



7002-11. DIABETES MELLITUS Y ENFERMEDAD CORONARIA: MÉTODOS DE REVASCULARIZACIÓN EN FUNCIÓN DE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA

Ricardo Mori Junco, Pablo Salinas, Carlos Hernando Salazar Triviño, Hernán David Mejía Rentería, Nieves Gonzalo López, Luis Nombela Franco, Iván Javier Núñez Gil y Antonio Fernández Ortiz, del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes diabéticos tienen un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y obtienen menor beneficio de los tratamientos estándar de revascularización coronaria. Existe poca información sobre la estrategia de revascularización en la práctica clínica habitual. Nuestro objetivo fue describir las estrategias de revascularización según la presentación clínica como angina estable (AE) frente a síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCAEST) en pacientes diabéticos en un hospital de tercer nivel durante los últimos 15 años.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que valoró a 5.986 pacientes diabéticos que fueron sometidos a una primera coronariografía diagnóstica entre junio 2004 y junio 2018 en el Hospital Clínico San Carlos y se halló enfermedad coronaria (al menos 1 vaso con estenosis > 50%). Se incluyeron aquellos que se presentaron como AE o SCAEST. Se excluyeron los casos con revascularización previa y los pacientes con valvulopatía grave.

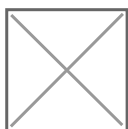
Resultados: Se incluyeron 716 casos de SCAEST y 1.360 de AE, como indicación de una primera coronariografía diagnóstica. En las características clínicas basales (tabla), se objetiva una edad media y género comparables, sin embargo, se observa una mayor prevalencia de insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus insulín dependiente y obesidad en el grupo de AE, así como una FEVI más baja en los pacientes con SCAEST. La anatomía coronaria resulta también comparable entre ambos grupos (tabla). Se revascularizó mediante intervencionismo coronario percutáneo (ICP) 496 (69,3%) pacientes diabéticos que presentaron SCAEST y 612 (45%) pacientes diabéticos que presentaron angina estable ($p = 0,001$); asimismo, recibieron CABG 70 (9,7%) pacientes con SCAEST y 234 (17,2%) pacientes con AE ($p = 0,001$). Finalmente, 150 (20,9%) pacientes con SCAEST recibieron tratamiento médico mientras que 514 (37,8%) pacientes con AE también lo recibieron ($p = 0,001$).

Características basales y anatomía coronaria, según la presentación clínica

Características basales	SCAEST	Angina estable	p
Edad (años)	69,3 ± 11,9	69,6 ± 10,8	0,11

Sexo femenino (%)	31,1	31,1	0,98
Obesidad (%)	28,2	32	0,01
DMID (%)	26,2	28,4	0,01
IRC (%)	15,1	17,6	0,01
FEVI (%)	52,2	64,3	0,01
Enf. TCI (%)	9,6	8,9	0,09
Enf. 3 vasos (%)	27,4	26,8	0,06
Vasos enfermos	1,6	1,4	0,06

DMID: diabetes mellitus insulino dependiente; IRC: insuficiencia renal crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; TCI: tronco coronario izquierdo.



Revascularización coronaria según la presentación clínica.

Conclusiones: La práctica clínica habitual demuestra que, a pesar de observar una anatomía coronaria similar entre pacientes diabéticos, la estrategia de revascularización se orienta según la presentación clínica. En el caso de SCASEST, la revascularización se da en su mayoría por ICP. En el caso de AE, aumenta la proporción de tratamiento médico y CABG.