


# Fenotipo cardiometabólico avanzado en pacientes diabéticos tras síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST

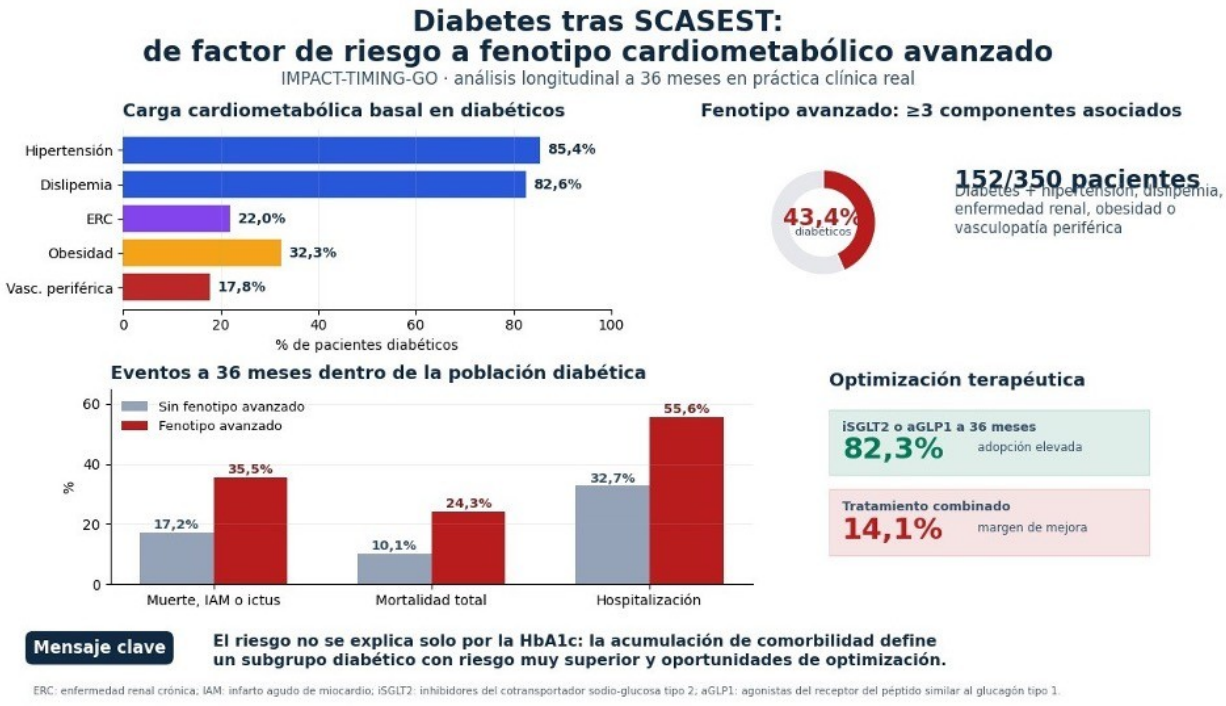
Luis Álvarez Carballo(1), María Thiscal López Lluva(1), Felipe Díez del Hoyo(2), Pedro Luis Cepas Guillén(3), Alfonso Jurado Román(4), Martín Negreira Caamaño(2), Antonio Martínez Guisado(3), Teresa Giralt Borrell(5), Pablo Bazal Chacón(6), Iván Olavarri Miguel(7), Pablo Salinas Sanguino(8), Jessica Vaquero Luna(9), Anna Carrasquer Cucarella(10), Ana Gálvez(11) y Pablo Díez Villanueva(12) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de León, León - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid - España, (3)Servicio de Cardiología. Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona - España, (4)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid - España, (5)Servicio de Cardiología. Hospital del Mar, Barcelona - España, (6)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Navarra, Pamplona (Navarra) - España, (7)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España, (8)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España, (9)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava) - España, (10)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona - España, (11)Servicio de Cardiología. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) - España y (12)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid - España

Introducción: Tras un síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST), alcanzar los objetivos lipídicos exige revisar periódicamente el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) e intensificar el tratamiento hipolipemiante cuando no se alcanzan. En este estudio evaluamos si, en práctica clínica real, la falta de control del cLDL durante el seguimiento se traduce en modificaciones terapéuticas.

