



## 380 - INFLUENCIA DE LA ESCALA PROFUND EN LA EFECTIVIDAD DE LOS ISGLT2 EN PACIENTES ANCIANOS PLURIPATOLÓGICOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Alicia Guzmán Carreras<sup>1</sup>, Sahar Okab<sup>1</sup>, Purificación Romero Jiménez<sup>1</sup>, Rafael Sánchez del Hoyo<sup>2</sup>, Juan Igor Molina Puente<sup>3</sup>, Aladin Abdelhady Kishta<sup>3</sup>, Beatriz Sánchez Sauce<sup>4</sup> y Manuel Méndez Bailón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. <sup>2</sup>Unidad de Apoyo Metodológico a la Investigación. Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. <sup>3</sup>Medicina Interna, Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España. <sup>4</sup>Medicina Interna, Hospital Fundación Alcorcón, Madrid, España.

### Resumen

**Objetivos:** Describir y analizar las características diferenciales de pacientes pluripatológicos con insuficiencia cardíaca aguda (ICA) según el índice PROFUND. Evaluar si el índice PROFUND influye en la efectividad de los iSGLT2.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de 880 pacientes pluripatológicos con ICA procedentes del registro multicéntrico PROFUND-IC, incluidos desde octubre de 2020 a agosto de 2024. Se dividió la muestra en 3 grupos según índice Profund: riesgo bajo (0-2 puntos), medio (3-6) y alto/muy alto (? 7). Se realizó un análisis descriptivo y bivalente utilizando el test chi-cuadrado para las variables cualitativas y ANOVA para las cuantitativas, así como Fisher y Kruskal-Wallis, respectivamente, si las variables no se ajustaban a la normalidad. Finalmente, se construyeron curvas de Kaplan-Meier que analizaban el reingreso y la mortalidad en los grupos en función de la administración de iSGLT2 (inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo II). El análisis estadístico fue elaborado mediante IBM SPSS Statistics v.26. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y los pacientes o su representante legal cumplieron el Consentimiento Informado.

**Resultados:** Se incluyeron 880 pacientes, 143 (15,7%) con riesgo bajo; 349 (38,2%) con riesgo medio y 388 (42,5%) con alto/muy alto. El 58% eran mujeres, con una edad media de 83,86 años, clase funcional II en el 54% de los casos y FEVI media del 51,41%. 273 (31%) tomaban iSGLT2. 109 enfermos (12,4%) fallecieron y 328 (37,3%) reingresaron durante el año de seguimiento (tabla 1). Analizando las características diferenciales entre los grupos se observa mayor porcentaje de mujeres en aquellos con mayor índice Profund (238 mujeres (61,3%) en aquellos con riesgo alto/muy alto versus 66 (46,2%) con riesgo bajo, ( $p = 0,006$ ) y también mayor edad (86,83 años frente a 75,93,  $p < 0,001$ ). No se encontraron diferencias significativas en las comorbilidades estudiadas salvo en el deterioro cognitivo ( $p < 0,001$ ). La clase funcional es peor en aquellos con mayor PROFUND, con un 60,68% de clase funcional III-IV en el grupo con riesgo alto/muy alto frente a un 100% de clase I-II en riesgo bajo ( $p < 0,001$ ). Las puntuaciones en el índice de Barthel, test SPPB y escala nutricional MNA son también peores en aquellos con riesgo alto/muy alto ( $p < 0,001$ ). Como la propia escala predice, se observa mayor mortalidad en aquellos con peor índice Profund ( $p < 0,001$ ), sin diferencias en reingresos entre los 3 grupos (tabla 1). En pacientes con riesgo bajo o alto/muy alto de mortalidad según PROFUND la administración de iSGLT2 no se asoció a diferencias significativas en reingreso ni mortalidad. Sin embargo, en aquellos con riesgo moderado (Profund 3-6) se observa menor

mortalidad en el grupo tratado, sin llegar a alcanzar la significación estadística (fig. 1), junto con una reducción significativa de la tasa de reingreso a 12 meses (36,2% en el grupo tratado versus 23,6%, p = 0,03) (fig. 2) (tabla 2).

