

Adecuación de la prescripción de antiagregantes plaquetarios a pacientes diabéticos tipo 2 según los criterios de la ADA 2003

Objetivo. Determinar el porcentaje de diabéticos tipo 2 tratados en nuestro centro que deberían recibir antiagregantes plaquetarios (AP) como prevención primaria o secundaria según las recomendaciones del año 2003 (tabla 1) de la American Diabetes Association (ADA)¹ y los que efectivamente lo reciben.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal, basado en información registrada en las historias clínicas.

Emplazamiento. Centro de atención primaria urbano de Cornellà de Llobregat, Barcelona, España.

Participantes. Muestra aleatoria de 413 personas elegidas entre los 975 pacientes diabéticos tipo 2 mayores de 30 años, visitados en este centro entre el 1 de octubre de 2002 y el 30 de septiembre de 2003.

Mediciones principales. Edad, sexo, antecedentes de enfermedad cardiovascular (CV), factores de riesgo CV según los criterios de la ADA 2003 y tratamiento con AP.

Resultados. Del total de 413 pacientes estudiados, el 47,5% era varón, cuya media de edad era 64,82 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 63,3-66,3%) y el 52,5% era mujer, con 67,22 años de media (IC del 95%, 65,8-68,6%). Un total de 384, es decir, el 93% (IC del 95%, 90,5-95,4%) tenía algún factor de riesgo CV (120 tenían solo 1; 145, 2; 91, 3; y 28, más de 3). Al analizar cada factor de riesgo por separado, la hipertensión arterial era el más frecuente y estaba presente en el 70,7% (IC del 95%, 66,3-75%) de los diabéticos.

Del total de 413 pacientes, 86 (20,8%; IC del 95%, 16,9-24,7%) tenían enfermedad CV y

Tabla 1. Recomendaciones para personas diabéticas de la ADA (2003)

1. Controlar los demás factores de riesgo cardiovascular (CV) si los hay
2. Prescribir tratamiento antiagregante plaquetario: ácido acetilsalicílico (AAS) en dosis de 80-325 mg/día, sin diferencias según el sexo:
 - Como prevención primaria si no padece enfermedad CV pero sí tiene otro factor de riesgo CV (antecedentes de enfermedad coronaria en familiares de primer grado, tabaquismo, hipertensión arterial, índice de masa corporal superior a 27,3 en mujeres o a 27,8 en varones, proteinuria [micro o macro] o dislipidemia), si es mayor de 30 años y sin contraindicaciones para el uso de AAS
 - Como prevención secundaria si padece enfermedad CV de grandes vasos (enfermedad coronaria o angina, con procedimientos de revascularización, enfermedad arterial periférica o claudicación, accidentes vasculares cerebrales o isquémicos transitorios) y sin contraindicaciones al AAS
 - Contraindicaciones para el uso de AAS: alergia al AAS, tendencia al sangrado, terapia anticoagulante, sangrado gastrointestinal reciente, enfermedad hepática activa, menores de 21 años por riesgo de síndrome de Reye

Tomada de: American Diabetes Association¹.

sin contraindicaciones clínicas para recibir AP como prevención secundaria, de los cuales la recibían 77 (89,53%; IC del 95%, 83,1-96%). Identificamos también a 292 (70,7%; IC del 95%, 68,5-72,9%) pacientes con factores de riesgo CV añadidos a la diabetes y sin enfermedad CV ni contraindicaciones para recibir el tratamiento AP como prevención primaria, según los criterios de la ADA 2003, de los cuales solo 61 pacientes (20,9%; IC del 95%, 18,5-23,3%) lo recibían.

Discusión y conclusiones. A pesar de las recomendaciones de la ADA 2003 acerca de tratar con AP a los pacientes diabéticos, aún muchos pacientes susceptibles de tratamiento no lo reciben. Nuestros resultados son comparables con los de otros estudios²⁻⁶ y son especialmente buenos en prevención secundaria; pero debemos aumentar la prescripción de ácido acetilsalicílico a diabéticos, especialmente en prevención primaria, para lo que es necesario hacer una mayor difusión de las recomendaciones tanto a los médicos de atención primaria como a los pacientes.

Sandra Raméntol Teys, Vicenta Pujol Blaya, Mónica León de la Fuente y María León-Sanromà

EAP La Gavarra. Institut Català de la Salut. SAP Baix Llobregat Centre. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Costa de Ponent. Cornellà de Llobregat. Barcelona. España.

2. Esmatges E, Castell C, Franch J, Puigoriol E, Hernaez R. Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus. Med Clin (Barc). 2004;122:96-8.
3. López J, Escudero S, González AM, Mencia A, García LE, Morán B. Empleo de antiagregantes en la prevención primaria y secundaria cardiovascular del diabético en el medio urbano y rural del área de León. Aten Primaria. 2002;31:361-5.
4. Persell SD, Baker DW. Aspirine use among adults with diabetes: recent trends and emerging sex disparities. Arch Intern Med. 2004;164:2492-9.
5. Haggerty SA, Cerulli J, Zeolla MM, Cottrell JS, Weck MB, Faragon JJ. Community pharmacy Target Intervention Program to improve aspirin use in persons with diabetes. J Am Pharm Assoc. 2005;45:17-22.
6. Short D, Frischer M, Bashford J, Ashcroft D. Why are eligible patients not prescribed aspirin in primary care? A qualitative study indicating measures for improvement. BMC Family Practice. 2003;4:9.

Este estudio ha sido presentado como poster al 18.º Congrés de la SCMFIC del 2004.
Ref. 8576-156.253

Palabras clave: Diabetes. Aspirina. Antiagregantes plaquetarios. Prevención cardiovascular.

1. American Diabetes Association. Aspirin therapy in Diabetes (Position Statement). Diabetes Care. 2003;26 Suppl 1:S87-8.