

**Pregunta 12: En adultos con insuficiencia cardiaca crónica estadio C, ¿se debería brindar inhibidores del cotransportador sodio y glucosa tipo 2 (SGLT-2) para el manejo de la enfermedad?**

**Conceptos previos:**

Los inhibidores de SGLT-2 inicialmente mostraron un efecto hipoglucemiante, por lo que se inició su uso como parte de la terapéutica de los pacientes con diabetes, es ahí donde se identifican dentro un ECA en 2015 posibles efectos en los desenlaces asociados a insuficiencia cardiaca. (119)

Para el 2019 se esperaba los resultados de ECA que posiblemente definan un mejor tratamiento en pacientes con ICC especialmente en aquellos que presenten FE preservada. (120) Justamente dentro de ellos se encontraba el primer ensayo clínico de un inhibidor de SGLT-2 que evaluaba desenlaces clínicos cardiovasculares en pacientes con insuficiencia cardiaca. (121)

Desde entonces se han ido evaluando distintos inhibidores de SGLT-2 y su efecto dentro de los pacientes con ICC, 2 años después se encontraba primeros resultados en pacientes con ICC con FEVI preservada, (122) siendo considerada desde entonces como una alternativa para su tratamiento en algunas guías inicialmente (43), sin no todas la consideraban. (44)

Las dudas sobre los beneficios del uso de inhibidores SGLT-2 y las inquietudes sobre sus posibles efectos adversos e interacción con otros medicamentos que son parte del manejo de un paciente en insuficiencia cardiaca crónica han llevado a evaluar la evidencia clínica disponible para valorar su eficacia.

El GEG consideró importante conocer los efectos del uso de los inhibidores SGLT-2 en términos de mortalidad, hospitalización y eventos adversos como parte de la terapia de insuficiencia cardiaca crónica en estadio C con FE reducida, levemente reducida y preservada.

**Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:**

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces de la intervención
12.1	Adultos con insuficiencia cardiaca crónica con FE reducida ( $\leq 40\%$ ) NYHA II – IV	Dapaglifozina + terapia médica tolerada / Terapia médica tolerada	<p><b>Críticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad cardiovascular</li> <li>• Hospitalización por insuficiencia cardiaca</li> <li>• Mortalidad por cualquier causa</li> <li>• Eventos adversos</li> <li>• Calidad de vida</li> </ul> <p><b>Importante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización por cualquier causa</li> </ul>

Pregunta PICO	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces de la intervención
12.2	Adultos con insuficiencia cardiaca crónica con FE levemente reducida (41 - 49%) y preservada ( $\geq 50\%$ ) NYHA II - IV	Inhibidor de SGLT-2 + terapia médica tolerada / terapia médica tolerada	<b>Críticos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad cardiovascular</li> <li>• Hospitalización por insuficiencia cardiaca</li> <li>• Mortalidad por cualquier causa</li> <li>• Eventos adversos</li> <li>• Calidad de vida</li> </ul> <b>Importante</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización por cualquier causa</li> </ul>

**Pregunta 12.1:** En adultos con insuficiencia cardiaca crónica estadio C con fracción de eyección reducida ( $\leq 40\%$ ), ¿se debería brindar dapagliflozina para el manejo de la enfermedad?

**Búsqueda de la evidencia:**

Para esta pregunta no se realizó una búsqueda ya que se contó con el **Dictamen Preliminar de Evaluación de Tecnología Sanitaria N.º 049- DETS-IETSI-2022** (123) que respondía a la PICO abordada por la pregunta. A continuación, se resume las características del dictamen encontrado:

Dictamen	Fecha de publicación (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés	Desenlaces que son evaluados por la RS
Dictamen Preliminar de Evaluación de Tecnología Sanitaria N.º 049-DETS-IETSI-2022 (123)	Mayo del 2022	2 ECA (DAPA HF 2019 y DECLARE TIMI-58 2019) (121, 124)	<b>Críticos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad cardiovascular</li> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> <li>• Hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca</li> <li>• Calidad de vida</li> <li>• Eventos adversos serio</li> </ul> <b>Importante:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalizaciones por cualquier causa</li> <li>• Otros eventos adversos</li> </ul>

