



Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

RV-9. - FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y MANEJO FARMACOLÓGICO PREVIO EN UNA POBLACIÓN QUE SUFRE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y ES SOMETIDA A INTERVENCIONISMO PERCUTÁNEO CORONARIO. DIFERENCIAS SEGÚN ESTÉN O NO DIAGNOSTICADOS DE DIABETES

C. Palomar, I. Tinoco, E. López, P. Pérez, R. Toro, M. Sobrino, A. Mangas

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Objetivos: Comparar las características principales entre las poblaciones diabéticas o no que sufren un síndrome coronario agudo (SCA). Valorar si los factores de riesgo son similares, así como si existen diferencias significativas en los tratamientos que venían realizando para la hipertensión arterial, dislipemia y cardiopatía.

Métodos: Se analiza una población de 204 pacientes de un área sanitaria de la provincia de Cádiz, sometidos a un proceso de intervencionismo percutáneo coronario por un SCA. En este trabajo analizamos los factores de riesgo y los tratamientos que tenían prescritos previos al evento, diferenciando si son o no diabéticos.

Resultados: Del total de 204 pacientes 64% son varones 114 (56%) diabéticos. La media de edad (64,1 vs 60,9) y el IMC (33,2 vs 27,5) son significativamente más altos en los diabéticos (p 0,001). El mayor porcentaje de dislipémicos (91 vs 73%) y el de hipertensos (94 vs 74%) también son estadísticamente relevantes en los diabéticos (p 0,001). En el grupo de no diabéticos, la incidencia de tabaquismo (74 vs 42%) y de antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz (20 vs 0%), son significativamente más elevadas (p 0,001). Estaban diagnosticados de cardiopatía isquémica un número similar (68 vs 63%). En cuanto a los fármacos utilizados previamente, no existen diferencias relevantes en el uso previo de antiagregantes entre los diabéticos o no, bien sea AAS (93 vs 91%), clopidrogel (79 vs 83%) o doble antiagregación (79 vs 82%). Tampoco difieren los porcentajes de betabloqueantes (78 vs 72%), nitratos (30 vs 32%), diuréticos (56 vs 43%) ni antagonistas del calcio (24 vs 30%). Casi todos los pacientes (91 vs 96%), estaban tratados con alguna estatina. El uso de fibratos (4 vs 6%) y ezetimibe (14 vs 15%), también es parecido. Si destaca un uso significativo de los IECAS (53 vs 69%) en los no diabéticos (p 0,05) y claramente a favor de los ARA II en los diabéticos (43 vs 18%) (p 0,001). También existe una tendencia significativa a favor de los no diabéticos en el uso de ranolazina (4 vs 11%) e ivrabadina (4 vs 11%), con una p > 0,05.

Discusión: Un porcentaje muy elevado de nuestros pacientes con cardiopatía isquémica que requieren intervención percutánea son diabéticos. Estos son de más edad y presenta significativamente un mayor índice de masa corporal. Como era esperado, en el grupo de los diabéticos hay más hipertensos y dislipémicos, malas compañías que los suelen acompañar. En los no diabéticos, se erigen con mayor preponderancia el tabaquismo y los antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. El manejo farmacológico previo en ambos grupos lo podríamos considerar similar. Destaca un uso más frecuente de los IECAs en los no

diabéticos y una claro predominio del uso de ARA II en los diabéticos, probablemente en relación al tener unos objetivos de control tensional más difíciles de obtener. Casi todos nuestros paciente recibían al menos estatinas para la dislipemia, sin embargo, sobre todo en los diabéticos que suelen presentar un patrón aterógeno peculiar, es destacable el escaso uso de los fibratos (3%). Parece que en el grupo de los pacientes no diabéticos, se han introducido con mayor relevancia nuevos fármacos antianginosos como la ranolazina e ivrabadina.

Conclusiones: La diabetes es muy frecuente en nuestros pacientes con cardiopatía isquémica sometidos a intervención percutánea. Los diabéticos son mayores, más obesos y tienen mayor frecuencia de hipertensión y dislipemia. Significativamente en menor número, son fumadores y presentan antecedentes familiares de cardiopatía. Existe un predominio de la prescripción de ARA II en los diabéticos y una mayor tendencia al uso de los nuevos antianginosos y los IECAs en los pacientes que no son diabéticos. Nos parece llamativo el escaso uso de fibratos, sobre todo en paciente con diabetes.