Tabla 1					
Variable	Total (N = 880)	PROFUND 0-2 (N = 143)	PROFUND 3-6 (N = 349)	PROFUND ≥ 7 (N = 388)	p
Características epidemiológicas					
Sexo (n, %)	0,006				
Varón		370 (42%)	77 (53,8%)	143 (41%)	150 (38,7%)
Mujer		510 (58%)	66 (46,2%)	206 (59%)	238 (61,3%)
Edad (media, DE) (años)	83,86 (± 8,72)	75,93 (± 8,23)	83,80 (± 8,73)	86,83 (± 6,88)	0,001
Comorbilidades					
Diabetes mellitus (n, %)	399 (45,3%)	70 (49%)	152 (43,6%)	177 (45,6%)	0,545
Dislipemia (n, %)	561 (63,7%)	91 (63,6%)	226 (65,1%)	244 (62,9%)	0,817
Hipertensión arterial (n, %)	792 (90%)	125 (88%)	314 (90%)	353 (91%)	0,599
Fibrilación auricular (n, %)	602 (68,4%)	96 (67,1%)	238 (68,2%)	268 (69,3%)	0,887
Cardiopatía isquémica (n, %)	275 (31,3%)	50 (35%)	105 (30,1%)	120 (30,9%)	0,561
Enfermedad respiratoria crónica (n, %)	308 (35%)	57 (39,9%)	120 (34,5%)	131 (33,9%)	0,418

Enfermedad cerebrovascular (n, %)	143(16,3%)	20 (14%)	49 (14,1%)	74 (19,1%)	0,138
Deterioro cognitivo (n, %)	80 (9,1%)	3 (2,1%)	10 (2,9%)	67 (17,3%)	0,001

#### Variables clínicas

NYHA (n, %)					0,001
I (n, %)	55 (6,3%)	18 (12,6%)	26 (7,4%)	11 (2,8%)	
II (n, %)	475 (54%)	125 (87,4%)	209 (59,9%)	141 (36,3%)	
III (n, %)	319 (36,3%)	0	103 (29,5%)	216 (55,7%)	
IV (n, %)	31(3,5%)	0	11 (3,2%)	20 (5,2%)	
I-II (n, %)		143 (100%)	235 (67,3%)	152 (39,2%)	
III-IV (n, %)		0	114 (32,7%)	236 (60,8%)	
FEVI (%) (media, DE)	51,41 ( ± 11,766)	50,28 ( ± 12,682)	52,14 ( ± 11,299)	51,17 ( ± 11,810)	0,246

#### Variables de funcionalidad

SPPB (mediana, RIC)	2 (0-5)	5 (3-8)	3 (1-6)	1 (0-3)	0,001
Barthel (mediana, RIC)	80 (50-95)	100 (85-100)	90 (70-100)	50 (30-75)	0,001
MNA (media, DE)	10,25 ( ± 2,555)	11,45 ( ± 2,108)	10,93 ( ± 2,112)	9,28 ( ± 2,68)	0,001

#### Variables analíticas

NTproBNP (pg/mL) (mediana, RIC)	5.692 (2.785-10.849,8)	4.937 (2.500-10.475)	4.888,5 (2.565-9.507,5)	6.412 (3.400-12.946)	0,001
---------------------------------	------------------------	----------------------	-------------------------	----------------------	-------

