



P-109 - CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA (ICFEP) Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA (ICFER) EN LA DIABETES TIPO 2. ESTUDIO DIABET-IC

P. Gil Millán^a, L. Rodríguez Padial^b, J.A. Gimeno^c, V. Barrios^d, J. Muñiz^e, M. Anguita^f y A. Pérez Pérez^g

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España. ^cServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España. ^dServicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. ^eUniversidad de A Coruña, Departamento de Ciencias de Salud y Biomedical Research Institute, A Coruña (INIBIC), CIBERCV, A Coruña, España. ^fServicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Maimonides Institute for Biomedical Research (IMIBIC), Universidad de Córdoba, Córdoba, España. ^gServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universidad Autónoma de Barcelona, CIBER of Diabetes and Metabolic Diseases (CIBERDEM), Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es muy prevalente, siendo la primera presentación de enfermedad cardiovascular (ECV) en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Hasta 40% tiene IC fracción de eyección preservada (ICFEP), siendo más difícil de diagnosticar y tratar, por no responder a tratamientos eficaces como IC fracción de eyección reducida (ICFER). Nuestro objetivo es evaluar las características de pacientes DM2 con ICFEP e ICFER durante un seguimiento de tres años.

Material y métodos: El estudio DIABET-IC, realizado en España entre 2018 y 2019, fue observacional, prospectivo y multicéntrico. Su objetivo era determinar la prevalencia e incidencia de IC en pacientes DM2 siguiendo la práctica clínica habitual. Participaron pacientes mayores de 18 años DM2 con más de un año del diagnóstico. La comparación de grupos se realizó con t de Student y chi-cuadrado.

Resultados: De 1.517 pacientes DM2 reclutados, 1.249 completaron el seguimiento. La prevalencia de IC fue 39,23%, siendo ICFER (FE < 40 mL/m²) 44,07%. Los pacientes con ICFEP eran mayores (70,5 ± 9,64 vs. 67,9 ± 9,73 años p 0,008), más mujeres (36,73 vs. 20,93% p < 0,001), mayor índice de masa corporal (30,75 ± 5,81 vs. 29,44 ± 5,22 Kg/m², p 0,03), más prevalencia de hipertensión arterial (88 vs. 77,67%, p 0,002), más síndrome metabólico (44,89 vs. 33,95% p 0,014) y menor enfermedad aterosclerótica (52,73 vs. 67,91% p < 0,001). La edad al diagnóstico de DM, tiempo de evolución, prevalencia de complicaciones microangiopáticas y control glicémico fueron similares entre grupos. El uso iSGLT2 fue mayor en ICFER (32,06 vs. 21,56%, p 0,01), e insulina en ICFEP (44,61 vs. 34,93% p 0,032). Durante el seguimiento, se aumentó la prescripción de iSGLT2 en ambos grupos (66,84 vs. 49,58%, p < 0,001). Referente al tratamiento de IC, el grupo ICFER recibía más diuréticos de asa (75,81 vs. 61,09%, p < 0,001), antagonistas de mineralocorticoides (64,19 vs. 32,73%, p < 0,001), sacubitrilo/valsartán (46,5 vs. 10,55%, p < 0,001), betabloqueantes e ivabradina

(92,56 vs. 74,55%, $p < 0,001$; 19,07 vs. 8%, $p < 0,001$). Al final, se incrementó el sacubitrilo/valsartán, ivabradina y betabloqueantes en ambos grupos (58,16 vs. 16,25%, $p < 0,001$), (17,35 vs. 7,08%, $p < 0,001$) y (93,88 vs. 72,5%, $p < 0,001$). No hubo diferencias en péptido natriurético cerebral basal ni final entre grupos. El N-terminal tipo B basal fue más elevado en ICFeR ($2.481,31 \pm 3.955,67$ vs. $1.478,77 \pm 3.116,76$ pg/mL, $p < 0,001$), pero similar en ambos grupos al final del estudio. No hubo diferencias en hospitalizaciones por IC ni mortalidad cardiovascular entre grupos.

Conclusiones: La ICFeR es la forma más prevalente en la DM2 y relacionada con sexo femenino, síndrome metabólico, y menor uso de ISGLT2 y sacubitrilo/valsartán. El pronóstico de la ICFeR es similar al de ICFeR.