



## RV-011 - ¿ES ÓPTIMO EL CONTROL DE NUESTROS DIABÉTICOS? PREOCUPANTES RESULTADOS EN UNA SERIE DE CASOS TRAS UN EVENTO CORONARIO

V. Naranjo-Velasco<sup>1</sup>, A. del Río-Lechuga<sup>3</sup>, M. Pérez-Ruiz<sup>2</sup>, M. Santos<sup>1</sup>, J. Rosal-Obrador<sup>1</sup>, C. García-Figuera<sup>1</sup> y M. Cayón-Blanco<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos, <sup>4</sup>Endocrinología. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz). <sup>3</sup>Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

### Resumen

**Objetivos:** La diabetes mellítus está considerado uno de los principales factores de riesgo cardiovasculares (FRCV). El objetivo de nuestro estudio es analizar el modo de presentación de la misma según edad y sexo, su gravedad, la terapia indicada y la coexistencia con otros factores de riesgo cardiovasculares. Todo ello, en un grupo de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo en la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro Hospital en los últimos dos meses.

**Material y métodos:** Desarrollamos un estudio descriptivo-transversal, cuya población a estudio han sido todos los pacientes con SCA ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos durante un periodo de 60 días. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, % HbA1C, FG, alb/creatinina, uso de determinados fármacos hipoglucemiantes y coexistencia de otros FRCV. El análisis ha sido realizado mediante el programa estadístico SPSS v24.00 con la aplicación de los coeficientes de Pearson y Spearman.

**Resultados:** N = 41. Hombres: 68%. Edad: 64 ± (41,93). DM2 46,3% aunque el 20% lo desconocían. HbA1C medio 6,4 ± 1,41% (4,8-10,5). Del total HbA1C < 5,5% = 22%; HbA1C 5,5-6,4% = 31,7%; HbA1C ≥ 6,5% = 36,6%. Sólo el 63,15% de los DM2 tomaban metformina siendo la mayor parte de ellos personas entre 65-85 años (r = 0,0447; p = 0,003). A pesar de ello, se observaba que las personas más añosas presentaban una concentración media de HbA1C superior a la población joven (r = 0,223; p = 0,101). Ningún caso con SGLT2. Cifras óptimas de LDL colesterol (< 70 mg/dl): 40%. FG: 77,17 ml/min. Alb/creatinina/promedio); 21,375 mg/g. Respecto a la coexistencia con otros FRCV: fumadores 30%; exfumadores 15%; sobrepeso (IMC: 27,3): 100%. HTA 70%. Dislipemia 95%. IAM previo: 20%.

**Discusión:** Casi el 50% eran diabéticos, de ellos la mitad lo desconocían. Podríamos elaborar diferentes cuestiones, por ejemplo ¿qué tipo de prevención primaria estamos haciendo? ¿Esta falta de despistaje y retraso diagnóstico es por una mala praxis médica o por falta de concienciación ciudadana? Por otro lado, 20% con IAM previo, 0% con SGLT2 a pesar de su papel modulador sobre el riesgo cardiovascular ¿por qué? Otro dato, no menos sorprendente es que sólo 2/3 hacían uso de un fármaco de primera elección como es la metformina; siendo las personas de edad avanzada las que más consumían dicho fármaco, a pesar de lo cual su media de HbA1C era superior a la población joven y; aunque no se puedan sacar conclusiones del estudio, esto pudiera justificarse por el sensato

manejo que solemos hacer de esta patología “mano de hierro al principio, guante de seda al final”. Si continuamos discutiendo la terapia, cabe resaltar que el 95% eran dislipémicos y sólo el 40% presentaban cifras de LDL < 70 mg/dl. ¿Estamos dándole a la arterioesclerosis la importancia que tienen? ¿Por qué no luchamos por alcanzar las cifras objetivos que recomiendan las Guías de Práctica Clínica? Una vez más, el síndrome metabólico altamente presente, todo diabético presentaba sobrepeso, 95% dislipemia 70% hipertensión y 45% hábito tabáquico en algún momento de su vida. A pesar de todo ello, no observamos un mal control glucémico en nuestros pacientes, ni disfunción renal importante.

*Conclusiones:* Nuestro estudio refleja que existe un importante retraso diagnóstico, grandes posibilidades de mejoras terapéuticas y una enorme falta de concienciación en la población. Por todo ello, el médico debe concienciar, evitar “llegar tarde y pegar flojo” y establecer objetivos terapéuticos individualizados en cada paciente (como si de un traje a medida se tratara).