Rev Esp Cardiol. 2018;71(Supl 1): 535

Revista Española de Cardiología

4026-7. IMPACTO DE LA DIABETES EN LA SELECCIÓN DE LOS ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS Y EN EL PRONÓSTICO A MEDIO PLAZO TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Laura Núñez Martínez[1], Nuria Vicente Ibarra[1], Francisco Marín López[2], Vicente Pernias Escrig[1], Miriam Sandín Rollán[3], Luna Carrillo Alemán[3], Elena Candela Sánchez[3], Teresa Lozano[3], José Miguel Rivera-Caravaca[2] y Juan Miguel Ruiz Nodar[3], del [1]Hospital General Universitario de Elche, Eclche (Alicante), [2]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) y [3]Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con diabetes mellitus (DM) presentan un mayor riesgo aterotrombótico y tasas elevadas de eventos isquémicos recurrentes que los pacientes no diabéticos. Aunque los nuevos antiagregantes plaquetarios (NAG) han demostrado mejorar los resultados en el síndrome coronario agudo (SCA) en esta población, no existen datos actuales de su uso en España.

Métodos: Registro observacional, prospectivo y multicéntrico de pacientes consecutivos dados de alta tras un SCA. Se analizó la influencia de la diabetes en el tratamiento antiagregante pautado así como los eventos cardiovasculares mayores (ECAM: mortalidad cardiaca, IAM no mortal y accidente cerebrovascular) y mortalidad al año de seguimiento.

Resultados: De un total de 1.717 pacientes, 653 (38%) eran diabéticos. Los pacientes diabéticos tenían más edad y mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Curiosamente, los diabéticos recibieron menos NAG al ingreso (15,8 frente a 26,5%; p 0,001) y se les realizó la misma proporción de *switch* de clopidogrel a NAG que los pacientes no diabéticos (21,1 frente a 21,8%; p = 0,23), La prescripción de NAG al alta fue menor que la población no diabética (26,6 frente a 39,4%; p 0,001). Los pacientes diabéticos presentaban mayor enfermedad coronaria, definida como enfermedad de 3 vasos (37,5 frente a 20,7%; p 0,001) y mayor proporción de revascularización quirúrgica (11,6 frente a 7,5%; p 0,006) que los no diabéticos. Al año de seguimiento el riesgo de ECAM fue 1,7 veces mayor en los diabéticos que en los no diabéticos (HR 1,74; IC95%: 1,01-2,23) así como mayor riesgo de muerte (HR 1, 50; IC95%: 1,01-2,23). En el análisis multivariante fue la no revascularización coronaria, la insuficiencia renal y disminución de la fracción de eyección las variables predictoras de ECAM y muerte en los pacientes diabéticos, sin encontrar diferencias en la estrategia farmacológica utilizada (tabla).

Análisis multivariante de eventos cardiovasculares y mortalidad en la población diabética

	ECAM	Mortalidad

HR (IC95%) p	HR (IC95%) p	
Edad	0,99 (0,95-1,01) p = 0,645	1,02 (0,99-1,05) p = 0,263
Filtrado glomerular (mil/min)	0,98 (0,97-0,99) p = 0,016	0,98 (0,97-0,99) p = 0,007
Fracción de eyección (%)	0,95 (0,92-0,97) p 0,001	0,96 (0,94-0,98) p 0,001
Revascularización realizada	3,24 (1,53-6,83) p = 0,002	2,27 (1,19-4,37) p = 0,013
Clopidogrel al alta	1,3 (0,48-3,53) p = 0,598	1,25 (0,55-2,86) p = 0,594
NAG al alta	1,22 (0,34-4,71) p = 0,765	0,94 (0,28-3,23) p = 0,931
Bloqueadores beta	0,66 (0,29-1,51) p = 0,333	0,84 (0,41-1,74) p = 0,649
IECAs	0,84 (0,36-1,98) p = 0,691	0,88 (0,42-1,82) p = 0,722
Anticoagulación	0,71 (0,26-1,92) p = 0,500	0,82 (0,36-1,87) p = 0,641

Conclusiones: Tras un SCA, no existe un mayor uso de NAG en la vida real en la población diabética, a pesar de la mayor incidencia de muerte y eventos cardiovasculares al año. La no revascularización coronaria, la insuficiencia renal y disminución de la fracción de eyección son las variables predictoras de eventos en esta población.