



5. IMPACTO DEL INICIO DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA-2 EN LA REDUCCIÓN DE ARRITMIAS AURICULARES Y VENTRICULARES EN PACIENTES CON DISPOSITIVOS CARDIACOS IMPLANTABLES

Enrique Sánchez¹, Carlos Minguito Carazo², José Luis Martínez Sande³, M. Luisa Fidalgo Andrés⁴, Moisés Rodríguez Mañero³, Javier García-Seara³, José M. González Rebollo⁴, Xesús Alberte Fernández López³, Miguel Rodríguez Santamarta⁴, Laila González Melchor³, Itsaso Larrabide Eguren⁴, Elena Tundidor-Sanz⁵, Teba González Ferrero³, Felipe Fernández Vázquez³ y José Ramón González Juanatey³

¹Cardiología. Servicio de Cardiología del Complejo Asistencial Universitario de León, León, España, ²Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ³Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ⁴Complejo Asistencial Universitario, León, España y ⁵Cardiología. Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa-2 (iSGLT2) han demostrado claros beneficios en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). Sin embargo, su impacto en la carga de arritmias ventriculares (VA) y auriculares (AA) es desconocido.

Métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo de pacientes con IC y desfibrilador cardiaco implantable (ICD) entre 2015 y 2020 con o sin terapia de resincronización cardiaca (CRT) que recibieron iSGLT2. Se analizaron y compararon los eventos arrítmicos registrados por el dispositivo durante un año antes del inicio del iSGLT2 y durante un año después del mismo. Las VA relevantes se definieron como cualquier TV sostenida (SVT), fibrilación ventricular (VF) o terapia apropiada. Todas las VA incluyeron todas las VA relevantes y taquicardia ventricular no sostenida (NSVT). Las AA incluyeron la carga de fibrilación auricular (AF) y los episodios de más de 24 horas de AF.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 195 pacientes ($67,5 \pm 10,5$ años, FEVI $31,4 \pm 9\%$, CRT 32,3%). El 83,1% tuvo monitorización remota durante todo el seguimiento y no hubo diferencias en la terapia antiarrítmica entre los dos períodos ($p = 0,593$) ni en el uso de bloqueadores beta ($p = 0,317$). La indicación para iSGLT2 fue diabetes mellitus en el 10,3% e IC con FEVI reducida en el 89,7%. Después del inicio de iSGLT2, hubo una reducción significativa en el porcentaje de pacientes con AV relevantes (21,5% antes vs 8,7% después; $p = 0,001$) y todas las AV (52,3 vs 30,3%; $p = 0,001$) (figura). A su vez hubo una reducción en la prevalencia de NSVT (44,1 vs 27,2%; $p = 0,001$), de SVT (17,4 vs 7,2%; $p = 0,001$), de VF (5,2 vs 1,5%; $p = 0,052$) y terapias apropiadas (14,4 vs 7,7%; $p = 0,02$). Entre los pacientes con monitorización remota, hubo una reducción significativa en la incidencia de NSVT ($p = 0,001$), en la incidencia de SVT ($p = 0,001$), de VF ($p = 0,004$) y terapias apropiadas ($p = 0,012$). No hubo impacto en la carga de AF o en el número de episodios de AF de más de 24 horas de duración.



Conclusiones: En nuestro estudio, el inicio de iSGLT2 en pacientes con ICD, estuvo asociado con una reducción en el porcentaje de pacientes con arritmias ventriculares relevantes y cualquier tipo de arritmia auricular, y así mismo con una reducción significativa en el número de NSVT, SVT y VF y terapias apropiadas por paciente. Serán necesarios otros estudios para consolidar estas conclusiones.