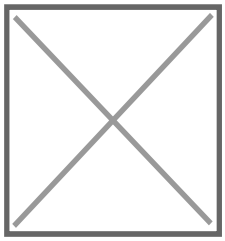
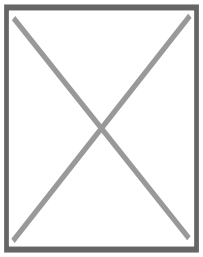
Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 1018



Revista Española de Cardiología



6048-326. REPERCUSIÓN DEL AJUSTE DE TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO EN PACIENTES QUE INGRESAN POR SOSPECHA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST

Sergio Marrero Bravo, Paula Hinojal Collado, Javier Orlando Quintero Ardila, Francisco Javier López Rodríguez, María Ramos López, Veena Moti Amarnani Amarnani, Sara Hernández Castellano, María Padilla Bautista, Rafael Martín-Portugués Palencia, Diego López Fazlic, Amelia González Martín, Alejandro Quijada Fumero y Julio Salvador Hernández Afonso

Cardiología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus (DM) es prevalente y asocia un alto riesgo cardiovascular. A pesar de los tratamientos disponibles, el paciente no siempre se beneficia de una optimización terapéutica en el ingreso, con el consiguiente riesgo. Objetivos: 1. Valorar si los pacientes con DM que ingresan con sospecha de síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCASEST) se benefician de ajuste de tratamiento. 2. Comprobar si la falta de cambio conlleva un aumento del riesgo de eventos cardiovasculares en el primer año.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Se recogió a 156 pacientes con DM y sospecha de SCASEST durante 1 año. Para el análisis se excluyó a los que fallecieron durante el ingreso o que perdieron seguimiento, quedando 149. Se formaron dos cohortes, 37 (23,7%) a los que se les cambió el tratamiento, y 92 (59%) a los que no se les cambió. Se usó SPSS para el análisis comparativo con test de chi-cuadrado y Fisher, cálculo de riesgo relativo, y prueba T para muestras independientes.

Resultados: Las variables clínicas y de tratamiento de los pacientes se recogen en la tabla. La media de días transcurridos hasta un nuevo control con HbA1c en el grupo de cambio fue de 302 (DE 160) y en no cambio, de 267 (DE 140), sin diferencias significativas (p = 0,125). La media de reducción de HbA1c en cambio de tratamiento fue 0,7 puntos (DE 1,4) y en no cambio fue 0 puntos (DE 0,9), suponiendo una reducción significativa para el grupo con tratamiento optimizado con p = 0,008. En el grupo sin cambio de tratamiento fallecieron 3 (3,4%) pacientes en el primer año frente a 1 (2,7%) en el grupo con cambio, con un riesgo relativo de 1,24 [IC95% (0,13-11,6)], y sufrieron síndrome coronario agudo 10 (11,2%) de los pacientes no optimizados en el primer año y ningún paciente del grupo contrario, con diferencias significativas entre grupos y p = 0,033, aunque sin poder estimar riesgo. Teniendo en cuenta un objetivo combinado de infarto, ictus y *exitus* en 1 año, en el grupo sin cambios, presenta-ron eventos 15 (16,9%) pacientes frente a 2 (5,4%) del grupo con cambios, con un riesgo relativo de 3,12 [IC95% (0,75-12,96)].

Características de la población de estudio

Variables	**Sin cambios, n = 92 (59%)**		**Con cambios, n = 37 (23,7%)**		**p**	**Total, n = 129**		**RR**	**IC(95%)**
Edad	69,3 (DE 9,96)		65,7 (DE 10,88)		**0,035**	68,7 (DE 10,37)			
Sexo	H 54 (59,3%)	M 37 (40,7%)	H 25 (67,6%)	M 12 (32,4%)	0,385	H 79 (61,7%)	M 49 (38,3%)		
Fumador/Exfumador	45 (48,9%)		21 (56,7%)		0,297	66 (51,1%)			
CI previa	46 (50,5%)		14 (37,8%)		0,191	60 (46,9%)			
HTA	77 (83,7%)		31 (83,8%)		0,99	108 (83,7%)			
DLP	79 (85,9%)		30 (81,1%)		0,497	109 (84,5%)			
ERC	11 (12%)		4 (10,8%)		1	15 (11,6%)			
HbA1c al ingreso	7,12 (DE 1,13)		7,75 (DE 1,37)		**0,004**	7,14 (DE 1,25)			
Metformina	67 (72,8%)		19 (51,4%)		0,019	86 (66,7%)			
iSGLT2	43 (46,7%)		10 (27%)		**0,04**	53 (41,1%)			
aGLP1	12 (13%)		2 (5,4%)		0,348	14 (10,9%)			
iDPP4	23 (25%)		15 (40,5%)		0,08	38 (29,5%)			
Insulina	33 (35,9%)		6 (16,2%)		0,028	39 (30,2%)			
HbA1c control alta	7,07 (DE 1,14)		6,95 (DE 1,01)		0,313	7 (DE 1,09)			
Días hasta control	267 (DE 140)		302 (DE 160)		0,125	275 (DE 144)			
Reducción HbA1c	0 (DE 0,9)		0,7 (DE 1,4)		**0,008**	0,2 (DE 1,1)			
***Exitus* 1a**	3 (3,4%)		1 (2,7%)		1	4 (3,2%)		1,24	(0,13-11,6)

IAM 1a	10 (11,2)		0		**0,033**	10 (7,9%)		-	-	
MACE 1a	15 (16,9%)		2 (5,4%)		0,149	17 (13,5%)		3,12	(0,75-12,96)	

Conclusiones: 1. El cambio de tratamiento de la DM en el ingreso parece mejorar el perfil metabólico tras el alta aunque no podemos decir que reduzca el riesgo de eventos de forma significativa. 2. Deberíamos mejorar los plazos de revaloración del control glucémico tras el alta.