



7. INHIBIDORES DE COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA 2 EN INSUFICIENCIA CARDIACA. EVOLUCIÓN DE PARÁMETROS CLÍNICO-ANALÍTICOS A 6 MESES EN UNA COHORTE NO SELECCIONADA. RESULTADOS DEL REGISTRO CÁSTOR-HF

Juan Górriz Magaña¹, Marta Cobo Marcos², Jesús Ángel Perea Egido³, Jesús Álvarez García⁴, Gonzalo Gallego Sánchez⁵, Ana Miguel Gutiérrez⁶, Adolfo Villa Arranz⁷, Virgilio Martínez Mateo⁸, Carolina Robles Gamboa⁹, Mikel Taibo Urquía¹⁰, Ramón Arroyo-Espliguero¹¹, David Vaqueriza Cubillo¹², Belén Puigdueta Vindel¹³, Lorena Galán Granero¹⁴ y David Martí Sánchez¹

¹Cardiología. Hospital Central de la Defensa, Madrid, España, ²Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España, ³Cardiología. Hospital Universitario de Getafe, Getafe Madrid, España, ⁴Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, ⁵Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, España, ⁶Cardiología. Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid), España, ⁷Cardiología. Hospital del Sureste, Arganda del Rey Madrid, España, ⁸Cardiología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan (Ciudad Real), España, ⁹Cardiología. Hospital General Universitario de Toledo, Toledo, España, ¹⁰Cardiología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España, ¹¹Cardiología. Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España, ¹²Cardiología. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España, ¹³Cardiología. Hospital del Tajo, Aranjuez Madrid, España y ¹⁴Cardiología. Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa2 (iSGLT2) han demostrado mejoría en pronóstico cardiovascular en pacientes (P) con insuficiencia cardiaca (IC). El objetivo del trabajo ha sido evaluar parámetros clínicos y de seguridad en una cohorte de vida real de pacientes con IC.

Métodos: Registro prospectivo de pacientes con IC de 19 unidades de IC en España en los que se inició el tratamiento con iSGLT2 en los 3 meses anteriores según indicaciones en ficha técnica vigente. Se realizó una evaluación basal y a los 6 meses tras el inicio del fármaco. Presentamos el resultado de los cambios analíticos a 6 meses.

Resultados: De octubre 2021 a enero 2022 se incluyeron 315 P (edad media 69 años (± 13), 28,6% mujeres, fracción de eyección de ventrículo izquierdo media 34% (± 13), índice de Charlson 2,6 ($\pm 1,7$) y FG 66 ml/min (± 24). En el 69% de los pacientes se empleó dapagliflozina y en el 31% empagliflozina. En el seguimiento a 6 meses, se observó una reducción significativa de NTproBNP [2.457 (± 3.874) vs 1.755 (± 3.622)], así como un aumento de hemoglobina [14,1 ($\pm 2,0$) vs 14,7 g/dl ($\pm 1,9$)] y hematocrito [43,0 ($\pm 5,8$) vs 44,2% ($\pm 5,6$)]. Reducción de RDW [15,3 ($\pm 4,0$) vs 14,7% ($\pm 2,34$)] y de ácido úrico [6,3 ($\pm 2,1$) vs 5,6 mg/dl ($\pm 1,8$)]. Se observaron cambios clínicamente no significativos de creatinina (Cr) y filtrado glomerular (solo 6(2,2%) con aumento de Cr > 0,3 mg/dl con ningún caso un cambio > 50% de Cr basal). Del mismo modo, también una reducción clínicamente no significativa en las determinaciones de tensión arterial [tabla A]. Estos datos se acompañaron además de una reducción significativa de dosis media de furosemida [37,4 ($\pm 43,6$) vs 32,4 ($\pm 42,8$)], sin una variación significativa en la proporción de pacientes con bloqueadores beta, sacubitrilo-valsartán o antagonista del receptor mineralcorticoide [tabla B].

Evolución de parámetros clinicoanalíticos

A	Visita basal	Visita 6 meses	p
Peso (Media $\pm$ DE) (Kg)	76,0 ($\pm$ 15,9)	75,1 ($\pm$ 15,2)	0,013
Tensión arterial sistólica (media $\pm$ DE) [mmHg]	120,3 ($\pm$ 17,7)	116,8 ($\pm$ 17,5)	0,001
Tensión arterial diastólica (media $\pm$ DE) [mmHg]	70,2 ($\pm$ 12,9)	68,0 ($\pm$ 10,9)	0,002
Creatinina (media $\pm$ DE) [mg/dl]	1,17 ($\pm$ 0,44)	1,21 ($\pm$ 0,48)	0,042
Filtrado glomerular por CKD-EPI (media $\pm$ DE) [ml/min]	66,3 ($\pm$ 24,3)	64,3 ($\pm$ 23,6)	0,018
NTproBNP (media $\pm$ DE) [pg/ml]	2457 ($\pm$ 3874)	1755 ($\pm$ 3622)	0,003
Ácido úrico (media $\pm$ DE) [mg/dl]	6,3 ($\pm$ 2,1)	5,6($\pm$ 1,8)	0,001
Hemoglobina (media $\pm$ DE) [g/dl]	14,1 ($\pm$ 2,0)	14,7 ($\pm$ 1,9)	0,001
Hematocrito (media $\pm$ DE) [%]	43,0 ($\pm$ 5,8)	44,2 ($\pm$ 5,6)	0,001
RDW (media $\pm$ DE) [%]	15,3 ($\pm$ 4,0)	14,7 ($\pm$ 2,34)	0,028
HDL (media $\pm$ DE) [mg/dl]	46,4 ($\pm$ 16,7)	49,3 ($\pm$ 18,2)	0,024
LDL (media $\pm$ DE) [mg/dl]	77,6 ($\pm$ 29,3)	75,8 ($\pm$ 32,8)	NS
Colesterol total (media $\pm$ DE) [mg/dl]	144,8 ($\pm$ 36,6)	148,8 ($\pm$ 39,9)	NS
B	Visita basal	Visita 6 meses	p
Dosis de furosemida (media $\pm$ DE) [mg]	37,4 ($\pm$ 43,6)	32,4 ($\pm$ 42,8)	0,012
Pacientes con IECA/ARA2 (n, %)	74 (27,4)	56 (20,1)	0,001

Pacientes con sacubitrilo-valsartán (SacVal) (n, %)	175 (63,8)	183 (66,7)	NS
Pacientes con bloqueadores beta (n, %)	233 (85,0)	235 (85,7)	NS
Pacientes con antagonista receptor mineralcorticoide (ARM) (n, %)	199 (72,6)	199 (72,6)	NS

Conclusiones: Este trabajo pone de manifiesto que, en una población compleja de práctica clínica rutinaria, los iSGLT2 se asocian a evolución favorable de parámetros analíticos sin dar lugar cambios clínicamente relevantes de la función renal ni de mediciones de tensión arterial.