

Evento cardiovascular isquémico en pacientes diabéticos: un problema que persiste más allá del alta hospitalaria.

Ischemic cardiovascular event in diabetic patients: a problem that persists beyond hospital discharge.

Miguel Hominal¹, Alejandro Meiriño².

1 Coordinador Unidad Coronaria Sanatorio Diagnóstico (Santa Fe). Presidente del Comité de Cardiopatía Isquémica (FAC)

2 Cardiólogo Clínico del Instituto Cardiovascular de Rosario (Santa Fe), Ex Presidente del Comité de Cardiopatía Isquémica (FAC).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 15 de Agosto de 2024

Aceptado después de revisión

el 25 de Agosto de 2024

www.revistafac.org.ar

Palabras clave:

Riesgo cardiovascular,
diabetes Mellitus,
evento isquémico.

Keywords:

Cardiovascular risk,
diabetes Mellitus,
ischemic events.

Los autores declaran no tener
conflicto de intereses.

La enfermedad cardiovascular (ECV) representa una causa frecuente de muerte a nivel mundial, siendo actualmente la cardiopatía isquémica la principal según los registros publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹.

La Diabetes Mellitus (DM) constituye un factor pronóstico independiente asociado a ECV, ya que acelera el proceso de aterogénesis a través de varios mecanismos, como anomalías en las concentraciones y la composición de las lipoproteínas, su asociación con la hipertensión arterial (HTA), resistencia a la insulina e hiperinsulinemia, glicosilación de las proteínas en el plasma y la pared arterial, oxidación lipídica, estado procoagulante y proinflamatorio asociado y alteración de la función endotelial². Por estos motivos, se asocia a una mayor extensión de la enfermedad coronaria, con un curso más agresivo y una morbimortalidad más elevada que en pacientes coronarios sin DM³. A su vez, los pacientes con DM y ECV ya establecida presentan un alto riesgo de complicaciones y peor pronóstico a largo plazo^{4,5}. Es por esto que las guías contemporáneas recomiendan realizar un abordaje y seguimiento más "agresivo" en esta población.

Diariamente en la Unidad Coronaria, uno de cada tres pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) suele referir antecedentes de DM, y en 15-29% de los casos se realiza el diagnóstico durante la internación^{6,7}. Estos pacientes suelen presentar con frecuencia mayores niveles de biomarcadores, signos de fallo de bomba durante la presentación, disfunción ventricular izquierda y mayor

complejidad en la anatomía coronaria, lo cual conlleva una estrategia de revascularización dificultosa: mayor frecuencia de cirugía, mayor necesidad de stents, mayor cantidad de procedimientos y, en ocasiones, revascularización incompleta.

Un análisis post hoc de ensayos clínicos que evaluaron diferentes estrategias de tratamiento antitrombótico en pacientes con SCA (PLATO, APPRAISE-2, TRACER y TRILOGY-ACS), en el cual se incluyeron 15.387 pacientes con DM, demostró una mortalidad intrahospitalaria global 1,5 a 2 veces mayor que en los pacientes sin DM, la cual se situó próxima al 50% al año del primer infarto⁸. Esto pone en evidencia que este subgrupo de pacientes constituye una población de alto riesgo tanto durante la fase aguda del evento isquémico, como así también tras el alta. Las medidas de prevención secundaria deben ser más estrictas en los pacientes con DM, ya que el impacto de los cambios en los factores de riesgo (FR) cardiovascular convencionales tiene mayor repercusión. Estos deben ser tratados de forma agresiva y temprana (antes del alta hospitalaria)⁹. Con el objetivo de proponer un manejo integral y multidisciplinario, luego de la internación en Unidad Coronaria de estos pacientes, en este suplemento de la Revista de la Federación Argentina de Cardiología, se publica un documento de "Recomendaciones para el manejo de pacientes con diabetes tipo 2 al egreso de la hospitalización por un evento cardiovascular isquémico"¹⁰. En el mismo se enfatiza la importancia del manejo de la DM durante la internación y el control del perfil metabólico y demás FR (HTA,

dislipemia, obesidad, entre otros) tras el alta hospitalaria. Resulta muy importante diferenciar el escenario entre una DM conocida, una DM de reciente diagnóstico e hiperglucemias asociadas al estrés, ya que el pronóstico y manejo terapéutico difieren. Se propone un algoritmo de manejo de hiperglucemia y DM durante la internación muy útil, el cual, mediante la utilización de escasos recursos, podría permitir un monitoreo acorde en aquellos pacientes diabéticos y una detección temprana en aquellos pacientes sin diagnóstico previo de DM. Siguiendo estas pautas se podría considerar el esquema terapéutico más adecuado, limitado a las condiciones socioeconómicas y disponibilidad de cada centro.

