



## 5013-8. ¿PRESCRIBIMOS FÁRMACOS CON BENEFICIO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABETES MELLITUS?

María Thiscal López Lluva<sup>1</sup>, Pablo Díez Villanueva<sup>2</sup>, Felipe Díez del Hoyo<sup>3</sup>, Antonio Martínez Guisado<sup>4</sup>, Clara Fernández Cordón<sup>3</sup>, Eduardo Luján Valencia<sup>5</sup>, Martín Negreira Caamaño<sup>6</sup>, Leire Goñi Blanco<sup>7</sup>, Clea González Maniega<sup>1</sup>, Isaac Llao<sup>8</sup>, José Antonio Fernández Sánchez<sup>9</sup>, Alfonso Jurado Román<sup>10</sup>, María Abellas-Sequeiros<sup>11</sup>, David Escribano Alarcón<sup>12</sup>, Ane Elorriaga Madariaga<sup>13</sup>, Pilar Roquero Giménez<sup>2</sup>, Daisy Carolina Sorto Sánchez<sup>14</sup>, Laura Fuertes Kenneally<sup>15</sup>, Julia Playán Escribano<sup>16</sup>, Lucía Pérez Cebe<sup>17</sup>, Ignacio Amat-Santos<sup>18</sup> y Sergio García-Blas<sup>19</sup>

<sup>1</sup>Complejo Asistencial Universitario, León, <sup>2</sup>Hospital La Princesa, Madrid, <sup>3</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, <sup>4</sup>Hospital Clínic, Barcelona, <sup>5</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), <sup>6</sup>Hospital General Universitario de Ciudad Real, <sup>7</sup>Hospital Universitario de Navarra, <sup>8</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, <sup>9</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, <sup>10</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, <sup>11</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, <sup>12</sup>Hospital Universitario de San Juan, Alicante, <sup>13</sup>Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Vizcaya), <sup>14</sup>Hospital Universitario Txagorritxu, Álava, <sup>15</sup>Hospital General Universitario de Alicante, <sup>16</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, <sup>17</sup>Hospital Universitario de A Coruña, <sup>18</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid y <sup>19</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en pacientes con diabetes mellitus (DM). Indicar un tratamiento con beneficio pronóstico demostrado es clave en estos pacientes y la hospitalización por SCA puede ser un momento óptimo para ello. La evidencia de los ensayos más recientes demuestra que los fármacos de las clases del iSGLT2 y los aGLP-1 disminuyen los riesgos de enfermedad aterosclerótica (EA), insuficiencia cardíaca y renales, lo que ha dado lugar a nuevos algoritmos de tratamiento.

**Métodos:** Análisis descriptivo del tratamiento de la DM al ingreso y al alta de los pacientes con SCASEST incluidos en el registro IMPACT of Time of Intervention in patients with Myocardial Infarction with Non-ST segment elevation. ManaGement and Outcomes (IMPACT-TIMING-GO) entre el 1 de abril y el 2 de mayo de 2022. Se trata de un registro multicéntrico, observacional y prospectivo llevado a cabo en 23 centros españoles.

**Resultados:** Las características basales de los pacientes incluidos se muestran en la tabla. Para el análisis del tratamiento se excluyeron aquellos pacientes con un TFGe 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. El 33,5% estaban diagnosticados de DM al ingreso. De estos, el 35,8% estaban insulinizados, el 69,4% recibía metformina, el 33,6% un iSGLT2, el 6,7% un aGLP-1 y hasta un 41,8% otros antidiabéticos orales (ADO). La HbA1c media al ingreso era de 7,6 (rango: 5,2-13,4). Los pacientes diabéticos presentaron mayor tasa de complicaciones intrahospitalarias que aquellos no diabéticos: necesidad de BCIAo (2,4 vs 1,6%), necesidad de Impella (0,8 vs 0,4%), necesidad de ventilación mecánica no invasiva (3,1 vs 0,4%), insuficiencia renal aguda (42 vs 33%) y necesidad de depuración extrarrenal (2,4 vs 0,8%) y reinfarcto (9,5 vs 7,4%). Todas las complicaciones mecánicas sucedieron en el grupo de pacientes diabéticos. Al alta, al 35,3% se les prescribió insulina, al 61% metformina, al 56% un iSGLT2, al 10% un aGLP-1 y al 40% otro ADO.

## Características básicas de los pacientes con SCASEST

Variable	IMPACT-TIMING-GO 2022 (n = 444)
Edad	65,1 ± 16 años
Sexo (varón)	77,6%
índice de masa corporal	27,9 ± 4,7
Hipertensión arterial	67,8%
Dislipemia	62,6%
Diabetes mellitus	33,5%
Tabaquismo	
Nunca	38,7%
Exfumador	30,3%
Activo	31%
Antecedente ictus/Accidente isquémico transitorio	6,8%
Enfermedad vascular periférica	9,5%
Insuficiencia renal (ClCr 60 ml/min)	11%
EPOC	9,8%
Ingreso por hemorragia previa	2,5%
Depresión	10,3%

Infarto previo	22,6%
Intervencionismo coronario precutáneo previo	24,4%
Cirugía coronaria previa	5,8%
Insuficiencia Cardíaca previa	4,8%
<i>Flutter</i> /fibrilación auricular previa	7,8%
Tratamiento anticoagulante	8%

ClCr: aclaramiento de creatinina.

**Conclusiones:** El porcentaje de pacientes diabéticos tratados con antidiabéticos con beneficio cardiovascular en la vida real es muy bajo. Durante la hospitalización por SCA las cifras mejoran, pero siguen siendo decepcionantes, especialmente en el caso de los aGLP-1. Es necesario que el cardiólogo se implique en el abordaje integral del paciente con DM para mejorar su pronóstico a corto y largo plazo.