Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3: 324

Revista Española de Cardiología

6016-6. ÍNDICE TOBILLO-BRAZO COMO FACTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES DIABÉTICOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO DE ALTO RIESGO

Antonio Gutiérrez Díez, Miguel Ángel Simón García, Víctor Manuel Hidalgo Olivares, Jesús María Jiménez Mazuecos, María Dolores Rodríguez Carcelén, Joaquina García-Casarrubio Jiménez, Teresa María Iglesias Mier y Otilia Gómez Martínez del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Resumen

Objetivos: Valorar la relación entre la presencia de un ITB (índice tobillo-brazo) patológico en los P (pacientes) diabéticos ingresados por SCA-AR (síndrome coronario agudo de alto riesgo) con la aparición de ECA (eventos clínicos adversos) durante el ingreso.

Métodos: Se valora el ITB en 134 P diabéticos ingresados por SCA-AR, con elevación del segmento ST (SCACEST) o sin él (SCASEST). Se excluyeron los que presentaron al ingreso complicación mecánica grave o shock severo. Se evalúa la relación de presencia de ITB patológico (ITBpat = relación tobillo/brazo < 0,9) o ITB normal (ITBnor = relación tobillo/brazo 0.9-1.3) con la aparición de ECA durante el ingreso: objetivo combinado de muerte o reinfarto o angina refractaria o necesidad de revascularización urgente o accidente cerebrovascular o aparición de shock cardiogénico. El ITB > 1,3 se interpretó como no analizable. Se consideró P diabético aquél ya diagnosticado previamente de diabetes mellitus o que presentó en alguna determinación glucemias en sangre > 200 mg/dl.

Resultados: El 71.6% de los P ingresó por SCASEST. El 56,7% presentó ITBnor, el 33,6% ITBpat y el resto fue no analizable. No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en edad, sexo, presencia de factores de riesgo cardiovascular, motivo de ingreso o tratamiento recibido. Los P con ITBpat presentaban un diagnóstico previo de arteriopatía periférica más frecuentemente que aquellos con ITBnor (31,8% vs 13,2%; p = 0,014). No hubo diferencias significativas en el número de días de ingreso. Se demostró la existencia de un mayor número de ECA en los P con ITBpat (17,8% vs 5,3%; p = 0,026). También se objetivó una mayor presencia de disfunción ventricular severa (FE < 0,35) en los P con ITB pat (13,3% vs 1,4%; p = 0,08). No se encontraron diferencias significativas en el objetivo combinado sin shock cardiogénico, aunque sí una tendencia no significativa a presentarse en el grupo ITBpat (11,1% vs 3,9%; p = 0,125).

Conclusiones: La existencia de ITBpat en los pacientes diabéticos ingresados por SCA-AR empeora el pronóstico durante el ingreso por favorecer la aparición de eventos clínicos adversos, probablemente por la presencia de una mayor incidencia de disfunción ventricular. Es necesario realizar estudios de seguimiento para determinar si la existencia de esta disfunción ventricular empeora el pronóstico a largo plazo en estos pacientes.