



## RV-050 - EVOLUCIÓN DEL GRADO DE CONTROL DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN POBLACIÓN DIABÉTICA ENTRE LOS AÑOS 2012 Y 2016

C. Alemany<sup>1</sup>, P. Ballester<sup>1</sup>, N. Añó<sup>1</sup>, A. Carpetano<sup>1</sup>, I. Jara<sup>1</sup>, C. Peña<sup>2</sup>, C. Soler<sup>2</sup> y V. Giner<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Atención primaria; <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy (Alicante).

### Resumen

**Objetivos:** Nadie duda de que la población diabética tiene un riesgo cardiometabólico (RCM) incrementado respecto de la no diabética. En los últimos cinco años se ha vivido una eclosión de evidencia sobre el impacto beneficioso de nuevos fármacos antidiabéticos sobre el RCM en parte explicable por sus beneficios extraglicémicos. El presente estudio quiere mostrar la evolución de las tasas de control de los principales FRCM en el tiempo.

**Material y métodos:** Recopilación de datos descriptivos sobre valores y grado de control de los principales FRCM entre dos cohortes de diabéticos de Atención Primaria. La cohorte 1 (Coh1) (año 2012) reclutó 266 pacientes de los Departamentos de Alcoy y Elda con  $68 \pm 9$  años, 55,8% varones. La cohorte 2 (Coh2) (año 2016) ha reclutado 118 diabéticos del Departamento de Alcoy con  $70 \pm 11$  años. La duración media de la DM fue de  $10,6 \pm 8,2$  y  $7,5 \pm 4,3$  años para Coh1 y 2 respectivamente.

**Resultados:** Los valores de las principales variables de RCM y el grado de control para las mismas han sido las expresadas en la tabla 1. Cuando consideramos el número de FRCM controlados de forma simultánea para cada paciente, vemos las prevalencias en la tabla 2.

Tabla 1

	Coh1 (2012) (n 266)	Coh2 (2016) (n 118)
A1c (%)	$7,3 \pm 1,3$	$6,8 \pm 1,4$
A1c 7%	51,8	71,2
PAS (mmHg)	$138,5 \pm 17,4$	$139,5 \pm 17,1$
PAD (mmHg)	$77,6 \pm 9,4$	$78,5 \pm 11,4$
PA controlada (%)*	62,8	40,7
LDL (mg/dl)	$96,8 \pm 29,0$	$86,8 \pm 31,9$
LDL controlado (%)**	59,5	70,3
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	$31,8 \pm 20,7$	$29,1 \pm 4,7$
Obesidad (%)***	47,3	37,3

\*PAS  $\leq 140$  y/o PAD  $\leq 90$  mmHg. \*\*LDL  $\leq 100$  mg/dl. \*\*\*IMC  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup>.

Tabla 2

	Coh1 (2012) (n 266)	Coh2 (2016) (n 118)
0 FRCM controlados	5,6	5,1
1 FRCM controlados	23,4	20,3
2 FRCM controlados	30,3	30,0
3 FRCM controlados	26,8	31,3
4 FRCM controlados	12,2	10,2

*Discusión:* En este estudio se aprecian tendencias globales a la mejora en el grado de control tanto de la diabetes (A1c) como de la dislipemia (LDL), y la obesidad (IMC). Sin embargo, destaca un deterioro en el grado de control tensional a costa fundamentalmente del componente diastólico. Además, el número global de FRCM controlados permanece estable, y aunque mejorable, por encima de lo habitualmente reportado en la literatura. Por último, el significativo descenso en la tasa de obesidad y la marcada mejora del control glucémico y lipídico hace pensar en el posible beneficio derivado del empleo de antidiabéticos modernos y sus efectos extragluccémicos.

*Conclusiones:* 1. Ha de potenciarse el uso de nuevos antidiabéticos puesto que se evidencia que sus efectos extragluccémicos permiten disminuir otros factores de riesgo cardiovascular. 2. Se ven tendencias globales a la mejora en el grado de control tanto de la diabetes (A1c) como de la dislipemia (LDL), y la obesidad (IMC). 3. Es conveniente reforzar el control de las cifras tensionales dado su gran trascendencia como FRCV y el empeoramiento sufrido en los últimos años.