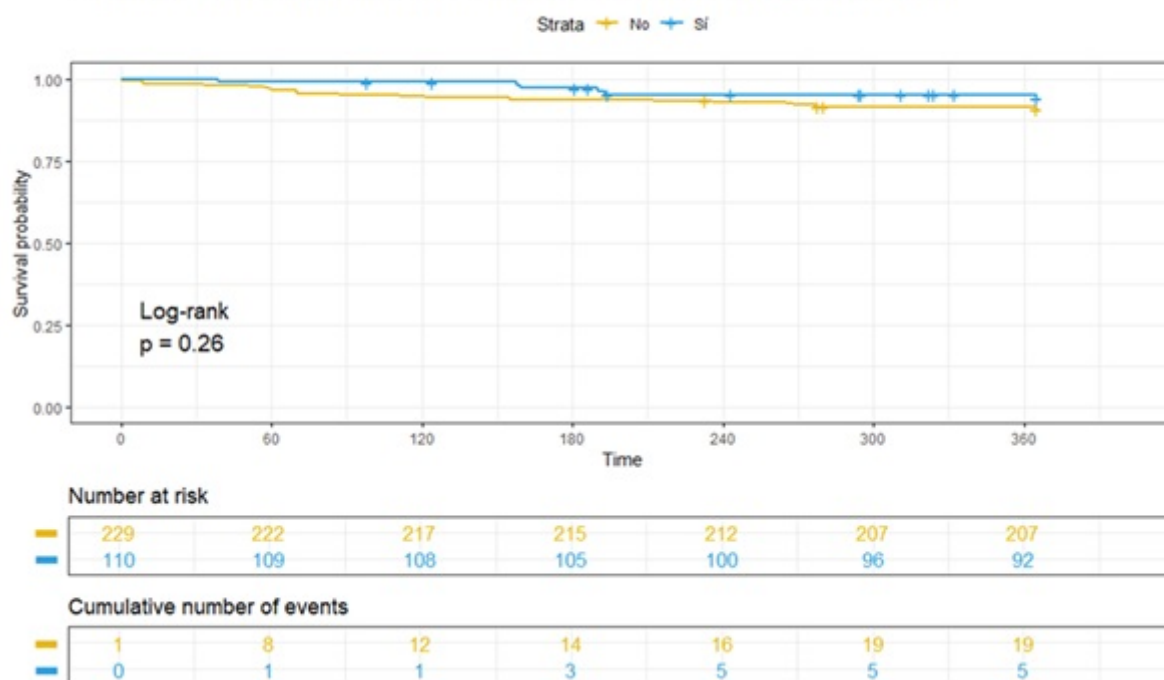
CA-125 (U/mL) (mediana, RIC)	48 (21-102)	56 (26,65-138,45)	47,60 (20,475-104,75)	46,30 (20,975-97,70)	0,350
Tratamiento instaurado					
IECA (n, %)	170 (19,3%)	35 (25,2%)	79 (23,2%)	56 (15%)	0,006
ARAII (n, %)	181 (20,6%)	31 (22,3%)	79 (23,2%)	71 (19,1%)	0,381
Sacubitrilo-valsartán (n, %)	79 (9%)	30 (8,8%)	35 (9,4%)	79 (9,3%)	0,907
Betabloqueante (n, %)	519 (59%)	93 (66,9%)	213 (62,5%)	213 (57,1%)	0,095
ARM (n, %)	295 (33,5%)	45 (32,6%)	120 (36,5%)	130 (35,1%)	0,856
iSGLT2 (n, %)	273 (31%)	49 (35,3%)	110 (32,4%)	114 (30,9%)	0,642
Dosis máxima furosemida recibida (mg/día) (mediana, RIC)	80 (60-120)	80 (60-160)	80 (60-120)	80 (60-120)	0,392
Variables pronósticas					
Exitus	109 (12,4%)	12 (8,4%)	28 (8%)	69 (17,8%)	0,001
Reingreso	328 (37,3%)	57 (39,9%)	120 (34,4%)	151 (38,9%)	0,349

