

## **Conferencias y Simposios**

### **6 VOCES EN 10 MINUTOS: Reducción de riesgo cardiovascular en diabetes mellitus**

Coordinadora: Dra. Judith Bendahan

#### **4) Antiagregación plaquetaria: ¿qué aprendimos de las evidencias?**

Dr. Augusto Lavallo Cobo

Especialista en Cardiología, Cordinador de Servicio de Cardiología, Sanatorio Finochietto, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

La hiperglucemia y la insulinoresistencia, características de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), producen alteraciones plaquetarias y endoteliales incrementando el riesgo de eventos tromboticos<sup>1</sup>. En pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica, la eficacia y beneficio de la terapia antiagregante está bien establecida. En la etapa aguda de los eventos cardiovasculares, la doble antiagregación con bajas dosis de ácido acetil salicílico (AAS) asociada a un inhibidor del receptor P2Y<sub>12</sub> es poco discutida. La evidencia actual busca responder la pregunta de cuánto tiempo debe mantenerse este doble esquema, principalmente en los pacientes con alto riesgo de sangrado. Se propone mantener la doble antiagregación al menos 1 año después de un evento agudo pudiendo acortarse este tiempo en pacientes con alto riesgo de sangrado y extenderse por un período más prolongado en aquellos de alto riesgo trombotico<sup>2</sup>. En este escenario, la dosis de 2,5 mg c/12 horas de rivaroxabán, un inhibidor del factor Xa, es una alternativa que puede considerarse.

En pacientes con DM2 en prevención primaria, es decir sin enfermedad cardiovascular establecida, la recomendación para indicar bajas dosis de AAS se ha modificado en las últimas guías de práctica clínica. Hasta hace poco tiempo su uso no estaba recomendado (grado de recomendación III nivel de evidencia A). La publicación del estudio ASCEND y de varios metaanálisis condujo a la revisión de dicha recomendación y actualmente se recomienda considerar su uso en un grupo de pacientes de alto riesgo cardiovascular de entre 40-70 años (grado de recomendación IIb, nivel de evidencia A)<sup>3</sup>. El uso de bajas dosis de AAS reduce el riesgo de eventos cardiovasculares, pero también se asocia a un incremento del riesgo de sangrados extracraneales, principalmente gastrointestinales, ante lo cual, además de evaluarse el riesgo cardiovascular, debe tenerse en cuenta el riesgo de sangrado. El uso de herramientas como el *score* de calcio coronario ayudaría a identificar mejor a los pacientes en los cuales la ecuación de riesgo-beneficio apoye su indicación<sup>4</sup>. Por otro lado, la evidencia actual no recomienda el inicio de bajas dosis de AAS en pacientes de edad avanzada (>70 años).

#### **Bibliografía**

1. Santilli, F, Simeone, P, Liani, R. The role of platelets in diabetes mellitus. In: Michelson, AD (ed.) Platelets. Amsterdam: Elsevier, 2019, pp. 469–503
2. Lawton J, Tamis-Holland J, et al. 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: Executive Summary. J Am Coll Cardiol 2022 Jan;79(2):197-215.
3. Masson W, Barbagelata L, Lavallo-Cobo A, Lobo M, Masson G, Nogueira JP, Vergès B. Low-doses aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in patients with diabetes: Meta-analysis stratified by baseline cardiovascular risk. Diabetes Metab Syndr 2022 Jan;16(1):102391.
4. Cainzos-Achirica M, Miedema MD, McEvoy JW, et al. Coronary artery calcium for personalized allocation of aspirin in primary prevention of cardiovascular disease in 2019: The MESA Study (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis). Circulation 2020 May 12;141(19):1541-1553.

Palabras clave: antiagregación plaquetaria; tratamiento.

## **6 VOICES IN 10 MINUTES: cardiovascular risk reduction in diabetes mellitus**

Coordinator: Dr. Judith Bendahan

### **4) Anti-platelet agregation: what did we learn from the evidence?**

Dr. Augusto Lavalle Cobo

Specialist in Cardiology, Coordinator of the Cardiology Service, Finochietto Sanatorium, Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

Hyperglycemia and insulin resistance, characteristics of patients with type 2 diabetes mellitus (T2D), produce platelet and endothelial alterations, increasing the risk of thrombotic events. The efficacy and benefit of antiplatelet therapy are well established in patients with atherosclerotic cardiovascular disease. There is little discussion about the combination of low doses of acetylsalicylic acid (ASA) and a P2Y12 receptor inhibitor in the acute setting of a cardiovascular event. Current evidence seeks to answer the question of how long to maintain this double regimen, mainly in patients with a high risk of bleeding. Maintaining dual antiplatelet therapy for at least one year is recommended after an acute event. This time could be shortened for patients with high bleeding risk and extended for a longer period in patients with a high thrombotic risk. In this scenario, rivaroxaban 2.5 mg b.i.d, can be considered. In patients with T2D in primary prevention, that is, without established cardiovascular disease, low dose of ASA recommendation has been modified in the latest clinical practice guidelines. The previous guidelines didn't recommend its use (recommendation grade III level of evidence A). The publication of the ASCEND study and several meta-analyses led to the revision of this recommendation. Considering its use in high cardiovascular risk patients between 40 and 70 years of age (grade of recommendation IIb, level of evidence A) is currently recommended. Low doses of ASA has been shown to reduce the risk of cardiovascular events but is also associated with an increased risk of extracranial bleeding, mainly gastrointestinal. This is why bleeding risk must also be taken into account. Coronary calcium score could help identify patients in whom the risk/benefit equation supports ASA indication. On the other hand, current evidence does not recommend the initiation of low-dose ASA in patients with advanced age (> 70 years).

Key words: anti-platelet agregation; treatment.