



6050-667. DIABETES Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA. ¿CUÁNTO SE IMPLICA EL CARDIÓLOGO?

Marta María Martín Cabeza, Pablo Jorge Pérez, Veena Moti Amarnani Amarnani, Julio Miranda Bacallado, Miguel Leiva Gordillo, Martín J. García González, Corabel Méndez Vargas, Patricia Barrio Martínez y Francisco Bosa Ojeda, del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

Resumen

Introducción y objetivos: La diabetes (DM) es una enfermedad de prevalencia creciente, y en la que la incidencia de problemas cardiacos, especialmente la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardiaca, es mayor. La implicación del cardiólogo en el tratamiento antidiabético no ha sido hasta el momento una prioridad, aunque esta situación está en cambio, en relación con el beneficio cardiovascular evidenciado con algunos fármacos antidiabéticos.

Métodos: Estudio retrospectivo de los 443 pacientes ingresados en el año 2017 por un síndrome isquémico coronario agudo (SICA) de alto riesgo (SCACEST o SCASEST); para conocer la prevalencia de DM, el control glucémico y el tratamiento recibido. Así como evaluar en qué cuantos se realizó un cambio de tratamiento, qué cambio, y en cuántos se consiguió una mejoría del control glucémico tras haber ingresado por un evento cardiovascular.

Resultados: De los 443 pacientes estudiados, 137 eran diabéticos (31%), con edad media de 67 años (45-85), 65% varones y 34% mujeres; 43 (31%) ingresaron por un SCACEST y 94 (68%) por un SCASEST, y un 30% tenían antecedentes de cardiopatía isquémica. Observamos que un 51% tenían mal control glucémico ($HbA1C > 7\%$) y 48% buen control. En la tabla se describe el tratamiento previo al ingreso. Al alta de este ingreso por SICA el tratamiento antidiabético no se modificó en 113 (82,5%) y solo en 24 (17%) pacientes sí. De ellos: a 5 pacientes se les añadió insulina, a 5 se les cambió la insulina, a 11 se les añadió un iSLGT-2, a 3 se les añadió un IDDP-4 y a 1 se le añadió un aGLP-1. A un 4% se les suspendieron fármacos con perfil CV adverso: 3 con repaglinida y otros 3 con sulfunilurea. En el seguimiento a 6 meses, solo realizado a 101 de estos pacientes, en el 39% no se ha realizado nueva determinación de HbA1C, 21% presentaban buen control glucémico y 13% malo.

Tratamiento hipoglucemiante previo al ingreso

Biguanidas (metformina)	71% (98 pacientes)
Insulina	35% (49 pacientes)

iDPP-4	41% (57 pacientes)
Sulfonilureas	7% (10 pacientes)
Glinidas (repaglinida)	15% (21 pacientes)
iSGLT-2	8% (11 pacientes)
aGLP-1	1% (1 paciente)

iDPP-4: inhibidores de la enzima dipeptidilpeptidasa tipo 4. iSGLT-2: inhibidores del cotrasportador de sodio-glucosa tipo 2. aGLP-1: análogos del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1.

Conclusiones: Los pacientes con diabetes presentan un elevado riesgo cardiovascular y tiene peor pronóstico que los no diabéticos. El abordaje de la DM por parte del cardiólogo en pacientes con eventos cardiovasculares, como exponen nuestros resultados, continúa siendo poco frecuente, tanto para añadir fármacos antidiabéticos con probado beneficio clínico, como para retirar aquellos perjudiciales. Conocer nuestros resultados debe hacernos reflexionar sobre la implicación del cardiólogo para liderar un cambio en el paciente diabético con ECV establecida.