



14. NIVELES PLASMÁTICOS DE LAS INCRETINAS GLP-1 Y GIP Y VALOR PRONÓSTICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Javier Eliseo Blanco Pacheco¹, Andrés Pascual García¹, Alejandro Riquelme Pérez¹, Adrián Gallego Navarro¹, María Martínez Tovar¹, María del Carmen Asensio López², Miriam Ruiz Ballester³, José Manuel Cubillas Para⁴, Ignacio Jiménez Zafra¹, José Javier Tercero Fajardo¹, Diana Milena Cruz Sepulveda¹, Manuel Veas Porlan⁵, Noelia Fernández Villa⁴, Pau Llacer Iborra⁶ y Domingo Andrés Pascual Figal¹

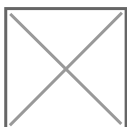
¹Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. CNIC, Murcia, España, ³Universidad de Murcia, Murcia, España, ⁴Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, ⁵Hospital Rafael Méndez, Lorca Murcia, España y ⁶Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1) y el polipéptido inhibidor gástrico (GIP) son incretinas, hormonas implicadas en enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad. El uso de agonistas del receptor GLP-1 ha demostrado tener un efecto beneficioso no solo como antidiabético oral sino también en la reducción de eventos cardiovasculares isquémicos. Sin embargo, el papel de ambas incretinas en insuficiencia cardiaca (IC) es controvertido y se disponen de escasos datos y estudios.

Métodos: Se estudió una cohorte retrospectiva de pacientes hospitalizados por IC aguda, en los que se recogieron muestras sanguíneas en ayunas en el primer día de hospitalización que fueron almacenadas en biobanco para su análisis. Se determinó en plasma la concentración de GLP-1 (7-36 Active, Merck Millipore) y GIP-1 (MyBioSource) mediante ELISA. Se estudiaron las características clínicas basales y la aparición de eventos adversos en el seguimiento. Se estudiaron los determinantes clínicos de sus concentraciones y el valor predictivo de ambas incretinas para eventos adversos en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 86 pacientes con IC aguda, el 49,1% eran mujeres con una mediana de 74 años (65,1, 78,7), un IMC de $29,7 \pm 5,7$ kg/m², y una FEVI del $44 \pm 16,5\%$. Las concentraciones de GLP-1 tuvieron una mediana de 35,3 pg/ml (28,5, 42,3) y de GLP-1 5,48 pM (2,91, 5,92), mostrando entre ellos una correlación positiva significativa ($r = 0,54$, $p < 0,001$), y unos valores similares a los referidos en poblaciones sin IC. El análisis de características clínicas no mostró asociaciones significativas, salvo un índice de masa corporal mayor en pacientes con GIP-1 por encima de la mediana. En cuanto al análisis de supervivencia de Kaplan-Meier, no se encontraron diferencias en la probabilidad de reingreso por IC o muerte para ninguna de las incretinas, ni en la comparación por mediana ni por terciles de concentraciones (figura).



Análisis de supervivencia en pacientes hospitalizados por IC en función de las concentraciones plasmáticas de ambas incretinas.

Conclusiones: Los niveles de GLP-1 y GIP1 muestran un comportamiento similar en pacientes con IC, con niveles análogos a los descritos en poblaciones sanas sin que existan aparentes determinantes clínicos de dichas concentraciones ni relación con eventos adversos graves durante el seguimiento. Se precisan más estudios para aclarar el papel de las nuevas terapias basadas en agonistas de sus receptores en pacientes con IC.