



6037-3. USO DE DAPAGLIFLOZINA EN INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO REDUCIDA DURANTE EL INGRESO Y SEGUIMIENTO AMBULATORIO POSTERIOR

Daniel Alejandro Bracho Bracchitta, Juan Diego Oviedo Rodríguez, Olga Cabañas Tendero, Laura De La Fuente Blanco, Beatriz De Tapia Majado y Pedro Luis Sánchez Fernández

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) han demostrado reducir hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca (IC) y la mortalidad cardiovascular en pacientes con IC con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida. Existen escasos estudios que analicen la seguridad y la eficacia de iniciar iSGLT2 en pacientes ingresados. Por ello, el objetivo fue analizar el uso de iSGLT2 en pacientes hospitalizados por IC y establecer la relación con la aparición de eventos adversos durante el ingreso y seguimiento.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Salamanca (HUSA) por IC o síndrome coronario agudo (SCA) con FEVI $\leq$ 40%, entre febrero y septiembre de 2021. Se recogieron variables clínicas y analíticas basales, y se estudió la aparición de eventos adversos y las causas de interrupción del tratamiento al alta y durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes, 57 por IC y 24 por SCA. El tiempo medio desde el ingreso hasta el inicio del tratamiento con dapagliflozina fue de 5 días. Se mantuvo el tratamiento al alta en 75 pacientes, asociándose a triple terapia con inhibidor del receptor de angiotensina-nepilisinina (ARNI), antagonista del receptor de mineralocorticoides (ARM) y betabloqueante en el 80%. Con una mediana de seguimiento de 6 meses [IQR 4-8], el 32% se mantuvo asintomático, presentándose 5 muertes (6,17%, dos por causa no cardiovascular). Requirieron hospitalización por IC 9 pacientes, con una mediana de tiempo hasta la primera hospitalización de 4,8 meses [IQR 1-6,7]. El tratamiento se suspendió en 4 pacientes (2 por insuficiencia renal, 1 por hipoglucemia y 1 por diarrea). Se registró infección del tracto urinario (ITU) en 1 paciente. No se observó descenso estadísticamente significativo de la tasa de filtración glomerular (TFG), incluso en pacientes con insuficiencia renal previa.

Características clínicas basales

Edad (años)

70 $\pm$ 13

Sexo (varones)	66 (81%)
DM (1) tipo 2	35 (43%)
Fibrilación auricular	37 (45%)
TFG (2) (ml/min/1,73 m ²)	63 [IQR 47-81]
NT-proBNP (pg/ml)	8.082 [IQR 2.300-11.400]
Causa de ingreso	IC: 57 (70,3%); IAM: 24 (29,6%)
Clasificación funcional NYHA al ingreso (3)	II: 9 (17%), III: 14 (26%), IV: 30 (57%)
Clasificación de Killip-Kimball	I 10 (40%), II 11 (44%), IV 4 (16%)
Insuficiencia cardiaca <i>de novo</i>	43 (53%)
iSGLT1 (4) previo al ingreso	14 (17,2%)
Portador de DAI (5)	17 (20%)
FEVI (6) al ingreso	31% [IQR 25-37]
Etiología IC (7)	Isquémica: 52; No isquémica: 30

(1) DM: diabetes mellitus; (2) TFG: tasa de filtración glomerular; (3) NYHA: clasificación funcional de la New York Heart Association; (4) iSGLT2: inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; (5) DAI: desfibrilador automático implantable; (6) FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; (7) IC: insuficiencia cardiaca; (8) IAM: infarto agudo de miocardio.

Conclusiones: Iniciar tratamiento con iSGLT2 durante el ingreso es una opción segura y con un bajo porcentaje de efectos secundarios durante el propio ingreso y seguimiento posterior. Siendo la insuficiencia renal causa de suspensión del tratamiento durante el seguimiento, no se observó un descenso clínicamente significativo de la TFG en la mayoría de pacientes.