%)	0,526
Insuficiencia renal crónica	48 (53%)	180 (49%)	0,558
4 o más ingresos hospitalarios al año	17 (19%)	35 (10%)	0,014
Diagnóstico > 18 meses	59 (66%)	245 (67%)	0,752
Ingurgitación yugular			0,027
6	36 (40%)	182 (50%)	
6-9	36 (40%)	143 (40%)	
9-15	12 (13%)	30 (8%)	
> 15	6 (7%)	7 (2%)	
SPPB			0,019
0-3	38 (48%)	223 (63%)	
04-7	25 (32%)	97 (27%)	
> 8	16 (20%)	38 (11%)	

Ecografía pulmonar (> 6 líneas B)	39 (71%)	148 (65%)	0,399
Vena cava colapsa > 50%	17 (30%)	76 (34%)	0,612
IECA	17 (23%)	90 (25%)	0,248
Sacubitrilo/valsartán	20 (22%)	22 (6%)	0,005
Hipolipemiantes	48 (65%)	97 (56%)	0,182
Hierro intravenoso	31 (35%)	89 (24%)	0,047
Transfusión de hematíes	7 (8%)	27 (8%)	0,88
Destino al alta			0,005
Atención Primaria	15 (17%)	133 (40%)	
Medicina Interna	24 (28%)	59 (18%)	
Monográfica	39 (45%)	82 (25%)	
Cardiología	4 (5%)	40 (12%)	
Otros	5 (6%)	15 (5%)	
Exitus a 30 días	4 (9%)	45 (15%)	0,343

Tabla 2. Contraste de hipótesis para las variables cuantitativas en pacientes con y sin iSGLT2

	Variables cuantitativas		p
	iSGLT2 (= 91)	NO iSGLT2(n = 365)	
Edad	81 ± 10	83 ± 9	0,031
IMC	29 ± 7	28 ± 6	0,038
Número de fármacos por paciente	12 ± 4	11 ± 4	0,006
NT-proBNP	9.619 ± 8.720	8.165 ± 9.818	0,173
CA 125	101 ± 143	87 ± 104	0,251
FEVI	47 ± 13	51 ± 12	0,010
Fuerza prensil	14 ± 8	14 ± 10	0,704
Vena cava inferior	22 ± 11	21 ± 4	0,259

Discusión: La indicación del uso de iSGLT2 quedó establecida en las guías de 2021 en insuficiencia cardíaca con FEVI deprimida. En nuestra muestra además objetivamos su empleo fuera de esta indicación. Si bien existen diferencias respecto a la cardiopatía en los dos grupos estadísticamente significativas quisiéramos señalar esas diferencias no son clínicamente relevantes. Además, los pacientes en tratamiento con iSGLT2, presentas más factores de riesgo cardiovascular (DM, HTA o SAHS), mayor fragilidad cuantificada con el SPPB index y peor clase funcional (NYHA III-IV). Los pacientes que emplean iSGLT2 son más frecuentemente derivados a consultas monográficas y de Medicina Interna y menos habitualmente a atención primaria y Cardiología lo que podría estar en relación con un mayor grado de comorbilidad asociado.

Conclusiones: Los pacientes que empleaban ISGLT2 en nuestra muestra presentan más factores de riesgo cardiovascular, peor grado funcional, mayor fragilidad y derivación a consultas de Medicina Interna y más consulta monográfica de Insuficiencia Cardíaca.

Bibliografía

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, *et al.* Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol 2022;75:523.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.