**Evidencia por desenlace:**

- **Mortalidad cardiovascular**
  - El ECA DAPA HF 2019 mostró que la incidencia de muertes por evento cardiovascular fue menor en el grupo de dapagliflozina en comparación a placebo (9 % vs. 11.5 %; **HR: 0.82; (IC 95 %: 0.69 a 0.98)**).
  - El ECA DECLARE TIMI-58 2019 mostró que La incidencia de muertes por evento cardiovascular fue menor en el grupo de dapagliflozina en comparación a placebo (7.2 % vs. 12.4 %; **HR: 0.55; (IC 95 %: 0.34 a 0.90; p no reportado)**).
- **Mortalidad por todas las causas**
  - El ECA DAPA HF 2019 mostró que en las personas con ICC FE reducida a las que brindemos dapagliflozina, se mostró **disminución de muertes por cualquier causa** en comparación con placebo (11.6 % vs. 13.9 %); **HR: 0.83; IC 95 %: 0.71 a 0.97; p = 0.022**).
  - El ECA DECLARE TIMI-58 2019 mostró que en las personas con ICC FE reducida a las que brindemos dapagliflozina en lugar de placebo, se mostró **disminución de muertes por cualquier causa** (11.3 % vs. 17.7%; HR= 0.59; IC95% 0.40 a 0.88; **p = 0.01**).
- **Hospitalizaciones por causas cardiacas**
  - El ECA DAPA HF 2019 mostró que en las personas con ICC FE reducida a las que brindemos dapagliflozina en lugar de placebo, se mostró **disminución de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca** (HR= 0.70; IC95% 0.59 a 0.83; **p<0.001**).
  - El ECA DECLARE TIMI-58 2019 mostró que en las personas con ICC FE reducida a las que brindemos dapagliflozina en lugar de placebo, se mostró **disminución de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca** (13.5 % vs. 19.0%; HR= 0.64; IC95% 0.43 a 0.95; **p no reportado**).
- **Hospitalizaciones por cualquier causa**
  - El ECA DAPA HF 2019 mostró que en las personas con ICC FE reducida a las que brindemos dapagliflozina, se mostró **disminución de hospitalizaciones** en comparación con placebo (567 vs. 742; HR: 0.75; IC 95 %: 0.65 a 0.88; p < 0.001).
- **Calidad de vida**
  - El ECA DAPA HF 2019 mostró que la probabilidad de superar la diferencia mínimamente importante (más de 5 puntos escala KCCQ) de calidad de vida fue mayor en el grupo de dapagliflozina en comparación al grupo placebo (**KCCQ-CSS: 53.3% vs 44.8%, OR: 1.18 (1.10 a 1.26), KCCQ-OSS: 53.3% vs 46.6%, OR: 1.13 (1.07 a 1.21), KCCQ-TSS: 58.3% vs 50.9%, OR: 1.15 (1.08 a 1.23)**)
  - El ECA DECLARE TIMI-58 2019 mostró que en las personas con ICC FE reducida a las que brindemos dapagliflozina en lugar de placebo, no hay diferencias estadísticamente significativas 56.9 % vs. 58.8 %; RR: 0.87; (IC 95 %: 0.71 a 1.07; **p= 0.194**).

- **Eventos adversos serios**
  - El ECA DAPA HF 2019 mostró que presentó **menor incidencia de EAS en el grupo de dapagliflozina en comparación con placebo** (37.8 % vs. 42.0 %; RR: 0.90; IC 95 %: 0.84 a 0.97; p = 0.003).
  - El ECA DECLARE TIMI-58 2019 mostró que en las personas con ICC FE reducida a las que brindemos dapagliflozina en lugar de placebo, no hay diferencias estadísticamente significativas en seguridad (56.9 % vs. 58.8 %; RR: 0.87; IC 95 %: 0.71 a 1.07; **p= 0.194**).

**Recomendaciones y justificación:**

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La IC con FEr es una enfermedad que genera una alta morbilidad en el paciente.</li> <li>• La evidencia disponible muestra que dapagliflozina, en comparación con placebo, genera una reducción en la tasa de hospitalización por IC y una mejora en la calidad de vida en pacientes con IC y FEr.</li> <li>• Estos resultados muestran que dapagliflozina estaría cumpliendo con el objetivo terapéutico del tratamiento de la IC de FEr de prevenir el empeoramiento de la IC (menor tasa de hospitalización), y mejorar el estado clínico, la capacidad funcional, y la calidad de vida del paciente.</li> <li>• El perfil de seguridad de dapagliflozina y placebo es similar, incluso luego de 4 años de seguimiento.</li> <li>• Las GPC de la CCS/CHFS, la AHA/ACC/HFSA y de la ESC coinciden en recomendar el uso de dapagliflozina en pacientes con IC y FEr, tomando en cuenta los resultados del ECA DAPA-HF que mostraron una menor incidencia de hospitalización por IC.</li> <li>• Las ETS de CADTH, NICE y SMC, recomiendan el reembolso de dapagliflozina en pacientes con IC y FEr, e IQWiG concluye que dapagliflozina generaría un beneficio para el paciente tomando en cuenta los resultados del ECA DAPA-HF.</li> </ul>	<p>En pacientes adultos con insuficiencia cardíaca crónica con fracción de eyección reducida (FE≤40%) y clase funcional NYHA II-IV a pesar de terapia médica tolerada***, se aprueba el uso de dapagliflozina más terapia médica tolerada*** para el manejo de la enfermedad.</p> <p><b>Recomendación basada en Dictamen Preliminar de Evaluación de Tecnología Sanitaria de IETSI - EsSalud</b></p>

**Puntos de BPC:**

Justificación	BPC
<p>El GEG considera las dosis mencionadas en la guía americana y mexicana para el uso de dapaglifozina son adecuadas. (43, 45)</p>	<p><b>BPC1:</b> La dosis inicial y máxima de dapaglifozina es 10mg una vez al día.</p>
<p>El GEG considera <b>necesario</b> especificar las condiciones de uso de dapaglifozina acorde con las especificaciones del <b>Dictamen N° 049-DETS-IETSI-2022. (123)</b></p>	<p><b>BPC2:</b> Con respecto al uso de dapaglifozina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El paciente debe haber sido catalogado en insuficiencia cardiaca con FEVI reducido (FEVI ≤40%) según ecocardiograma de los últimos 12 meses.</li> <li>- Para iniciar la medicación con dapaglifozina, el paciente debe encontrarse en terapia médica tolerada a dosis máxima tolerada entre 1 a 3 meses previos.</li> <li>- El paciente debe presentar tasa de filtración glomerular estimada mayor o igual a 25 mL/min/1.73m<sup>2</sup> para iniciar tratamiento con dapaglifozina.</li> </ul>
<p>El GEG mencionó que es importante resaltar que los pacientes deben alcanzar la terapia máxima tolerada de los 4 grupos farmacológicos, donde se ha mostrado mayores beneficios en desenlaces cardiovasculares. (3) Además se resalta la necesidad de adherencia de las recomendaciones del tratamiento de ICC con FEVI reducida, puesto que a la actualidad en la región el porcentaje de cumplimiento es bajo. (125)</p>	<p><b>BPC3:</b> Alcanzar la terapia médica modificadora de pronóstico (IECA o ARA II o INRA + betabloqueadores + ARM + inhibidores de SGLT-2) en todos los pacientes con ICC estadio C con FEVI reducida, de acuerdo a lo establecido en la presente guía, salvo contraindicaciones o mala tolerancia de ellas.</p>

