



4015-5. MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS Y EVENTOS CARDIOVASCULARES EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS CON ENFERMEDAD CORONARIA DE TRONCO CORONARIO Y/O 3 VASOS TRATADOS CON I-SGLT2

David Chipayo González, Pablo Salinas Sanguino, Manuel Enrique Fuentes Ferrer, Carlos Vergara, Alejandro Travieso González, Carolina Espejo Paeres, Gabriela Tirado Conte, Hernán David Mejía Rentería, Iván Núñez Gil, Fernando Macaya Ten, Pilar Jiménez Quevedo, Luis Nombela Franco, Nieves Gonzalo López, Javier Escaned Barbosa y Antonio Fernández Ortiz

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los I-SGLT2 han demostrado reducir la mortalidad cardiovascular y los ingresos por insuficiencia cardiaca (IC), posicionándose como primera opción de pacientes diabéticos con enfermedad cardiovascular. Sin embargo, no existen estudios específicos en enfermedad coronaria, especialmente en población de alto riesgo como la enfermedad coronaria multivaso (ECM) o de tronco coronario (TCI).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) y primer diagnóstico de ECM o de TCI comparando aquellos que recibieron tratamiento con I-SGLT2 o con antidiabéticos convencionales. El objetivo principal de este estudio fue comparar el hazard ratio (HR) de la mortalidad por todas las causas. Los objetivos secundarios fueron comparar los HR de mortalidad cardiovascular, infarto de miocardio (IM), ictus e ingresos por IC. Se analizaron los datos crudos y ajustados por *inverse probability of treatment weighting* (IPTW).

Resultados: Se incluyeron 420 pacientes con una edad media de $71,2 \pm 11,1$ años; El 78,6% eran varones, el 82,6% tenían HTA, el 72% hiperlipemia, el 50,2% eran fumadores o exfumadores y el 10,7% tenía un ictus previo. La presentación fue como SCA en el 44,3% (27% SCACEST, 73% SCASEST). El TCI se vió afectado en el 29%. La EC era de 3 vasos en el 86,7%; TCI + 2 vasos en 8,3%; TCI + 1 vaso en 3,8%, y 1,2% solo TCI. La estrategia de tratamiento fue ICP + terapia médica óptima (TMO) en el 48,3%, cirugía + TMO en el 39,8% y solo TMO en el 21,9%. La FEVI fue 1,7% mayor en grupo ISGLT si, $p = 0,03$. Un total de 104 pacientes (24,8%) iniciaron tratamiento con ISGLT2 durante una media de $1,6 \pm 1$ años de tratamiento. Tras una mediana de seguimiento de $1,7 \pm 0,7$ años, la mortalidad por cualquier causa fue 16,4% y la mortalidad CV del 9,5%. El 6,9% tuvo un IM, el 3,3% un ictus y el 11,4% tuvo un ingreso por IC. Los pacientes tratados con SLGT2-I tuvieron un menor riesgo de muerte por todas las causas, muerte cardiovascular e ingreso por IC (tabla). Después de ajuste por IPTW, el riesgo de muerte por todas las causas fue persistentemente más bajo en el grupo SLGT-I (HR0,34 [IC95% 0,12-0,91]).

Resultado crudos y ajustados por IPTW

	HR (Cr)	p	HR (IPTW)	p
Muerte por todas las causas.	0,18 (0,07-0,48)	0,001	0,34 (0,12-0,91)	0,033
Muerte cardiovascular	0,24 (0,07-0,74)	0,001	0,56 (0,18-1,68)	0,3
IM	1,53 (0,72-3,27)	0,271	1,5 (0,64-3,52)	0,351
Ictus	0,48 (0,11-2,11)	0,339	0,52 (0,07-3,7)	0,51
Ingreso por IC	0,55 (0,26-1,17)	0,122	0,79 (0,33-1,9)	0,603
Muerte por IC	0,39 (0,22-0,7)	0,002	0,63 (0,33-1,22)	0,172
Muerte cardiovascular o IC	0,52 (0,28-0,96)	0,038	0,89 (0,44-1,79)	0,748

Tabla de resultados con los HR crudos y ajustados por IPTW que muestra una reducción estadísticamente significativa en el *endpoint* primario.



Kaplan Meier comparando la mortalidad por todas las causas entre I- SGLT2 SI y I-SGLT2 NO.

Conclusiones: En nuestro estudio de pacientes consecutivos con DM2 y primer diagnóstico de ECM o TCI, los pacientes tratados al alta con I-SGLT2 tuvieron un riesgo reducido de muerte por todas las causas con un HR ajustado por IPTW de 0,34 (IC95% 0,12-0,91).