



18 - DIABETES TIPO 1 E ISQUEMIA MIOCÁRDICA SILENTE: ¿QUÉ APORTAN LAS MÉTRICAS CIEGAS DE UN SENSOR CONTINUO DE GLUCOSA?

A. Cano¹, L. Albert¹, I. Mazarico¹, A. Romero¹, O. Giménez-Palop¹, A.A. Rodríguez-Revuelto², J. Puntí³, G. Llauroadó^{4,5}, J. Vendrell^{5,6} y J.M. González-Clemente^{1,5}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell. ²Servicio de Medicina Nuclear, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell. ³Servicio de Cardiología, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital del Mar, Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, Universitat Autònoma de Barcelona. ⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ⁶Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Joan XXIII, Institut d'Investigacions Sanitàries Pere Virgili, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Resumen

Introducción: Tras describir previamente que la isquemia miocárdica silente (IMS) se asocia a mayor grado de resistencia a la insulina (RI) en adultos con diabetes tipo 1 (DT1) sin enfermedad cardiovascular (ECV) previa, y considerando que la ateromatosis carotídea parece asociarse a mayor tiempo en hipoglucemias cuantificado con monitorización continua de glucosa (MCG), el objetivo del estudio fue determinar si las métricas ciegas (especialmente los tiempos en hipoglucemias) obtenidas con MCG se asociaban a la presencia de IMS en esta población.

Métodos: En adultos con DT1, de más de 10 años de evolución y sin ECV previa, se evaluaron: a) características clínicas; b) RI estimada mediante la tasa de disposición de glucosa (eTDG); c) parámetros glucométricos obtenidos con MCG ciega de glucosa (DEXCOM G4, 7 días); y d) IMS mediante pruebas isotópicas de perfusión miocárdica de esfuerzo.

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes con DT1 (edad: 49 [42-58] a; 46,7% mujeres; duración de la diabetes: 23 [16-33] a; HbA_{1c} 7,8 [1,1]%). Dieciséis presentaban IMS y respecto a las que no la tenían, no encontramos diferencias en ninguno de los parámetros glucométricos (índicador de gestión de glucosa: 7,2 [0,5] vs. 7,4 [0,8], p = 0,332; coeficiente de variación: 42,0 [0,1] vs. 41,3 [0,1], p = 0,714; tiempo en rango 70-180 mg/dL: 55,6 [13,6] vs. 49,8 [15,5], p = 0,181; tiempo por encima de rango (TAR) 181-250 mg/dL: 22,6 [6,4] vs. 23,2 [8,2], p = 0,803; TAR > 250 mg/dL: 13,8 [7,6] vs. 18,5 [13,9], p = 0,698; tiempo por debajo de rango (TBR) 54-69 mg/dL: 4,1 [3,5] vs. 4,4 [3,1], p = 0,628; TBR 54 mg/dL: 4,0 [4,8] vs. 4,2 [3,9], p = 0,547). Tras ajustar por potenciales variables de confusión, solo la eTDG (OR 0,69 [IC95% 0,51-0,93]; p = 0,017) y la tasa de filtrado glomerular estimada (OR 0,92 [IC95% 0,87-0,98]; p = 0,010) se asociaron de forma independiente a la IMS.

Conclusiones: En adultos con DT1 de más de 10 años de evolución y sin ECV previa, no hemos encontrado que la presencia de IMS se asocie a diferencias en las métricas ciegas obtenidas con MCG. Estos resultados precisan de ser confirmados en otros estudios con la misma tipología de personas con DT1 y mayor número de participantes.

Financiación: FIS PI15/00567 y PI22/01552 (cofinanciados por ISCIII-MIMECO y FEDER).