



<https://www.revclinesp.es>

## T-56. - DIABETES Y ETEV: ¿BENEFICIO DE CONTROL METABÓLICO, ESTATINAS O ANTIAGREGANTES?

M. Rico Briñas<sup>1</sup>, M. Trigueros Genao<sup>1</sup>, N. Medrano Casique<sup>2</sup>, L. Bailón Álvarez<sup>1</sup>, R. Marín Baselga<sup>1</sup>, A. Lorenzo Hernández<sup>1</sup>, M. Rodríguez Dávila<sup>1</sup>, M. Fernández Capitán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Farmacología Clínica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** En una cohorte de 1700 pacientes diagnosticados de ETEV en un hospital madrileño de tercer nivel asistencial se revisan los pacientes diabéticos y los valores de HbA1c y el tratamiento con estatinas y/o AP en el momento del diagnóstico del episodio trombótico. Definir la relación entre los valores de HbA1c, estatinas y AP al diagnóstico y la evolución del evento tromboembólico (ETE).

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional. Se identificaron los pacientes diabéticos de la base de datos (BD) de consultaespecializada de ETEV del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario la Paz. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos, evolutivos y terapéuticos (edad, sexo, HbA1c al diagnóstico, tipo de afectación inicial, uso de estatinas y/o AP, resolución del trombo a 1 año desde el diagnóstico). Se efectuó el análisis estadístico de los datos con el programa SPSS® para Mac® versión 20.0 (IBM® Corp. USA). Se clasificaron los niveles de HbA1c 6,5%, 6,5 a 8%, y > 8% y secundariamente definimos mal control (MC) como cifras superiores a 8% y control aceptable (CA) el resto de los resultados. Se efectuó el análisis por subgrupos TEP y TVP y la frecuencia de resolución del ETE.

**Resultados:** De los 1.700 pacientes en la cohorte se identificaron 126 diabéticos, siendo desconocido la presencia de diabetes en 340: tras exclusión de los casos con pérdida de datos, se incluyeron 79 para el análisis de HbA1c y de ellos 53 para evolución del ETE. La mediana de edad fue de 76,8 (37-96) años, 55,7% mujeres. La media de días de tratamiento anticoagulante ha sido de 242 días (289 en el grupo TEP y 169 en el grupo TVP). La media de seguimiento en consulta hasta el alta ha sido de 775 días (881 en el grupo TEP y 563 en el grupo TVP). La distribución según valores de HbA1c fue de 22,7% 6,5%; 48,1% entre 6,5 y 8%; y 29,2% > 8%. Encontramos diferencias no estadísticamente significativas en la distribución grupo TVP: 22,7% CA y 77,3% MC; grupo TEP: 19,2% CA y 80,8% MC. En cuanto a la resolución del ETE sucedió en el 69% (36) del total de casos (52), ETV crónica en el 25,0% (11) del grupo CA y del 66,7% (5) para el grupo MC, ( $p = 0,154$ ). Respecto a estatinas y antiagregantes (AP) se incluyeron 81 pacientes con data completa de tratamiento con dichos agentes y evolución del ET. La mediana de edad fue de 79,4 (37-97) años, 53,1% mujeres. Estatinas: 24,7%, antiagregantes: 12.3%. Por modo de presentación: TEP: 27,7%, 17% AP; TVP 20,6% estatinas y 5,9% AP. resolución de ETEV: 65.4%: TEP 29.4% estatinas, 20.6% antiagregantes; TVP 20.8% estatinas y 8,3% AP ( $p = 0,168$ ).

**Discusión:** Aunque la diabetes per sé no parece que influya en la evolución del evento trombótico hay datos d que la hiperglucemia pueda favorecer un mayor riesgo de ETEV por lo que nos planteamos que un mal control metabólico al diagnóstico de ETV podría también conducir a una peor evolución. Existe cierta

tendencia pero el reducido número de pacientes no nos permite demostrar una relación estadísticamente significativa. Por otra parte, el uso de antiagregantes y estatinas demuestran un papel protector sobre la disfunción endotelial arterial por lo que también queríamos valorar el posible efecto reductor de trombosis como tratamiento concomitante en la trombosis venosa pero no se ha podido valorar en este estudio. Probablemente el uso de estos fármacos pueda tener mayor repercusión a la hora de valorar recurrencias de la enfermedad y otros eventos relacionados.

*Conclusiones:* (1) Pese a un relativo buen control metabólico, existe una importante oportunidad de mejora en un tercio de los pacientes. (2) El MCD no parece ser un factor predisponente para una inadecuada resolución del evento trombótico aunque no se ha valorado el efecto en cuanto a recurrencias d la enfermedad. (3) La resolución del evento trombótico parece no estar relacionada con el consumo de estatinas y/o antiagregantes.