Métodos: Registro observacional longitudinal multicéntrico de pacientes con SCASEST con enfermedad aterosclerótica demostrada revascularizados. Se analizaron cLDL y tratamiento hipolipemiante al alta, a 12 y a 36 meses. Se definió objetivo estricto como LDL menor de 55 mg/dl y descenso igual o superior al 50% respecto al ingreso. La intensificación se definió como titulación de estatinas, incorporación de ezetimiba o inhibidores de PCSK9 entre visitas. En pacientes con cLDL igual o superior a 55 mg/dl a 12 meses se exploró su asociación con el control a 36 meses mediante regresión logística ajustada por edad, sexo, diabetes, enfermedad renal crónica y cLDL inicial.

Resultados: Se incluyeron 1.021 pacientes. Al alta, la prescripción de estatinas fue universal (97%) y el 93% recibía estatinas de alta potencia; sin embargo, solo el 39% recibía ezetimiba y <1% inhibidores de PCSK9. A los 12 meses, el cLDL mediano fue 57 mg/dl y el 45% alcanzó cLDL <55 mg/dl; al considerar además una reducción ?50% respecto al basal, solo el 26% cumplía el objetivo. A los 36 meses no hubo mejora relevante: cLDL mediano 56 mg/dl, 46% con cLDL <55 mg/dl y 27% con objetivo combinado. Entre los pacientes con cLDL ?55 mg/dl a 12 meses, el 57% recibía ezetimiba y apenas el 2% inhibidores de PCSK9. Con datos evolutivos disponibles, solo en el 15% se intensificó el tratamiento. Esta intensificación se asoció con mayor consecución de cLDL <55 mg/dl a 36 meses (42% frente a 27%; p=0,042), con asociación independiente en el modelo ajustado (odds ratio 2,06; intervalo de confianza del 95%, 1,06-4,00).

Conclusiones: En práctica clínica real, alcanzar los objetivos lipídicos tras un SCASEST sigue siendo una asignatura pendiente. En nuestra cohorte, menos de la mitad de los pacientes alcanzó cLDL <55 mg/dl y solo uno de cada cuatro cumplió el objetivo combinado. El principal hallazgo no fue la infrautilización de estatinas, ni la potencia de estas, sino la limitada respuesta terapéutica ante un control lipídico insuficiente.




**Fenotipo cardiometabólico, tratamiento cardio-renal y eventos a 36 meses**

| Indicador | No diabéticos | Diabéticos global | Diabéticos con fenotipo avanzado |
|---|---|---|---|
| N | 662 | 350 | 152 (43,4% de diabéticos) |
| Hipertensión | 60,3% | 85,4% | 98,0% |
| Dislipemia | 54,7% | 82,6% | 96,1% |
| Enfermedad renal crónica | 6,5% | 22,0% | 46,7% |
| Vasculopatía periférica | 6,8% | 17,8% | 36,4% |
| Muerte, IAM o ictus a 36 meses | 11,0% | 25,1% | 35,5% |
| Mortalidad total a 36 meses | 4,7% | 16,3% | 24,3% |
| Hospitalización a 36 meses | 27,8% | 42,3% | 55,6% |
| iSGLT2 o aGLP1 a 36 meses | — | 82,3% | 86,4% |
| iSGLT2 + aGLP1 a 36 meses | — | 14,1% | 24,5% |

aGLP1: agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1; IAM: infarto agudo de miocardio; iSGLT2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2. Fenotipo avanzado: diabetes y al menos 3 componentes entre hipertensión, dislipemia, enfermedad renal crónica, obesidad y vasculopatía periférica.