



6. EFECTO DE LA ADMINISTRACIÓN PREVIA DE ASPIRINA Y LA PRESENCIA DE DIABETES SOBRE LA MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Alma Gómez Sanz, Anna Vidal Romero, María del Mar Rocamora Horrach, Juan René Delgado Cornejo, Nisha Lal-Trehan Estrada, Víctor del Moral Ronda, Raúl Sánchez Giménez, Miguel Ivorra Cámara, Javier Flores Benítez, Óscar Manuel Peiró Ibáñez, Anna Carrasquer Cucarella y Alfredo Bardají Ruiz

Cardiología. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS) y la diabetes mellitus (DM) son muy frecuentes en la población general. El objetivo es evaluar el impacto pronóstico a largo plazo de la toma previa de AAS y la DM en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes de pacientes consecutivos hospitalizados por SCA durante 2009-2012, estratificados según tomaran previamente AAS y/o tuvieran DM (grupo 1: no toma AAS y no DM; grupo 2: toma AAS o DM; grupo 3: toma AAS y DM) con seguimiento a 10 años.

Resultados: Se incluyeron 1.549 pacientes (mujeres 26,8%) distribuidos en grupo 1 (n = 716), grupo 2 (n = 549) y grupo 3 (n = 284) con una mediana de seguimiento de 9,8 años. Los pacientes del grupo 3 eran más añosos ($p_{50} = 72,6$ vs $70,6$ y $61,4$ años; $p < 0,001$) y con mayor carga de factores de riesgo cardiovascular: hipertensión ($89,1$ vs $77,7\%$ y $54,8\%$), dislipemia (75 vs $69,2\%$ y $39,5\%$), enfermedad arterial previa ($18,4$ vs $13,4\%$ y $4,8\%$) siendo todas las diferencias estadísticamente significativas, $p < 0,001$. Presentaban más antecedentes cardiovasculares: infarto de miocardio (IM) previo ($44,5$ vs $32,5\%$ y 6%) o insuficiencia cardíaca crónica ($9,2$ vs $4,7\%$ y $1,9\%$). Durante la hospitalización también objetivamos peor filtrado glomerular (65 vs 71 y 83 ml/min/1,73 m²; $p < 0,001$), mayor incidencia de disfunción ventricular moderada-grave ($31,9$ vs $23,1\%$ y $17,1\%$, $p < 0,001$) y enfermedad de 3 vasos ($36,5$ vs $26,5\%$ y $10,1\%$, $p < 0,001$). El diagnóstico al ingreso más frecuente fue IM sin elevación del ST $64,1$ vs $50,0\%$ y $42,9\%$, $p < 0,001$. La mortalidad hospitalaria fue del $3,6\%$, $5,1\%$ y $6,0\%$, respectivamente con $p = \text{NS}$, pero la mortalidad al seguimiento fue de $26,8\%$, $45,4\%$, $61,3\%$ ($p < 0,001$). Con el objetivo de analizar la capacidad predictiva sobre la mortalidad, se analizó la curva ROC para la escala GRACE que fue del $0,831$ (IC95% $0,811-0,851$) así como la derivada de la toma de AAS y DM añadiendo la edad como variable cuantitativa resultando de $0,843$ (IC95% $0,823-0,862$); sin diferencias estadísticamente significativas.



Análisis de mortalidad en los diferentes grupos de pacientes según si toma previa de AAS y/o enfermedad diabética.

Conclusiones: El tratamiento previo con AAS junto con la presencia de DM identifica pacientes de elevado riesgo cardiovascular con un pronóstico muy adverso a largo plazo. Si además tenemos en cuenta la edad de los pacientes, la capacidad predictiva de mortalidad es similar a la de la escala GRACE.