**Pregunta 12.2: En adultos con insuficiencia cardiaca crónica levemente reducida (41% - 49%) y preservada ( $\geq 50\%$ ) con clase funcional NYHA II-IV. ¿Se debería usar inhibidores de SGLT-2 para el manejo de la enfermedad?**

#### Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), como se detalla en la sección de métodos.

Se encontró 3 RS que respondían a la pregunta mencionada:

RS	Puntaje en AMSTAR modificado por IETSI	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por la RS
Vaduganathan et al 2022 (126)	8/10	Julio 2022	2 ECA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muerte cardiovascular</li> <li>• Hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca</li> <li>• Mortalidad por todas las causas</li> </ul>
Shah Y R et al 2023 (127)	10/11	Febrero 2022	4 ECA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida (KCCQ OS, KCCQ TSS, KCCQ CSS)</li> </ul>
Soleimani et al 2024 (128)	10/11	Marzo 2023	4 ECA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventos adversos serios, eventos adversos renales, infecciones urinarias.</li> </ul>

El GEG no consideró necesario actualizar la búsqueda, debido a la búsqueda reciente de las RS.

#### Evidencia por desenlace:

Para todos los desenlaces de beneficio de esta pregunta se decidió tomar como referencia la RS de Vaduganathan et al. 2022, (126) para el desenlace de calidad de vida se usó la RS de Shah Y R et al 2023 (127) y para el desenlace de eventos adversos de Soleimani et al 2024 (128).

- **Mortalidad cardiovascular**

- Para este desenlace se decidió tomar como referencia la RS de Vaduganathan et al. 2022, (126) debido a que solo realizó el MA con intervenciones disponibles en el Perú en la actualidad y tiene mayor calidad.
- La RS de Vaduganathan et al. 2022 (126) realizó un MA de 2 ECA (N= 12251). Estos tuvieron las siguientes características:
  - **La población** fueron pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección mayor a 40%.
  - **La intervención** fue: dapaglifozina o empaglifozina

- **El control** fue: placebo o terapia estándar
  - **El desenlace** fue mortalidad cardiovascular definido como muertes por causas cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, etc.)
  - Se encontró que la incidencia de muertes cardiovasculares fue similar en el grupo placebo ( $474/6123 = 7.7\%$ ) en comparación con el grupo tratado con inhibidores de SGLT-2 ( $417/6128 = 8.4\%$ ) (**HR: 0.90, IC 95%: 0.80 a 1.01**).
- **Hospitalización por insuficiencia cardiaca**
  - Para este desenlace se decidió tomar como referencia la RS de Vaduganathan et al. 2022, (126) debido a que solo realizó el MA con intervenciones disponibles en el Perú en la actualidad y tiene mayor calidad.
  - La RS de Vaduganathan et al. 2022 (126) realizó un MA de 2 ECA (N= 12251). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección mayor a 40%.
    - **La intervención** fue: dapaglifozina o empaglifozina
    - **El control** fue: placebo o tratamiento estándar
    - **El desenlace** fue hospitalización por insuficiencia cardiaca definido como episodio de hospitalización causado por complicaciones de la insuficiencia cardiaca
    - Se encontró que la incidencia de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca fue mayor en el grupo placebo ( $770/6123 = 12.6\%$ ) en comparación con el grupo tratado con inhibidores de SGLT-2 ( $588/6128 = 9.6\%$ ) (**HR: 0.74, IC 95%: 0.67 a 0.83**).
- **Mortalidad por cualquier causa**
  - Para este desenlace se decidió tomar como referencia la RS de Vaduganathan et al. 2022, (126) debido a que solo realizó el MA con intervenciones disponibles en el Perú en la actualidad y tiene mayor calidad.
  - La RS de Vaduganathan et al. 2022 (126) realizó un MA de 2 ECA (N= 12251). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección mayor a 40%.
    - **La intervención** fue: dapaglifozina o empaglifozina
    - **El control** fue: placebo o tratamiento estándar
    - **El desenlace** fue mortalidad por todas las causas definido como muertes por cualquier causa (incluida las muertes cardiovasculares).
    - Se encontró que la incidencia de muertes por cualquier causa fue similar en el grupo placebo ( $953/6123 = 15.6\%$ ) en comparación con el grupo tratado con inhibidores de SGLT-2 ( $919/6128 = 15.0\%$ ) (**HR: 0.97, IC 95%: 0.88 a 1.06**).

