



1564 - INSUFICIENCIA CARDIACA, DIABETES Y OBESIDAD: ¿DÓNDE ESTÁ EL ARGLP1?

Marina Benítez Bermejo, Laura Muñoz Gómez, Edson Manuel Rodríguez López, Alicia Vázquez Vázquez, Belén Salgado Cardoso, Juana Carretero Gómez y José Carlos Arévalo Loido

Medicina Interna, Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Resumen

Objetivos: La insuficiencia cardiaca es el principal diagnóstico al alta en Medicina Interna. La obesidad, por el efecto deletéreo de la adiposidad, es un factor de riesgo clave en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEp), y su coexistencia con esta condición agrava la sintomatología y aumenta el número de hospitalizaciones por este motivo. Los agonistas del receptor del péptido análogo al glucagón de tipo 1 (arGLP-1) han emergido como terapias prometedoras, demostrando mejoras tanto en la calidad de vida como la tolerancia al ejercicio, principalmente en relación con una pérdida de peso significativa y modulación de los biomarcadores como inflamatorios y de congestión. Nuestro objetivo es evaluar el uso de fármacos antiobesidad (arGLP1) en pacientes ingresados por ICFEp según presencia de DM2 y obesidad como recomienda SEMI y las principales guías, así como su influencia sobre el pronóstico en términos de mortalidad y reingresos.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes ingresados por IC entre 01/10/2023-31/01/2024 y 01/10/2024 - 31/01/2025, con seguimiento a 90 días. La muestra se divide según tratamiento previo y posalta con arGLP1. Se comparan ambos grupos mediante test de Wilson con para variables cuantitativas y chi cuadrado para cualitativas. Realizamos dos modelos de regresión logística, uno para mortalidad y reingresos y otro para mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Analizamos 866 pacientes, media edad 84,9 (8,4) años, 358 (41,3%) varones. Al ingreso 24 tenían arGLP1 (semaglutida) y al alta 26. La figura 1 (diagrama de VENN) muestra la distribución de los pacientes según DM2, obesidad e ICFEp. En la tabla 1 mostramos las comorbilidades y el tratamiento al ingreso y alta; en la tabla 2 las variables clínicas y analíticas. En el análisis de regresión logística (fig. 2) no se observan diferencias significativas entre los grupos según uso de arGLP1 en términos de mortalidad o reingresos.

Tabla 1

Variable	Grupo 1 (no arGLP1)	Grupo 2 (sí arGLP1)	p
DM2 (%)	317 (43,6)	24 (92,3)	0,0001

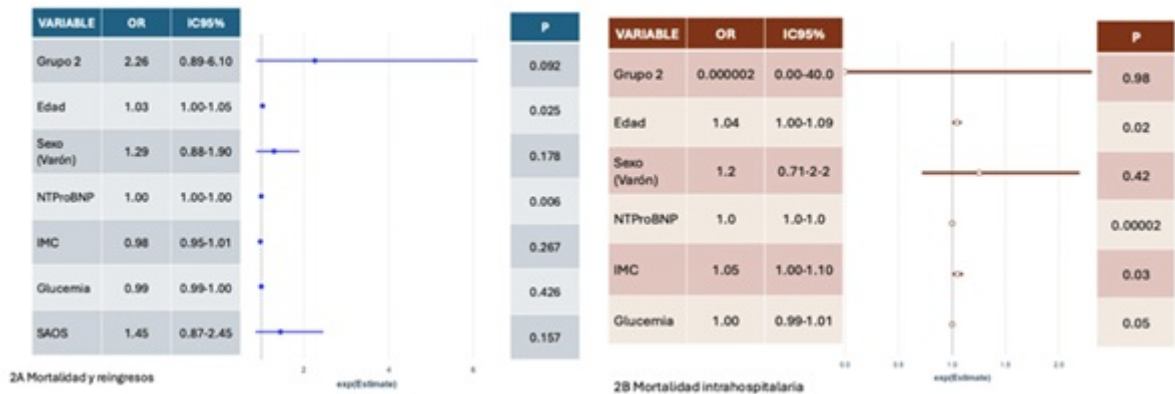
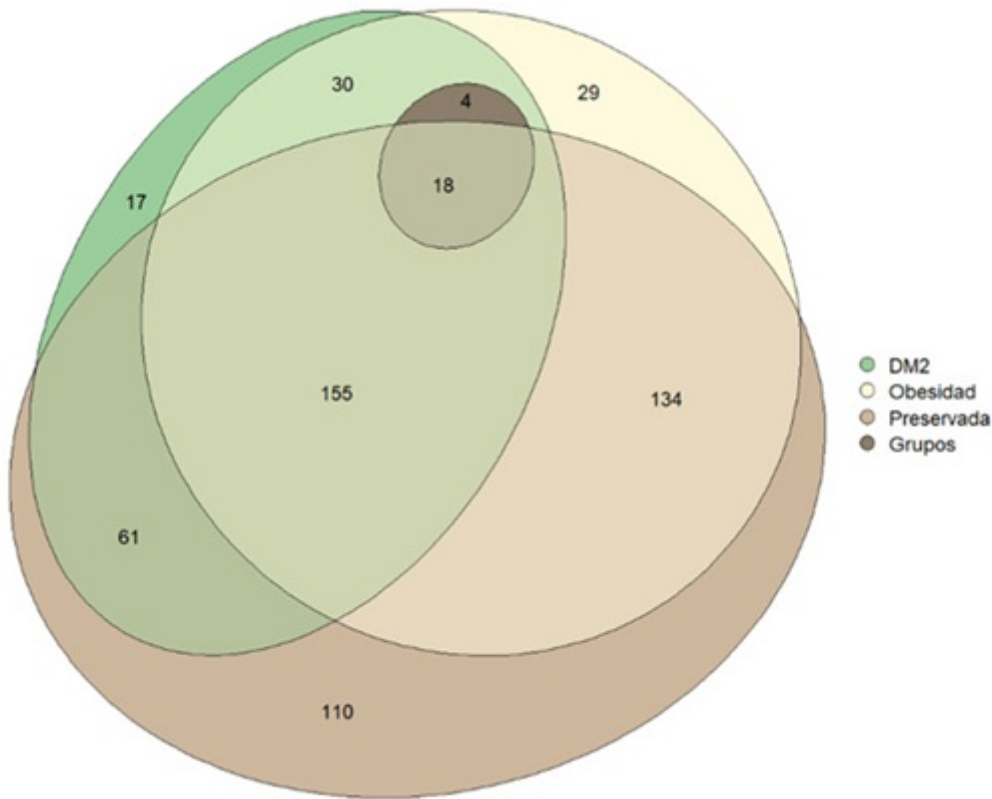
HTA (%)	632 (86,9)	25 (96,1)	0,38
Dislipemia (%)	473 (65)	23 (88,5)	0,01
SAOS (%)	91 (12,5)	14 (53,8)	0,0001
EPOC (%)	132 (18,1)	11 (42,3)	0,002
ERC (%)	326 (44,8)	12 (50)	0,6
FA (%)	475 (65,3)	19 (73,1)	0,41
Obesidad (%)	326 (62,4)	26 (160)	0,0002
ICFEp (%)	567 (84,7)	20 (80)	0,51
Mortalidad hospitalaria	3 (0,41)	0	0,74
Reingresos	320 (44,1)	14 (53,8)	0,32
Tratamiento al ingreso			
Metformina (%)	115 (15,8)	14 (53,8)	0,001
iSLGT2 (%)	253 (34,7)	22 (84,6)	0,0001
iDPP4 (%)	136 (18,7)	3 (11,5)	0,35
Insulina (%)	99 (13,6)	14 (53,8)	0,0001
Sulfonilureas (%)	4 (0,6)	0	0,7
Tratamiento al alta			
Metformina (%)	107 (14,7)	14 (53,8)	0,0001
iSGLT2 (%)	404 (55,5)	22 (84,6)	0,003

