



Revista Española de Cardiología



6045-564. DIABETES Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LA VIDA REAL

Jairo Monedero Campo¹, J. A. Pérez-Rivera¹, Enrique Iglesias Julián², Rebeca Vara Arlanzón² y M. Sánchez-Flores¹ del ¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos y ²Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Burgos.

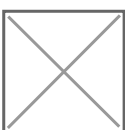
Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con diabetes mellitus (DM) presentan peor pronóstico en el seno del síndrome coronario agudo (SCA). Los actuales criterios diagnósticos para la DM son controvertidos en este campo.

Objetivos: Conocer las características clínicas, el manejo médico y el pronóstico a largo plazo de los pacientes diabéticos ingresados por SCA, y estudiar la eficacia de los criterios actuales de diagnóstico para DM en este contexto.

Métodos: Hemos realizado un estudio observacional prospectivo incluyendo pacientes ingresados por SCA durante un año. Se recogió el diagnóstico previo de DM (DPD) y otras características basales. Los pacientes fueron considerados como "nuevos diabéticos" (ND) de acuerdo con los actuales criterios de la American Diabetes Association: HbA1c $\geq$ 6,5% y/o glucosa en plasma en ayunas (GPA) $\geq$ 126 mg/dl. En el seguimiento se definió el evento combinado de: muerte, infarto de miocardio o ictus.

Resultados: Se incluyeron 208 pacientes, 63 (30,3%) de ellos con DPD. Otras características se muestran en la tabla. Se diagnosticaron 10 (4,8%) pacientes como ND, con una mejor precisión de la HbA1c que la GPA (área bajo la curva: 0,8 frente a 0,75). Al alta, el tratamiento antidiabético fue modificado solo en 5 (7,9%) pacientes con DPD y en los ND solo se inició tratamiento en 3 (30%). El seguimiento se realizó durante 518 ± 259 días. Hubo diferencias entre la HbA1c previa y en el seguimiento en el grupo de ND (7,12% frente a 6,0%, $p = 0,034$) pero no en pacientes con DPD (7,24% frente a 7,07%, $p = 0,13$). El evento combinado ocurrió en 30 (14,4%) pacientes y fue más frecuente en los diabéticos (50% frente a 27,9%, $p = 0,02$) (fig.). Los ND presentaron también más eventos aunque los resultados no fueron significativos (10% frente a 4,7%, $p = 0,25$). Otros factores de riesgo (FR) fueron la disfunción ventricular, número de vasos afectados, insuficiencia cardíaca, glucemia, creatinina y edad. La revascularización fue un factor protector. La glucemia fue el único FR independiente (HR: 3,78; $p = 0,05$; IC95% (1,01-1,02)).



Análisis de supervivencia.

Características de la muestra

	Muestra (n:208)	Grupo DM (n:63)	Grupo no DM (n: 145)	p	RR
Edad (años)	69,72 ± 13,16	74,25 ± 11,7	67,13 ± 13,16	0,001	
Varones	156 (75%)	46 (73%)	110 (75,9%)	NS	
Hipertensión	135 ± 64,9	53 (84,1%)	82 (56,7%)	0,001	4,07 (1,92- 8,63)
Dislipemia	99 ± 47,6	41 (65,1%)	58 (40%)	0,001	2,79 (1,51- 5,17)
Fumadores	112 ± 53,8	24 (39,3%)	88 (62,9%)	0,002	0,38 (0,21- 0,71)
Estatinas previamente	82 (39,4%)	36 (57,1%)	46 (31,7%)	0,001	2,87 (1,56- 5,28)
SCACEST	86 (41,3%)	17 (27%)	69 (47,9%)	0,005	0,40 (0,21- 0,77)
Killip>1	39 (18,8%)	17 (27%)	22 (15,2%)	0,045	2,07 (1,01- 4,23)
Revascularización percutánea	151 (72,6%)	38 (60,3%)	113 (77,9%)	0,009	0,43 (0,28- 0,82)
Número de arterias coronarias enfermas	1,48 ± 1,04	1,94 ± 1,02	1,51 ± 0,91	0,005	
Restenosis del <i>stent</i>	11 (5,3%)	4 (11,8%)	7 (8,1%)	NS	
Disfunción ventricular	42 (20,2%)	20 (31,7%)	42 (29%)	NS	
HbA1c al ingreso (%)	6,29 ± 1,15	7,24 ± 1,43	5,83 ± 0,59	0,001	
GPA (mg/dl)	106,77 ± 63,44	121,96 ± 37,39	100,91 ± 70,42	0,032	
Glucosa al ingreso (mg/dl)	153,16 ± 80,12	208,75 ± 112,47	129,11 (43,19)	0,001	

Creatinina (mg/dl)	1,05 ± 0,48	1,19 ± 0,73	0,98 ± 0,29	0,034	
Troponina ultrasensible máxima (ng/l)	2.161,78 ± 3.248,19	1.296,80 ± 2.463,68	2.524,71 ± 3.469,59	0,005	
Colesterol total (mg/dl)	159,84 ± 43,78	149,02 ± 43,40	164,30 ± 43,29	0,025	

Conclusiones: Los pacientes diabéticos con SCA son pacientes de alto riesgo, pero los cardiólogos no estamos lo suficientemente involucrados en el tratamiento antidiabético. El rendimiento diagnóstico de los test habituales para el diagnóstico de DM debe ser reevaluado en el contexto del SCA. La glucosa al ingreso es un potente FR a tener en cuenta.