- **Calidad de vida**

- Para este desenlace se decidió tomar como referencia la RS de Shah Y R et al. 2023, (127) debido a que solo realizó el MA con intervenciones disponibles en el Perú en la actualidad y tiene mayor calidad.
- La RS de Shah Y R et al. 2023 (127) realizó un MA de 3 ECA (N= 12107). Estos tuvieron las siguientes características:
  - **La población** fueron pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección mayor a 40%
  - **La intervención** fue: dapaglifozina o empaglifozina
  - **El control** fue: placebo o terapia estándar
  - **El desenlace** fue calidad de vida evaluado mediante la herramienta KCCQ-OS el cual presentaba una variación mínimamente importante (+ 5 puntos).
  - Se encontró que la probabilidad de superar 5 puntos en la escala KCCQ-OS fue mayor en el grupo tratado con inhibidores SGLT-2 (2600/6045 = 43.0%) en comparación con el grupo tratado con placebo (2812/6062 = 46.4%) (**RR: 1.08, IC 95%: 1.03 a 1.13**).

- **Eventos adversos serios**

- Para este desenlace se decidió tomar como referencia la RS de Soleimani et al. 2024, (128) debido a que solo realizó el MA con intervenciones disponibles en el Perú en la actualidad y tiene mayor calidad.
- La RS de Soleimani et al. 2024 (128) realizó un MA de 3 ECA (N= 12575). Estos tuvieron las siguientes características:
  - **La población** fueron pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección mayor a 40%
  - **La intervención** fue: dapaglifozina o empaglifozina
  - **El control** fue: placebo o terapia estándar
  - **El desenlace** fue evento adverso serio definido como aquel evento producido a consecuencia de la medicación que ponía en riesgo inmediato la vida del paciente.
  - Se encontró que el riesgo de evento adverso serio fue mayor en el grupo placebo (2988/6291 = 47.5%) en comparación con el grupo tratado con inhibidores de SGLT-2 (2831/6284 = 45.1%) (**RR: 0.95, IC 95%: 0.91 a 0.98**).

- **Evento adverso (eventos renales)**

- Para este desenlace se decidió tomar como referencia la RS de Soleimani et al. 2024, (128) debido a que solo realizó el MA con intervenciones disponibles en el Perú en la actualidad y tiene mayor calidad.

- La RS de Soleimani et al. 2024 (128) realizó un MA de 4 ECA (N= 12890). Estos tuvieron las siguientes características:
  - **La población** fueron pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección mayor a 40%
  - **La intervención** fue: dapaglifozina o empaglifozina
  - **El control** fue: placebo o terapia estándar
  - **El desenlace** fue eventos renales definido como eventos adversos serios renales los cuales son eventos inafortunados producto del tratamiento que comprometen la funcionalidad del riñón.
  - Se encontró que el riesgo de eventos renales fue mayor en el grupo placebo (444/6449 = 6.9%) en comparación con el grupo tratado con inhibidores de SGLT-2 (417/6441 = 6.5%) (**RR: 0.89, IC 95%: 0.80 a 0.98**).
- **Evento adverso (infecciones urinarias)**
  - Para este desenlace se decidió tomar como referencia la RS de Soleimani et al. 2024, (128) debido a que solo realizó el MA con intervenciones disponibles en el Perú en la actualidad y tiene mayor calidad.
  - La RS de Soleimani et al. 2024 (128) realizó un MA de 3 ECA (N= 12566). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección mayor a 40%
    - **La intervención** fue: dapaglifozina o empaglifozina
    - **El control** fue: placebo o terapia estándar
    - **El desenlace** fue infecciones urinarias definido como infecciones micóticas genitourinarias que se produzcan durante el tratamiento farmacológico.
    - Se encontró que el riesgo de infecciones urinarias fue menor en el grupo placebo (298/6287 = 4.7%) en comparación con el grupo tratado con inhibidores de SGLT-2 (398/6279 = 6.3%) (**RR: 1.29, IC 95%: 1.15 a 1.45**).
- **Evento adverso (deshidratación)**
  - Para este desenlace se decidió tomar como referencia la RS de Soleimani et al. 2024, (128) debido a que solo realizó el MA con intervenciones disponibles en el Perú en la actualidad y tiene mayor calidad.
  - La RS de Soleimani et al. 2024 (128) realizó un MA de 4 ECA (N= 12890). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección mayor a 40%
    - **La intervención** fue: dapaglifozina o empaglifozina
    - **El control** fue: placebo o terapia estándar

- **El desenlace** fue deshidratación definido como depleción del sodio del cuerpo lo que conlleva a una pérdida del volumen total de líquidos, que puede ser ocasionada por vómitos excesivos, sudoración excesiva o trastornos asociados a la retención urinaria.
- Se encontró que el riesgo de deshidratación fue menor en el grupo placebo (301/6449 = 4.7%) en comparación con el grupo tratado con inhibidores de SGLT-2 (370/6441 = 5.7%) (**RR: 1.16, IC 95%: 1.06 a 1.28**).