iDDP4 (%)	135 (18,5)	3 (11,5)	0,36
Insulina (%)	108 (14,8)	16 (61,5)	0,001
Sulfonilureas (%)	1 (0,4)	0	0,74

Tabla 2

Variable	Grupo 1 (no arGLP1)	Grupo 2 (sí arGLP1 p	
N	840	26	
Edad (años)	87 (10)	75,5 (6,7)	0,0000
Sexo (varón)	296 (40,7)	12 (46,1)	0,57
Peso (kg)	75,3 (18,8)	87,5 (20,8)	0,0002
IMC	30 (7)	36,5 (4,8)	0,0000
Glucosa (mg/dL)	121 (57,2)	138,5 (68,2)	0,0001
HbA _{1c} (%)	6 (1,1)	6,7 (1)	0,001
NT-proBNP (mg/dL)	5.103 (8.683,2)	2.691,5 (2.874,7)	0,003
Creatinina (mg/dL)	1,2 (0,7)	1,2 (0,8)	0,8
Filtrado glomerular (CKD-EPI) (ml/min/1,73 m ²)	46 (36)	56,5 (46)	0,48
Potasio (mg/dL)	4,3 (0,8)	4,6 (0,5)	0,04
Sodio (mg/dL)	139 (5)	140,5 (5)	0,009
UACR (mg/dL)	56,5 (152,8)	41,8 (112)	0,2

Albúmina (g/dL)	3,6 (0,6)	3,9 (0,4)	0,003
FiB4	2,2 (1,6)	1,4 (0,9)	0,0002



Conclusiones: En nuestra muestra el tratamiento de la ICFEp tiene un amplio margen de mejora. En relación con el uso de arGLP1, no se ajusta a las guías. Como vemos en la figura 1 (diagrama de VENN), de los 155 con DM2, obesidad e ICFEp, solo 18 tienen arGLP1; ninguno de los 134 pacientes con obesidad e ICFEp lo tiene prescrito y dos lo tienen con ICFEr (no recomendado). No existen diferencias significativas en los desenlaces, aunque tanto la glucemia y el IMC son factores de mal pronóstico para la mortalidad intrahospitalaria, lo que apoyaría el uso de arGLP1 con probado beneficio en ambos. Aunque no sea objeto del estudio, de la misma manera, el uso de iSGLT2 tampoco alcanza el nivel de recomendado para la ICFEp. Nuestro centro carece de UMIPIC, lo que puede justificar el alto número de ingresos/reingresos por IC.

Bibliografía

1. https://protocolos.fesemi.org/pdfs/cuadriptico_insuficiencia_cardiaca.pdf