

# DISMINUYENDO EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES

Disertante/s

Sripal Bangalore, MD, MHA, UNIVERSITY OF NY  
Liana K Billings, MD, MMSc, UNIVERSITY OF CHICAGO  
Sussane V. Arnold, MD, MHA UNIVERSITY OF MISSOURI

## Highligths

1era charla: ¿Cuáles son las razones para revascularización en pacientes con cardiopatía isquémica estable? BANGALORE, S

2da charla: La terapia antidiabética en pacientes con STROKE debería ser aGLP1 y no iSGLT-2. BILLINGS, LK

3era charla: UPDATE en prevención de la ECV en diabetes (terapia antitrombótica, presión arterial y control lipídico)

## Resumen

### ¿Cuáles son las razones para revascularización en pacientes con cardiopatía isquémica estable (CIE)?

Inicialmente mostró un resumen del ISCHEMIA trial: el estudio más grande en CIE. 5179 pacientes (54% isquemia severa, 76% enf de multiples vasos, 47% con lesión proximal de arteria coronaria DA). 2 grupos: **tratamiento invasivo (revascularización) y tratamiento conservador (cateterismo y tto médico)** (1).

Mostró además tanto en estudios viejos como nuevos que los eventos Muerte por todas las causas, por infarto, e infarto no fatal es mayor en personas con diabetes vs sin diabetes (2).

**Conclusión:** EN PACIENTES CON DIABETES SIN DSFX DEL VI, NO HUBO DIFERENCIAS ENTRE TRATAMIENTO INVASIVO VS CONSERVADOR.

Comentario : el uso de iSGLT2 , GLP1 A Y PCSK9 fue bajo en el studio.

### La terapia antidiabética en pacientes con STROKE debería ser aGLP1 y no iSGLT-2

EL 30% de las personas que tienen STROKE tienen diabetes conocida. El riesgo de STROKE en DBT es 3 veces mayor vs NO DBT. La recurrencia es del 10% a los 10 años después de un evento. El 90% son ISQUÉMICOS. En el **STENO** trial la reducción del riesgo de STROKE **disminuyó un 69%** en la rama intensiva vs convencional(3).

Los meta-análisis de CVOTs de aGLP1 demostraron una reducción del riesgo de STROKE del 17% vs pbo (4) con REWIND ( HR: 0,76 24%) Y SUSTAIN 6 (HR: 0.68 32%)

Los mecanismo propuestos para estos resultados serían 1- NEUROPROTECCIÓN Y 2- EFECTO ANTIATEROESCLERÓTICO CEREBRAL. (5)

A diferencia de los CVOts en GLP1 a , metaanálisis de iSGLT2 no mostraron reducción del riesgo de STROKE (6). Habría un efecto beneficioso en pacientes con eGfr <45.

**Conclusión:** a pesar de los beneficios de los glpa en STROKE, **los iSGLT2 actúan de forma complementaria e interconectada con los aGLP1 en los beneficios en DBT2, por lo tanto en las guías no debería ser GLP1 o ISGLT2 , DEBERÍA SER aGLP1 Y ISGLT2**

### UPDATE en prevención de la ECV en diabetes

Mostró trials en **terapia antitrombótica en diabetes**, llegando a la conclusion de que raramente deberían usarse en prevención primaria. En prevención secundaria considerer utilizar tratamientos mas intensivos (AAS, clopidogrel y bajas dosis de rivoroxaban)

**Presión arterial** en DBT: <140/90 mmHG para todos, 120-130 mmHG podría ser beneficioso en ERD. (IECA/ARA2, ARB, BB Y TIAZIDAS).

**Lípidos:** en prevención 1ria: estatinas dosis moderadas, si IRC estatinas altas dosis y ezetimibe si es muy alto riesgo. Prevencion 2ria: altas dosis de estatinas , si es muy alto riesgo ezetimibe mas PCSK9i.

## Bibliografía principal

1- Bangalore et al. CIRCULATION, 2020.

2- Newman JD et al. CIRCULATION, 2021.

3- Gaede P, et al. DIABNETOLOGIA, 2019.

4- Sattar, et al. LANCET. 2021

5- Goldenberg, RM, STROKE, 2022

6- Mc Guire, et al. JAMA, 2021