**Tabla de Resumen de la evidencia (Summary of Findings – SoF)**

**Población:** En adultos de 18 años a más con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca Crónica estadio C F. Eyección levemente reducida (41-49%) o preservada (≥50%) / **Intervención:** inhibidores SGLT-2 / **Comparador:** Placebo  
**Autor:** Pedro Guerra Canchari  
**Bibliografía por desenlace:**  
Mortalidad cardiovascular, hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca, mortalidad por todas las causas: RS de Vaduganathan et al. 2022  
Calidad de vida: RS de Sha Y R et al. 2024  
Eventos adversos: RS de Soleimani et al. 2024  
**Hospitalizaciones por todas las causas:** No se cuenta con información

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Comparación: Placebo	Intervención: Inhibidores SGLT-2	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación* (En pacientes con insuficiencia cardíaca crónica con fracción de eyección preservada (≥50%))
Mortalidad Cardiovascular (32 a 52 semanas)	Crítico	12251 (2 ECA)	474/6123 (7.7%)	417/6128 (6.8%)	<b>HR: 0.90 (0.80 a 1.01)</b>	<b>0.7 menos por 100</b> (de -2 a +0.1)	⊕⊕⊕⊕ alta	Al brindar sgl-2 en lugar de placebo, <b>no causaremos un efecto en la mortalidad cardiovascular.</b>
Hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca (32 a 52 semanas)	Crítico	12251 (2 ECA)	770/6123 (12.6%)	588/6128 (9.6%)	<b>HR: 0.74 (0.67 a 0.83)</b>	<b>3.1 menos por 100</b> (de -4 a -2)	⊕⊕⊕⊕ alta	Por cada 100 personas a las que brindemos inhibidores SGLT-2 en lugar del placebo, <b>causaremos una disminución en las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca: 3 hospitalizaciones menos (-4 a -2).</b>
Mortalidad por todas las causas (32 a 52 semanas)	Crítico	12251 (2 ECA)	953/6123 (15.6%)	919/6128 (15.0%)	<b>HR: 0.97 (0.88 a 1.06)</b>	<b>0.4 menos por 100</b> (de -2 a +1)	⊕⊕⊕⊕ alta	Al brindar inhibidores SGLT-2 en lugar de placebo, no causaremos un efecto en la mortalidad por todas las causas.
Calidad de vida (KCCQ-OS ≥ 5 puntos) (12 a 52 semanas)	Crítico	12107 (3 ECA)	2600/6045 (43.0%)	2812/6062 (46.4%)	<b>RR: 1.08 (1.03 a 1.13)</b>	<b>3.4 más por 100</b> (de +1 a +6)	⊕⊕⊕⊙ Moderada <sup>a</sup>	Por cada 100 personas a las que brindemos inhibidores SGLT-2 en lugar del placebo, probablemente <b>causaremos un aumento de la calidad de vida (≥ 5 puntos en KCCQ-OS) en: 3 pacientes más (+1 a +6).</b>
Evento adverso serio (12 a 52 semanas)	Crítico	12575 (3 ECA)	2988/6291 (47.5%)	2831/6284 (45.1%)	<b>RR 0.95 (0.91 a 0.98)</b>	<b>2.4 menos por 100</b> (de -5 a -1)	⊕⊕⊕⊙ Moderada <sup>a</sup>	Por cada 100 personas a las que brindemos inhibidores SGLT-2 en lugar del placebo, probablemente

								e <b>causaremos una disminución en eventos adversos serios: 2 eventos serios (-5 a -1).</b>
Evento adverso (Eventos renales) (12 a 52 semanas)	Importante	12890 (4 ECA)	444/6449 (6.9%)	417/6441 (6.5%)	<b>RR: 0.89 (0.80 a 0.98)</b>	<b>0.8 menos por 100 (de -1 a -0)</b>	⊕⊕⊕⊖ Moderada <sup>a</sup>	Por cada 100 personas a las que brindemos inhibidores SGLT-2 en lugar del placebo, probablemente <b>causaremos una disminución en eventos renales: 1 evento menos (-1 a -0).</b>
Evento adverso (Infecciones urinarias) (12 a 52 semanas)	Importante	12566 (3 ECA)	298/6287 (4.7%)	398/6279 (6.3%)	<b>RR: 1.29 (1.15 a 1.45)</b>	<b>1.4 más por 100 (de +1 a +2)</b>	⊕⊕⊕⊖ Moderada <sup>a</sup>	Por cada 100 personas a las que brindemos inhibidores SGLT-2 en lugar del placebo, probablemente <b>causaremos un aumento en las infecciones urinarias: 1 evento más (+1 a +2).</b>
Evento adverso (Deshidratación) (12 a 52 semanas)	Importante	12890 (4 ECA)	301/6449 (4.7%)	370/6441 (5.7%)	<b>RR: 1.16 (1.06 a 1.28)</b>	<b>0.7 más por 100 (de +0 a +1)</b>	⊕⊕⊕⊖ Moderada <sup>a</sup>	Por cada 100 personas a las que brindemos inhibidores SGLT-2 en lugar del placebo, probablemente <b>causaremos un aumento de los eventos de deshidratación: 1 evento más (+0 a +1).</b>
Hospitalizaciones por todas las causas	Importante	No se cuenta con información						

IC: Intervalo de confianza; RS: Revisión sistemática; ECA: Ensayo clínico aleatorizado; RR: Razón de riesgo. HR: Razón de hazard

\*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: **alta** = ningún término, **moderada** = probablemente, **baja** = podría ser, **muy baja** = podría ser, aunque la evidencia es incierta.

Explicaciones de la certeza de evidencia:

A. Se disminuyó 1 nivel por riesgo de sesgo, debido a la presencia de sesgo de selección incierto en algunos ECA incluidos.

### Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision, EtD*):

Presentación:

**Pregunta 12.2: En adultos con insuficiencia cardíaca crónica levemente reducida (41% - 49%) y preservada (≥50%) con clase funcional NYHA II-IV. ¿Se debería usar inhibidores de SGLT-2 para el manejo de la enfermedad?**

<b>Población:</b>	Adultos con diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica con fracción de eyección levemente reducida (41-49%) y preservada (≥50%) con clase funcional NYHA II-IV
<b>Intervención:</b>	Inhibidores de SGLT-2
<b>Comparador:</b>	Placebo
<b>Desenlaces:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad cardiovascular</li> <li>• Hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca</li> <li>• Eventos adversos</li> <li>• Mortalidad por cualquier causa</li> <li>• Calidad de vida</li> <li>• Hospitalizaciones por cualquier causa</li> </ul>

**Pregunta 12.2: En adultos con insuficiencia cardiaca crónica levemente reducida (41% - 49%) y preservada ( $\geq 50\%$ ) con clase funcional NYHA II-IV. ¿Se debería usar inhibidores de SGLT-2 para el manejo de la enfermedad?**

<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

**Evaluación:**

Beneficios:																		
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?																		
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales															
<input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces</th> <th>Diferencia (IC 95%)</th> <th>Interpretación*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mortalidad cardiovascular</td> <td><b>0.7 menos por 100</b> (de -2 a +0.1)</td> <td>Al brindar SGLT-2 en lugar de placebo, no causaremos un efecto en la mortalidad cardiovascular.</td> </tr> <tr> <td>Hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca</td> <td><b>3.1 menos por 100</b> (de -4 a -2)</td> <td>Por cada 100 personas a las que brindemos SGLT-2 en lugar del placebo, <b>causaremos una disminución en las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca: 3 hospitalizaciones menos (-4 a -2).</b></td> </tr> <tr> <td>Mortalidad por cualquier causa</td> <td><b>0.4 menos por 100</b> (de -2 a +1)</td> <td>Al brindar SGLT-2 en lugar de placebo, no causaremos un efecto en la mortalidad por todas las causas.</td> </tr> <tr> <td>Calidad de vida</td> <td><b>3.4 más por 100</b> (de +1 a +6)</td> <td>Por cada 100 personas a las que brindemos SGLT-2 en lugar del placebo, <b>causaremos un aumento de la calidad de vida (<math>\geq 5</math> puntos en KCCQ OS) en: 3 pacientes más (+1 a +6).</b></td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces	Diferencia (IC 95%)	Interpretación*	Mortalidad cardiovascular	<b>0.7 menos por 100</b> (de -2 a +0.1)	Al brindar SGLT-2 en lugar de placebo, no causaremos un efecto en la mortalidad cardiovascular.	Hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca	<b>3.1 menos por 100</b> (de -4 a -2)	Por cada 100 personas a las que brindemos SGLT-2 en lugar del placebo, <b>causaremos una disminución en las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca: 3 hospitalizaciones menos (-4 a -2).</b>	Mortalidad por cualquier causa	<b>0.4 menos por 100</b> (de -2 a +1)	Al brindar SGLT-2 en lugar de placebo, no causaremos un efecto en la mortalidad por todas las causas.	Calidad de vida	<b>3.4 más por 100</b> (de +1 a +6)	Por cada 100 personas a las que brindemos SGLT-2 en lugar del placebo, <b>causaremos un aumento de la calidad de vida (<math>\geq 5</math> puntos en KCCQ OS) en: 3 pacientes más (+1 a +6).</b>	<p>El GEG consideró que el beneficio fue moderado puesto que, si bien los desenlaces de mortalidad no mostraron resultados estadísticamente significativos, el desenlace de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca fue estadísticamente significativo.</p>	
	Desenlaces	Diferencia (IC 95%)	Interpretación*															
	Mortalidad cardiovascular	<b>0.7 menos por 100</b> (de -2 a +0.1)	Al brindar SGLT-2 en lugar de placebo, no causaremos un efecto en la mortalidad cardiovascular.															
	Hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca	<b>3.1 menos por 100</b> (de -4 a -2)	Por cada 100 personas a las que brindemos SGLT-2 en lugar del placebo, <b>causaremos una disminución en las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca: 3 hospitalizaciones menos (-4 a -2).</b>															
	Mortalidad por cualquier causa	<b>0.4 menos por 100</b> (de -2 a +1)	Al brindar SGLT-2 en lugar de placebo, no causaremos un efecto en la mortalidad por todas las causas.															
Calidad de vida	<b>3.4 más por 100</b> (de +1 a +6)	Por cada 100 personas a las que brindemos SGLT-2 en lugar del placebo, <b>causaremos un aumento de la calidad de vida (<math>\geq 5</math> puntos en KCCQ OS) en: 3 pacientes más (+1 a +6).</b>																
<p>En resumen, en <i>adultos con diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica con fracción de eyección levemente reducida (41-49%) y preservada (<math>\geq 50\%</math>) estadio C con clase funcional NYHA II-IV</i>, por cada <b>100</b> personas a las que brindemos inhibidores SGLT-2 en vez de placebo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No causaremos un efecto en la mortalidad cardiovascular</li> <li>Causaremos una disminución en las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca: 3 hospitalizaciones menos</li> <li>No causaremos un efecto en la mortalidad por cualquier causa</li> <li>No hay reportes sobre hospitalizaciones por cualquier causa</li> </ul>																		

