



6041-14. INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 TRATADOS CON ISGLT2. RESULTADOS DE UN REGISTRO EN VIDA REAL

Cristina Goena Vives¹, Ihintza Larrañaga Unanue¹, Laura Mañas Alonso¹, Nerea Andrés Imaz¹, Ana Moreno Rodrigo¹, Begoña Maiz Alcorta², Amaia Aspiazu Abasolo², Naroa Rico Dadebat³, Teresa Arana Suarea³, José Francisco Egido Arroyo³, Sara Díez Irizar⁴, Irene Larrañaga Gómez⁴, Amaya Cristina Armentia del Pozo⁴, Ruth Agirrezabalaga Villar⁵ y Laura Quintas Ovejero¹

¹Hospital de Mendaro, Gipuzkoa. ²Centro de Salud, Mutriku, Gipuzkoa. ³Centro de Salud, Ermua, Bizkaia. ⁴Centro de Salud, Eibar, Gipuzkoa. ⁵Centro de Salud, Soralue/Placencia de las Armas, Gipuzkoa.

Resumen

Introducción y objetivos: Los iSGLT2 han supuesto un cambio en el abordaje de la diabetes mellitus disminuyendo los eventos cardiovasculares y reduciendo la insuficiencia cardiaca (IC) en diabéticos con enfermedad cardiovascular. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de IC *de novo* o descompensación dependiendo de la historia previa de IC cuando se inicia un iSGLT2 añadiéndolo a la terapia antidiabética estándar.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye pacientes con diabetes mal controlada procedentes de 1 hospital y 10 centros de atención primaria en un área de referencia de 78.000 habitantes a los que se les inicia el tratamiento con iSGLT2 (empagliflozina, dapagliflozina o canagliflozina) añadido a su tratamiento habitual entre febrero 2017 y febrero 2019 con seguimiento hasta febrero 2020. Se establecen 2 grupos en función de si tenían IC previa o no. Se comparan características clínicas, bioquímicas y el desarrollo de IC *de novo* o descompensación.

Resultados: Se incluyen 544 pacientes: 481 sin IC previa (no-IC) y 63 con IC. En ambos grupos la medicación más prescrita fue la empagliflozina (74% no-IC vs 82% IC; p 0,284). La media de seguimiento fue de $22,6 \pm 6,3$ meses desde el inicio del iSGLT2. Las características basales fueron similares en ambos grupos (tabla). El grupo IC tenía basalmente más eventos cardiovasculares en forma de ictus, síndrome coronario agudo y enfermedad arterial periférica, pero durante el seguimiento los eventos son escasos y no mostraron diferencias entre grupos. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en la suspensión del iSGLT2. El 4,2% (N = 23) del grupo IC había tenido una descompensación de IC el año previo. La incidencia global de IC fue 4,6% (N = 13 en no-IC y N = 12 en IC) siendo más frecuente la descompensación en el grupo IC que la IC *de novo* del grupo no-IC. La mortalidad global fue baja (N = 12) pero más frecuente en el grupo IC, fundamentalmente a expensas de causas no cardíacas (oncológica > infecciosa). Hubo 3 pacientes incluidos en un programa de paliativos por IC terminal que fallecen en el seguimiento.

No-IC (N = 481)

IC (N = 63)

p

Características basales

Varón (N;%)	293 (60,9)	49 (77,8)	NS
Edad (años \pm DE)	65,6 \pm 10,3	68,1 \pm 9,9	NS
IMC (kg/m ² \pm DE)	31,3 \pm 5,9	32,6 \pm 5,4	NS
TFG (ml/min \pm DE)	83,8 \pm 20	81,8 \pm 21,2	NS
HbA1c (% medio \pm DE)	7,9 \pm 1,3	7,8 \pm 1,5	NS
Duración DM (años \pm DE)	12,5 \pm 7,8	12,6 \pm 8	NS
TFG 60 (%)	11,5	16,4	NS
Ratio A/C orina > 30 mg/g (%)	23,1	25,9	NS
Insulinizados (N;%)	158 (32)	19 (30)	NS
Enfermedad cardiovascular establecida (N;%)	104 (21,6)	25 (39,7)	0,002

Eventos adversos en el seguimiento

Eventos cardiovasculares en el seguimiento (N)	15	5	NS
Suspensión del iSGLT2 (N;%)	77 (16,1)	10 (15,8)	NS
IC en el seguimiento (N;%)	13 (2,7)	12 (19,4)	0,001
Muerte (N;%)	7 (1,4)	5 (7,9)	0,001

Conclusiones: El inicio de iSGLT2 fue seguro en nuestra población diabética con mal control metabólico. Los eventos adversos cardiovasculares en el seguimiento fueron escasos, así como la suspensión e IC descompensada/*de novo*, todo ello independientemente de la presencia de IC previa a su inicio.