

PACIENTE CON DM 2 Y PREVENCIÓN DE EVENTOS ISQUÉMICOS. ¿MEJOR LA SOTAGLIFLOZINA QUE LOS iSGLT2?

Autor: Marcos García Aguado (Cardiólogo clínico en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Madrid)

Fecha de publicación: 03/03/2025

Patología: CI y factores de riesgo CV / Categoría: Novedades

Tiempo de lectura: 2 minutos



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

“Bloquear los receptores SGLT1 podría ofrecer más beneficios al paciente con DM 2 que el bloqueo “tradicional” con iSGLT2”

Se ha presentado un análisis secundario preespecificado del ensayo **SCORED**.

ESTUDIO SCORED

Es un estudio aleatorizado que evaluaba el papel del fármaco dual inhibidor del cotransportador sodio-glucosa 1y2 **sotagliflozina** en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) con enfermedad renal crónica y otros factores de riesgo cardiovascular asociados.

El estudio incluyó un total de 10.584 pacientes que se aleatorizaron a **sotagliflozina** o placebo con una mediana de seguimiento de 16 meses. El objetivo primario fue un combinado de muertes cardiovasculares, hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca y visitas a urgencias. Los resultados mostraron una reducción significativa del 26% con **sotagliflozina** frente a placebo.

EL ANÁLISIS PREESPECIFICADO

La revista [The Lancet](#) ha publicado los resultados de un análisis preespecificado centrado en la evaluación de los eventos isquémicos. Los resultados muestran que el combinado de

muerte cardiovascular, infarto de miocardio no mortal y accidente cerebrovascular no mortal se redujo un 23% con **sotagliflozina** frente a placebo ($P=0,0041$). La tasa de infarto de miocardio no mortal se redujo un 32% con **sotagliflozina** ($P=0,0041$) y el accidente cerebrovascular un 34% ($P=0,12$).

CONCLUSIÓN

Estamos ante un estudio pre-especificado (*planificado*), es decir, descrito en el protocolo del estudio antes de que éste se inicie, lo que supone una diferencia significativa respecto a los análisis post-hoc (*no planificados*). Además, el estar previamente definidos y no ser modificables (*su modificación requiere una enmienda formal al protocolo del estudio*), reducen de forma significativa el riesgo de prácticas de investigación que puedan reducir la confiabilidad en el resultado.

En [CARPRIMARIA](#) ya comentamos el papel del bloqueo dual y las diferencias con los actualmente extendidos iSGLT2. Dos de estos últimos (**dapagliflozina y empagliflozina**) se han consolidado como fármacos fundamentales en los pacientes con insuficiencia cardíaca en todo su rango de fracción de eyección, independientemente de la glucemia. También han mostrado sus bondades en el retraso del deterioro renal de los pacientes con insuficiencia renal crónica, independientemente de la glucemia. La **sotagliflozina** (un inhibidor dual) presenta diferencias con los iSGLT2, mostrando una mayor afinidad por los receptores SGLT1, lo que parece conferirle diferencias relevantes. De hecho, se cree que el bloqueo de los receptores SGLT1 se asocia a un aumento de los beneficios que proporciona el bloqueo SGLT2, lo que podría explicar las diferencias de la **sotagliflozina** con la **empagliflozina/dapagliflozina/canagliflozina** a nivel de eventos isquémicos. Ahora bien, se requieren más estudios para confirmar esta hipótesis sobre el papel del mecanismo de acción propuesto.

La [sotagliflozina solo está disponible en algunos países](#) y sus estudios se han centrado en el tratamiento del paciente con diabetes mellitus, mostrando beneficios en todo rango de fracción de eyección de la IC, tanto en pacientes con IC aguda como en aquellos con IC “estable” ambulatoria. A diferencia con la **dapagliflozina y la empagliflozina** no ha presentado resultados en pacientes sin DM2.

A nivel de la prevención primaria del paciente con DM2, los iSGLT2 han demostrado reducir el riesgo de desarrollo de IC, pero sus resultados a nivel de eventos isquémicos no fue el esperado. La **sotagliflozina** marcaría así una diferencia significativa con los iSGLT2 en el área de la prevención primaria de los pacientes con DM2, que por otra parte presenta un alto riesgo de eventos cardiovasculares futuros y desarrollo de IC.



Ilustración 1. La sotagliflozina frente a iSGLT2 en DM 2 prevención primaria eventos isquémicos. CARPRIMARIA



REFERENCIAS

[Rahul Aggarwal et al. Effect of sotagliflozin on major adverse cardiovascular events: a prespecified secondary analysis of the SCORED randomised trial. The Lancet. February 14, 2025.](#)

