



6012-2. IMPLEMENTACIÓN DE ISGLT2 EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL. PERFIL CLÍNICO E IMPACTO PRONÓSTICO

María del Carmen Otte Alba, Irene María Estrada Parra, Rocío Rodríguez Delgado, Manuel González Correa y Francisco Javier Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Recientemente se ha demostrado que el tratamiento con ISGLT2 en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y FEVI reducida consigue mejoría pronóstica, reduciendo la tasa de reingresos por descompensación y la mortalidad cardiovascular. El objetivo de nuestro estudio fue analizar diferencias en características basales, evolución, manejo y pronóstico en los pacientes en tratamiento con ISGLT2 frente a los que no.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, prospectivo, descriptivo y analítico de una cohorte consecutiva de 300 pacientes incluidos en nuestra UIC desde 2016 hasta la actualidad, con un seguimiento medio de $20,32 \pm 13,4$ meses.

Resultados: Sobre un total de 300 pacientes evaluados desde 2016, con una edad media $66,9 \pm 10,8$ años y FEVI $30,25 \pm 8,6\%$, 59 pacientes (19,7%) realizan tratamiento con ISGLT2, de los cuales el 83% son diabéticos. Analizando comparativamente con aquellos que no reciben dicho fármaco, el grupo con ISGLT2 muestra mayor prevalencia de FRCV: HTA (84,7 vs 71,3%, $p = 0,009$), DM (83,1 vs 36,3%, $p = 0,000$), DLP (76,3 vs 59,6%, $p = 0,017$) obesidad (IMC medio 32,4 vs 29,8, $p = 0,014$) y enolismo (42 vs 24,2%, $p = 0,019$), pero una mejor tasa de filtrado glomerular (73 vs 68 ml/min/m², $p = 0,05$). Igualmente, encontramos diferencias estadísticamente significativas en los niveles de NTpro-BNP inicial (1.447,9 vs 2.746,8 pg/ml, $p = 0,011$), sin evidenciarse variaciones en el seguimiento. No existen diferencias en cuanto al TMO entre ambos grupos salvo en el empleo de diuréticos, significativamente inferior en el grupo tratado con ISGLT2 (62,7 vs 75%, $p = 0,05$). En cuanto al pronóstico, estos pacientes alcanzan valores superiores de FEVI (47 vs 42,3%, $p = 0,005$) y reducción del DTDVI durante el seguimiento (54,7 vs 57,9 mm, $p = 0,02$), asociando menor mortalidad (3,4 vs 15,8%, $p = 0,012$), sin diferencias en el número de reingresos por descompensación.

Diferencias terapéuticas y pronósticas entre ambos grupos

Variables	Pacientes con ISGLT2	Pacientes sin ISGLT2	p
IECA	27,1%	25,4%	$p = 0,789$

ARAII	20,3%	13,3%	p = 0,174
ARNI	50,8%	55,8%	p = 0,681
Bloqueadores beta	94,9%	94,1%	p = 0,819
ARM	81,4%	84,2%	p = 0,601
Ivabradina	18,6%	15%	p = 0,491
Diuréticos	62,7%	75%	p = 0,05
Levosimendán	10,2%	7,5%	p = 0,725
DAI	13,6%	24,6%	p = 0,069
DAI-TRC	10,2%	10%	p = 0,969
TRC-P	5,1%	3,3%	p = 0,522
DTDVI	54,7 mm	57,9 mm	p = 0,02
FEVI	47%	42,3%	p = 0,005
Reingresos	12,1%	20%	p = 0,162
<i>Exitus</i>	3,4%	15,8%	p = 0,012

Conclusiones: El perfil de pacientes que reciben ISGLT2 en nuestra UIC presentan un perfil de riesgo cardiovascular superior, logrando a pesar de ello mejoría pronóstica en términos de remodelado ventricular inverso (FEVI y DTDVI) y mortalidad.