

REC: CardioClinics

<https://www.reccardioclinics.org>

41 - IMPORTANCIA CLÍNICA E IMPACTO PRONÓSTICO DE LA PRESENCIA DE DIABETES TIPO 2 EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

A.L. Valcárcel Amante¹, L. Jaulent Huertas¹, L. Asensio Payá¹, M. Vicente Gilabert², C. Melgarejo López², A. Díaz Pastor¹, G. Escudero García¹, L. Consuegra Sánchez¹, J. Galcerá Tomás² y A. Melgarejo Moreno²

¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena. ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios previos han demostrado que los pacientes con diabetes tipo II (DM) e infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) tienen más complicaciones y mortalidad a corto y largo plazo. Nos propusimos valorar en nuestra serie el impacto clínico y pronóstico de la presencia de DM tipo II de larga data en pacientes con IAMCEST.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de 7.652 pacientes con IAM ingresados de forma consecutiva en dos hospitales de la región de Murcia. Se consideró DM tipo II de larga data a partir de los cinco años desde el diagnóstico. Se realizaron modelos de regresión logística binaria y de Cox ajustados (mediana 7,2 años).

Resultados: 5.755 pacientes debutaron como IAMCEST, de los cuales 1.986 presentaron DM tipo II (34%), siendo 668 (33,6%) pacientes diabéticos de reciente diagnóstico y 1.318 DM de larga data (66,4%). Los pacientes con DM tipo II de larga data se caracterizaron por una mayor edad (70,1 frente a 65,1 años, $p < 0,001$), fueron con mayor frecuencia mujeres (36,8 frente a 23,8%, $p < 0,0001$) e hipertensos (14,9 frente a 7,6%, $p < 0,001$), con menor frecuencia fumadores (22,9 frente a 41,2%, $p < 0,0001$) y presentaban con más frecuencia cardiopatía isquémica previa (56,2 frente a 45,5%, $p < 0,0001$) y arteriopatía periférica (14,9 frente a 7,6%, $p < 0,0001$). Al ingreso, los pacientes con DM tipo II de larga data presentaron mayor probabilidad de síntomas atípicos (18,7 frente a 10,5%, $p < 0,0001$), más insuficiencia cardiaca clase Killip $> I$ (37,2 frente a 22,8%, $p < 0,0001$) y Killip IV (5,5 frente a 4,6%, $p = 0,0001$). Los pacientes con DM tipo II de larga data presentaron menor elevación de CKMB (139 frente a 173 ng/dl, $p < 0,001$), peor función ventricular (44 frente a 48%, $p < 0,001$) y menores tasas de reperfusión (82,4 frente a 87,9%, $p < 0,0001$). Durante el ingreso los pacientes con DM tipo II de larga data presentaron en su evolución mayores tasas de clase Killip I (45,1 frente a 27,5%, $p < 0,0001$), Killip IV (15,5 frente a 8,1%, $p < 0,0001$), así como mayor mortalidad a las 24 horas (7,0 frente a 2,5%, $p < 0,0001$), mortalidad hospitalaria total (20,2 frente a 7,9%, $p < 0,0001$) y mayor tasa de fallecimientos por *shock* cardiogénico (12,5 frente a 4,5%, $p < 0,0001$). Los pacientes con DM tipo II de larga data presentaron una mayor mortalidad a largo plazo.

Conclusiones: En nuestro estudio, la presencia de DM tipo II de larga data en pacientes con IAMCEST se asocia a un perfil clínico más desfavorable, más complicaciones durante el ingreso y

mayor mortalidad a corto y largo plazo.