En lo que respecta a la HTA, se recomienda actuar desde la fase intrahospitalaria ajustando y optimizando el tratamiento farmacológico en cada escenario clínico, según la presencia de distintas comorbilidades asociadas. Se enfatiza también la educación en medidas higiénico-dietéticas desde la fase intrahospitalaria, y la recomendación de realizar monitoreo domiciliario de presión arterial al momento de la externación.

En cuanto a la dislipemia, se debe identificar desde el inicio a esta población como de "muy alto riesgo", e indicar estrategias terapéuticas agresivas mediante la utilización de dosis en alta intensidad de estatinas, considerando asociaciones en caso de ser necesario. Se proponen metas claras y plazos para alcanzar las mismas. Se propone un algoritmo concreto, con objetivos más allá de los tradicionales (no solo de LDL, sino también contemplando no-HDL, triglicéridos y ApoB), y con un control a corto plazo para determinar el éxito de la terapia implementada.

Finalmente, como se propone en el documento, es muy importante previo al alta evaluar detenidamente las modificaciones en la medicación. Los pacientes recibirán antiagregantes plaquetarios (generalmente potentes y en asociaciones) y, como ya se mencionó, dosis elevadas de estatinas. Es fundamental resaltar la importancia de la adherencia a dicha terapéutica para prevenir eventos futuros. En este documento se considera también que muchos sujetos iniciarán durante la internación terapia con iSGLT-2 o arGLP-1, motivo por el cual debe reevaluarse la medicación previa del paciente para prevenir eventos adversos (por ej. hipoglucemia en aquellos que recibían previamente insulina).

BIBLIOGRAFIA

1. World Heart Organization. The top 10 causes of death 2021 globally. Disponible en <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top10-causes-of-death>. Acceso 7 de Agosto de 2024.
2. Sánchez-Recalde A, Kaski JC. Diabetes mellitus, inflamación y aterosclerosis coronaria. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 751 - 763.
3. Donahoe SM, Stewart GC, McCabe CH, et al. Diabetes and mortality following acute coronary syndromes. *JAMA* 2007; 298: 765 - 775.
4. Zhou M, Liu J, Hao Y, et al. Prevalence and in-hospital outcomes of diabetes among patients with acute coronary syndrome in China: findings from the Improving Care for Cardiovascular Disease in China-Acute Coronary Syndrome Project. *Cardiovasc Diabetol* 2018; 17: 147.
5. Jellinger PS, Handelsman Y, Rosenblit PD, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology guidelines for management of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease. *Endocr Pract* 2017; 23(suppl 2): 1 - 87.
6. Arnold SV, Stolker JM, Lipska KJ et al. Recognition of incident diabetes mellitus during an acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2015; 8: 260 - 267.
7. Umpierrez GE, Isaacs SD, Bazargan N, You X et al. Hyperglycemia: an independent marker of in hospital mortality in patients with undiagnosed diabetes. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87: 978 - 982.
8. Attar R, Wu A, Wojdyla D, et al. Outcomes After Acute Coronary Syndrome in Patients With Diabetes Mellitus and Peripheral Artery Disease (from the TRACER, TRILOGY-ACS, APPRAISE-2, and PLATO Clinical Trials). *Am J Cardiol* 2022; 178: 11 - 17.
9. Assmann G, Schulte H. The Prospective Cardiovascular Munster (PROCAM) Study: prevalence of hyperlipidemia in persons with hypertension and/or diabetes mellitus and the relationship to coronary heart disease. *Am Heart J* 1998; 116: 1713 - 1724.
10. Zaidel EJ, Renna N, Corral P, et al. Recomendaciones para el manejo de pacientes con diabetes tipo 2 al egreso de la hospitalización por un evento cardiovascular isquémico. *Rev Fed Arg Cardiol* 2024; 53 (Suplemento 3): 5-12