Daños:									
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?									
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales						
<input checked="" type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces</th> <th>Diferencia (IC 95%)</th> <th>Interpretación*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Evento adverso serio (12 a 52 semanas)</td> <td><b>2.4 menos por 100</b> (de -5 a -1)</td> <td>Por cada 100 personas a las que brindemos SGLT-2 en lugar del placebo, probablemente <b>causaremos una disminución en</b></td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces	Diferencia (IC 95%)	Interpretación*	Evento adverso serio (12 a 52 semanas)	<b>2.4 menos por 100</b> (de -5 a -1)	Por cada 100 personas a las que brindemos SGLT-2 en lugar del placebo, probablemente <b>causaremos una disminución en</b>	<p>El GEG consideró que los daños fueron triviales. Debido a que solo las infecciones urinarias y deshidratación fueron estadísticamente significativas, de las cuales dentro de las</p>	
Desenlaces	Diferencia (IC 95%)	Interpretación*							
Evento adverso serio (12 a 52 semanas)	<b>2.4 menos por 100</b> (de -5 a -1)	Por cada 100 personas a las que brindemos SGLT-2 en lugar del placebo, probablemente <b>causaremos una disminución en</b>							

			<b>eventos adversos serios: 2 eventos menos (-5 a -1).</b>	indicaciones de uso de inhibidores de SGLT-2 se menciona su uso posterior a infecciones urinarias y la cantidad de casos de deshidratación es muy pequeña por cada 100 personas.
Evento adverso (Eventos renales) (12 a 52 semanas)	<b>0.8 menos por 100</b> (de -1 a -0)		Por cada 100 personas a las que brindemos SGLT-2 en lugar del placebo, probablemente <b>causaremos una disminución en eventos renales: 1 evento menos (-1 a -0).</b>	
Evento adverso (Infecciones urinarias) (12 a 52 semanas)	<b>1.4 más por 100</b> (de +1 a +2)		Por cada 100 personas a las que brindemos SGLT-2 en lugar del placebo, probablemente <b>causaremos un aumento en las infecciones urinarias: 1 evento más (+1 a +2).</b>	
Evento adverso (Deshidratación) (12 a 52 semanas)	<b>0.7 más por 100</b> (de +0 a +1)		Por cada 100 personas a las que brindemos SGLT-2 en lugar del placebo, probablemente <b>causaremos un aumento de los eventos de deshidratación: 1 evento más (+0 a +1).</b>	
<p>En resumen, en <i>adultos con diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica con fracción de eyección levemente reducida (41-49%) y preservada (≥50%) estadio C con clase funcional NYHA II-IV</i>, por cada <b>100</b> personas a las que brindemos inhibidores SGLT-2 en vez de placebo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Probablemente causaremos 2 eventos adversos serios menos</li> <li>• Probablemente causaremos 1 evento adverso renal serio menos</li> <li>• Probablemente causaremos 2 eventos de infecciones urinarias más</li> <li>• Probablemente causaremos 1 evento de deshidratación más.</li> </ul>				

**Certeza de la evidencia:**

¿Cuál es la certeza general de la evidencia?

Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
	Desenlaces	Importancia	Certeza	
	Mortalidad cardiovascular	⊕⊕⊕⊕ Alta	Mortalidad cardiovascular	
	Hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca	⊕⊕⊕⊕ Alta	Hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca	
	Mortalidad por cualquier causa	⊕⊕⊕⊕ Alta	Mortalidad por cualquier causa	
	Calidad de vida	⊕⊕⊕○ Moderado	Calidad de vida	
	Evento adverso serio	⊕⊕⊕○ Moderado	Evento adverso serio	
	<b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b> B. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo, identificando riesgo indeterminado en sesgo de selección de algunos ECA incluidos.			
Entre los desenlaces críticos, se consideró la menor certeza de evidencia (moderada).				

- Muy baja
- Baja
- **Moderada**
- Alta

○ No se evaluaron estudios

**Desenlaces importantes para los pacientes:**

¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No</li> <li>○ Probablemente no</li> <li>○ Probablemente sí</li> <li>● <b>Sí</b></li> </ul>	Solo no se tenía información de uno de los desenlaces importantes, el resto de desenlaces presento resultados.	El GEG menciona y está de acuerdo que los desenlaces más importantes y críticos han sido presentados.

**Balance de los efectos:**

¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador?

(Tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Favorece al comparador</li> <li>o Probablemente favorece al comparador</li> <li>o No favorece a la intervención ni al comparador</li> <li>o Probablemente favorece a la intervención</li> <li>● Favorece a la intervención</li> <li>o Varía</li> <li>o Se desconoce</li> </ul>		<p>Considerando los beneficios moderados, y los daños triviales, el GEG considero que el balance de los efectos favorece a la intervención.</p>

**Uso de recursos:**

¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?

Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Costos elevados</li> <li>o Costos moderados</li> <li>o Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños</li> <li>o Ahorros moderados</li> <li>o Ahorros extensos</li> <li>o Varía</li> <li>o Se desconoce</li> </ul>	Ítem	Dapaglifozina	Empaglifozina	<p>Se consideraron costos elevados debido a que el costo anual por paciente supera los S/.1000 con cualquiera de las intervenciones farmacológicas brindadas a dosis máximas, este punto de cohorte establecido según el manual metodológico de IETSI.</p>
	Presentación	10mg TB	10mg TB	
	Costo unitario	S/. 5.00	S/. 9.10	
	Dosis (cantidad de unidades a usar) (a dosis máxima)	10mg (1 TB)	10mg (1 TB)	
	Duración del esquema (crónico)	Anual	Anual	
	Costo total de tratamiento por persona	S/. 5.00 x 1 x 365 = S/.1825.00	S/. 9.10 x 1 x 365 = S/.3321.50	
	Costo anual por persona	10mg TB	10mg TB	
Fuente: Tarifario de EsSalud y observatorio de productos farmacéuticos				

**Equidad:**

Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?

