

COMENTÁRIO EDITORIAL



Inibidores da SGLT-2 no doente hospitalizado: haverá razão para atrasar o seu início?

Sara Gonçalves*

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome de elevada prevalência em Portugal, sendo que as estimativas apontam para a existência de cerca de 400 mil pessoas afectadas, com uma prevalência crescente face ao envelhecimento da população.¹ Os inibidores da SGLT-2 são uma das terapêuticas de primeira linha do tratamento do doente com IC com Fração de ejeção reduzida (ICFER)², com um impacto precoce na redução do risco de hospitalização/morte cardiovascular^{3,4}. A sua utilização no doente hospitalizado vem abrir uma janela de oportunidade no tratamento do doente com IC, permitindo uma melhoria do prognóstico deste doente na sua fase de transição e de maior vulnerabilidade.

RESUMO DO ARTIGO

Os iSGLT2 constituem atualmente um dos tratamentos Classe I para o tratamento da ICFER. Apesar dos ensaios clínicos no doente hospitalizado serem limitados, é expectável que o benefício terapêutico verificado no doente ambulatorio seja sobreponível ao verificado no doente hospitalizado por IC estável. Estes dados são corroborados pelo ensaio SOLOIST-WHF e, mais recentemente, pelos dados do ensaio EMPULSE⁵.

Os autores defendem o seu início no momento do internamento, pré-alta, face ao benefício da classe na redução do risco de morte/hospitalização nos primeiros dias/semanas. A sua instituição precoce pode ainda permitir um aumento da tolerabilidade a outras classes farmacológicas, nomeadamente os antagonistas dos receptores da angiotensina-nepirilina ou os antagonistas dos receptores dos mineralocorticoides, pelos efeitos de protecção renal e pela redução do risco de hipercaliémia. Esta classe farmacológica apresenta ainda um perfil de

segurança favorável o que facilita o seu início na fase de hospitalização, com efeito neutro ou mínimo a nível da pressão arterial, sem aumento do risco de hipoglicémia e com baixo risco de eventos adversos em populações mais frágeis, nomeadamente nos idosos.

IMPLICAÇÕES PARA O MUNDO LUSÓFONO

O relatório “Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números”, de 2017, destaca a IC como a 1.^a causa de internamento por doença cardiovascular, responsável em 2016 por 18752 internamentos, um aumento de 20,3% face a 2011 e uma mortalidade intrahospitalar de 12,4%⁶. Uma em cada cinco pessoas hospitalizadas por IC é readmitida com um agravamento da síndrome pelo menos uma vez no período de um ano após a alta hospitalar, com elevados custos socioeconómicos⁷.

No Brasil, a prevalência de IC é de aproximadamente 2 milhões de pacientes, e sua incidência é de aproximadamente 240.000 novos casos por ano⁸.

O impacto dos iSGLT2 na redução do risco de descompensação por IC/morte cardiovascular após alguns dias/semanas do início terapêutico poderá permitir uma importante redução do risco de re-hospitalização/morte cardiovascular no doente com IC, no período de transição em que o risco de eventos adversos é maior. O ensaio clínico recentemente publicado EMPULSE⁵ vem corroborar a utilização da empagliflozina no doente com IC hospitalizado, com evidência de benefício prognóstico nos primeiros 90 dias após a alta, fase considerada de maior vulnerabilidade. Esse benefício foi independente da Fração de ejeção e da duração da IC (de novo vs crónica descompensada). É importante ainda salientar que os doentes foram incluídos numa fase precoce do

* Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Setúbal, Coordenadora da Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca – UNICA.

internamento (média de 3 dias após a admissão), o que confirma a segurança desta classe mesmo numa fase aguda da descompensação.

CONCLUSÕES

A Insuficiência cardíaca é uma síndrome de elevada morbimortalidade. O internamento representa

um momento crucial para a instituição das atuais terapêuticas modificadoras de prognóstico. Os iSGLT2 constituem uma classe com elevada tolerabilidade e com benefício inequívoco a curto prazo no doente com IC e FEVE reduzida. Não iniciar o iSGLT2 em internamento num doente elegível, expõe-no a um risco acrescido de re-hospitalização e morte e ao risco real desta medicação não ser iniciada de todo em ambulatório após a alta.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca C, Brás D, Araújo I, et al. 2018. Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 37(2): 97-104.
2. Theresa A McDonagh, Marco Metra, et al. ESC Scientific Document Group, 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, *European Heart Journal*, Volume 42, Issue 36, 21 September 2021, Pages 3599-3726
3. McMurray JJV, Solomon SD, et al. DAPA-HF Trial Committees and Investigators. Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *N Engl J Med*. 2019 Nov 21;381(21):1995-2008.
4. Packer M, Anker SD, et al. EMPEROR-Reduced Trial Investigators. Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure. *N Engl J Med*. 2020 Oct 8;383(15):1413-1424. doi: 10.1056/NEJMoa2022190.
5. Voors, A.A., Angermann, C.E., Teerlink, J.R. et al. The SGLT2 inhibitor empagliflozin in patients hospitalized for acute heart failure: a multinational randomized trial. *Nat Med* (2022). <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01659-1>
6. Direção Geral da Saúde. Relatório do Programa Nacional de Saúde para as doenças cerebrovasculares - 2017
7. Moita B, Marques AP, Camacho AM, et al. 2019. One-year rehospitalisations for congestive heart failure in Portuguese NHS hospitals: a multilevel approach on patterns of use and contributing factors. *BMJ Open* 9(9): e031346
8. Cestari VRF, Garces TS, Sousa GJB, Maranhão TA, Souza Neto JD, Pereira MLD; Pessoa VLMP, et al Distribuição Espacial da Mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Brasil, 1996-2017. *Aqr Bras. Cardiol.*2022;118(1):41-5