



7010-5. SIGNIFICADO CLÍNICO Y PRONÓSTICO DE LA PRESENCIA DE LESIÓN DE ÓRGANO DIANA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO II E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Ana Laura Valcárcel Amante¹, Leticia Jaulent Huertas¹, Marta Vicente Gilabert², Luis Asensio Payà¹, Nuria Vicente Gilabert², Ángela Díaz Pastor¹, Germán Escudero García¹, Pedro Cano Vivar¹, José Galcerá Tomás² y Antonio Melgarejo Moreno¹, del ¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) y ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia).

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios previos han demostrado que los pacientes con diabetes tipo II (DM) e infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMECST) tienen más complicaciones y mortalidad a corto y largo plazo. Nos propusimos valorar en nuestra serie el impacto clínico y pronóstico de la presencia de lesión de órgano diana (LOD) en pacientes diabéticos tipo II con IAMCEST.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de 7.652 pacientes con IAM ingresados de forma consecutiva en 2 hospitales de la región de Murcia. Se consideró DM tipo II con LOD la presencia previa de al menos uno de los siguientes criterios: retinopatía, arteriopatía periférica, nefropatía, neuropatía diabética. Se realizaron modelos de regresión logística binaria y de Cox ajustados (mediana 7,2 años).

Resultados: 5.755 pacientes debutaron como IAMCEST, de los cuales 1.986 presentaron DM tipo II (34%), siendo 1.170 (58,9%) pacientes diabéticos sin LOD y 816 DM con LOD (41,1%). Los pacientes con DM con LOD se caracterizaron por una mayor edad (70,2 frente a 67,2 años, $p = 0,0006$), fueron con mayor frecuencia mujeres (36,4 frente a 29,7%, $p = 0,0002$), más hipertensos (68,3 frente a 59,1%, $p < 0,0001$), con menor frecuencia fumadores (24,4 frente a 32,3%, $p < 0,0001$) y presentaban cifras más elevadas de HbA1c (8,3 frente a 7,8, $p < 0,0001$). Al ingreso, los pacientes con DM con LOD presentaron mayor probabilidad de síntomas atípicos (20,5 frente a 12,7%, $p < 0,0001$), más insuficiencia cardíaca clase Killip $> I$ (40,8 frente a 26,4%, $p < 0,0001$) y Killip IV (8,0 frente a 3,3%, $p = 0,0001$). Los pacientes con DM con LOD presentaron menor elevación de CKMB (138 frente a 160 ng/dl, $p < 0,005$), peor función ventricular (43 frente a 48%, $p < 0,001$) y menores tasas de reperusión (70,2 frente a 74,4%, $p < 0,004$). Durante el ingreso los pacientes con DM con LOD presentaron en su evolución mayores tasas de clase Killip I (50,2 frente a 9,1%, $p < 0,0001$), Killip IV (50,2 frente a 35,1%, $p < 0,0001$), así como mayor mortalidad a las 24 horas (7,0 frente a 2,5%, $p < 0,0001$), mortalidad hospitalaria total (20,2 frente a 7,9%, $p < 0,0001$) y mayor tasa de muerte por shock cardiogénico (14,3 frente a 6,7%, $p < 0,0001$). Los pacientes con DM tipo II con LOD presentaron una mayor mortalidad a largo plazo.

Conclusiones: En nuestro estudio, la presencia de DM tipo II con LOD en pacientes con IAMCEST se asocia a un perfil clínico más desfavorable, más complicaciones durante el ingreso y mayor mortalidad a corto y largo plazo.