Definiciones

- *Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc).*
- *Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc).*

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Reducido</li> <li>o Probablemente reducido</li> <li>o Probablemente no tenga impacto</li> <li>● Probablemente incrementa la equidad</li> <li>o Incrementa la equidad</li> </ul>		

o Varía o Se desconoce		
<b>Aceptabilidad:</b> ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
o No o Probablemente no o Probablemente sí ● <b>Sí</b>  o Varía o Se desconoce		<p><b>Personal de salud:</b> El GEG consideró que los profesionales de la salud aceptarían brindar la intervención.</p> <p><b>Pacientes:</b> El GEG consideró que los pacientes aceptarían la intervención.</p>
<b>Factibilidad:</b> ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
o No o Probablemente no o Probablemente sí ● <b>Sí</b>  o Varía o Se desconoce		El GEG consideró que el realizar brindar la medicación es factible en todos los niveles de atención en ESSALUD.

### Resumen de los juicios:

JUICIOS							
<b>BENEFICIO</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑO</b>	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES</b>	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE BENEFICIO / DAÑO</b>	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Incrementa la inequidad	Probablemente incrementa la inequidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

### Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p><b>Dirección:</b> Los beneficios de brindar inhibidores de SGLT-2 se consideraron moderados (puesto que, el desenlace de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca fue significativo, aunque mortalidad cardiovascular estuvo muy cercano a superar el punto de no efecto) y los daños se consideraron triviales. El GEG considero que el balance de los efectos favorece a la intervención, por lo que brindar la intervención es una opción de tratamiento bastante aceptada por los especialistas debido a su factibilidad, a pesar de que representa costos extensos el uso de los recursos, probablemente incremente la equidad ya que es uno de los fármacos con mayor evidencia para esta subpoblación. Por ello, se emitió una recomendación <b>a favor de la intervención.</b></p> <p><b>Fuerza:</b> La certeza de la evidencia fue moderada; por lo que el GEG decidió asignarle una <b>fuerza fuerte</b> a esta recomendación.</p>	<p>En pacientes adultos con ICC sintomática con fracción de eyección levemente* reducida (41 – 49%) y preservada (<math>\geq 50\%</math>) clase funcional NYHA II-IV a pesar de terapia médica tolerada**, recomendamos brindar inhibidores de SGLT-2 más terapia médica tolerada** para el manejo de la enfermedad.</p> <p><b>Recomendación fuerte a favor de la intervención</b></p> <p><b>Certeza de la evidencia: Moderada</b> ⊕⊕⊕○</p> <p>* El término levemente reducida hace referencia al término moderadamente reducida usado en el dictamen N°13-IETSI-2024</p> <p>**Terapia médica tolerada: esquema tolerado por el paciente que puede incluir los siguientes medicamentos: diuréticos, betabloqueantes, IECA, ARA II, y MRA <b>como parte del esquema de tratamiento o manejo de las comorbilidades</b> del paciente; a no ser que exista contraindicación o eventos adversos</p>

### Puntos de BPC:

Justificación	BPC
<p>Especificar el punto 8.5 de la normativa para la autorización y uso de productos farmacéuticos no incluidos en el Petitorio Farmacológico de EsSalud concordada con Resolución N° 022 IETSI-EsSalud-2017 según la Directiva N° 003-IETSI-EsSalud-2016</p>	<p><b>BPC1:</b> Brindar el inhibidor de SGLT-2 que cuente con aprobación para su uso en esta indicación, de acuerdo a las condiciones de uso establecidas en el dictamen emitido por IETSI.</p>

Justificación	BPC
<p>El GEG considera necesario especificar las condiciones de uso de un inhibidor de SGLT-2 aprobado por Dictamen Preliminar de Tecnología Sanitaria N° 013 DETS-IETSI-EsSalud 2024. (129)</p>	<p><b>BPC2:</b> Con respecto al uso del inhibidor de SGLT-2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El paciente debe haber sido catalogado como IC con fracción de eyección preservada (FE mayor o igual a 50%) o levemente reducida (FE entre 41% y 49%) según ecocardiograma de los últimos seis (6) meses considerando las especificaciones en el diagnóstico de IC con FE preservada mencionado en la presente guía.</li> <li>- Evaluar la suspensión de la medicación en pacientes con:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de hemodiálisis</li> <li>• Deterioro persistente (6 meses a más) a clase funcional NYHA IV.</li> <li>• Reacción adversa que conduzca a la suspensión del fármaco o contraindicación según información de la etiqueta del producto.</li> </ul> </li> </ul>
<p>El GEG considera importante resaltar una de las complicaciones del uso de inhibidores de SGLT-2 y esto acorde con lo que se especifica en la guía mexicana. (43-45)</p>	<p><b>BPC3:</b> Diferir el inicio de un inhibidor de SGLT2 en pacientes con infección micótica genitourinaria hasta resolver el proceso infeccioso.</p>

## VII. Plan de actualización de la Guía de Práctica Clínica

La presente GPC tiene una vigencia de cinco años. Al acercarse al fin de este período, se procederá a una revisión de la literatura para su actualización, luego de la cual se decidirá si se actualiza la presente GPC o se procede a realizar una nueva versión, de acuerdo a la cantidad de evidencia nueva que se encuentre.