N: número; p: significación estadística; DE: desviación estándar; Núm.: número; RIC: rango intercuartílico; NYHA: New York Heart Association; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; SPPB: Short Physical Performance Battery); MNA: Mini-Nutritional Assessment; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; ARAII: antagonistas del receptor de la angiotensina II; ARNI: inhibidores del receptor de angiotensina/neprilisina; ARM: antagonistas de receptores de mineralocorticoides; iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo II;

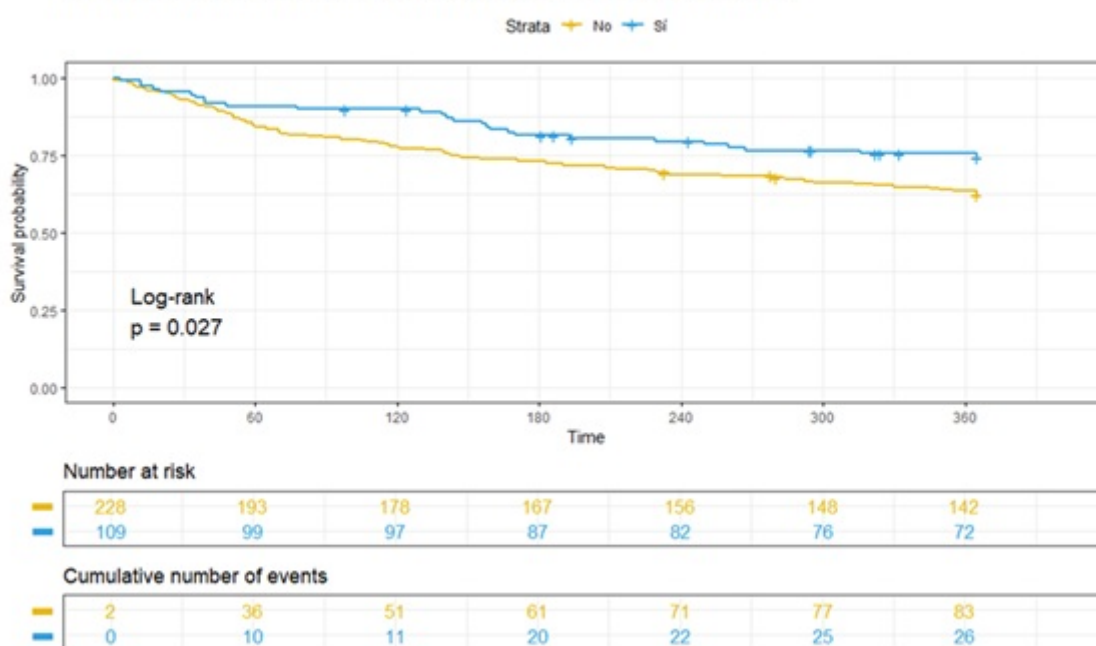
Tabla 2

	PROFUND 0-2 (N = 139)			PROFUND 3-6 (N = 339)			PROFUND ? 7 (N = 388)		
iSGLT2	No - 90	Sí - 49	p	No- 229	Sí- 110	p	No-254	Sí- 114	p
Exitus	8 (8,9%)	3 (6,1%)	0,47	19 (8,3%)	5 (4,5%)	0,26	46 (18,1%)	16 (14,0%)	0,26
Reingreso	38 (42,2%)	14 (28,6%)	0,19	83 (36,2%)	26 (23,6%)	0,03	94 (37,0%)	39 (34,2%)	0,44

### Supervivencia global en pacientes con PROFUND medio según consumo de fármaco isglit2



### Reingreso en pacientes con PROFUND medio según consumo de fármaco isglit2



**Conclusiones:** La administración de iSGLT2 se asocia a una reducción estadísticamente significativa del reingreso a 12 meses en pacientes ancianos pluripatológicos con ICA e índice Profund entre 3 y 6. Debemos valorar iniciar este grupo farmacológico en esta población para obtener su máximo beneficio pronóstico.