



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



P-014 - LA ECOGRAFÍA CAROTÍDEA COMO HERRAMIENTA PARA OPTIMIZAR EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN CON DIABETES TIPO 1

L. Boswell^a, E. Ortega^b, J. Blanco^a, M. Giménez^a, E. Esmatjes^a, I. Conger^a y A.J. Amor^b

^aHospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ^bHospital Clínic de Barcelona. CIBEROBN, Barcelona.

Resumen

Objetivos: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de morbilidad y mortalidad en la diabetes tipo 1 (DT1). No obstante, el uso de fármacos cardioprotectores es escaso en la práctica clínica. Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad de la ecografía carotídea en la mejoría del control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en esta población.

Material y métodos: Se seleccionaron consecutivamente pacientes con DT1 sin ECV y con criterio para recibir tratamiento con estatinas según las guías: > 40 años, nefropatía y/o > 10 años de evolución con > 1 FRCV adicional. Se aplicó un protocolo estandarizado de ecografía vascular y de estudio del riesgo cardiovascular (RCV). Finalmente, analizamos el cambio en los FRCV (especialmente el uso de estatinas y niveles de cLDL) al año de la intervención.

Resultados: Se incluyeron 143 pacientes (54% mujeres, edad $48,5 \pm 9,7$ años, evolución de diabetes $26,1 \pm 8,7$ años), con HbA1c de $7,8 \pm 1\%$. La prevalencia de tabaquismo e hipertensión fue del 28% y 26%, y de retinopatía y nefropatía diabética del 35% y 8%, respectivamente. El 40% presentaba placas (grosor de íntima-media > 1,5 mm). El cLDL inicial era 114 ± 23 mg/dl (con 28% y 0,7% de los pacientes con cLDL 100 y 70 mg/dl, respectivamente), siendo tratados con estatinas un 45,5%. Al año, la prescripción de estatinas fue del 61%, con un cLDL de 103 ± 27 mg/dl y un porcentaje de cLDL 100 y 70 mg/dl del 48% y 10%, respectivamente ($p < 0,01$). En la tabla 1 se reflejan los cambios en los FRCV. En los pacientes con placa carotídea se observaron los cambios más pronunciados (83% con estatinas, cLDL 94 ± 28 mg/dl, 65% con cLDL 100 mg/dl; $p < 0,0001$).

	Basal	1 año	p
Tabaquismo	40 (28)	28 (19,6)	0,008
Ecografía normal	9 (19,6)	7 (15,2)	NS
GIMcc > p75 (sin placa)	12 (30)	7 (17,5)	0,06

Placa	15 (26)	14 (24)	NS
Estatinas	65 (45,5)	87 (60,8)	0,001
No placa	37 (43)	40 (49)	NS
Placa	28 (49)	47 (87)	0,001
c-LDL (mg/dl)	114 \pm 23	103 \pm 27	0,008
No placa	113 \pm 23	110 \pm 25	NS
Placa	116 \pm 22	94 \pm 28	0,001
c-LDL 100 mg/dl	40 (28)	69 (48,3)	0,001
No placa	28 (32,6)	32 (37,2)	NS
Placa	12 (21,1)	37 (64,9)	0,001
HbA1c media último año (%)	7,8 \pm 1,0	7,6 \pm 0,9	0,001
PAS (mmHg) (todos)	127 \pm 16	131 \pm 14	0,016
PAS (mmHg) (placa)	130 \pm 20	132 \pm 12	NS
Peso (kg)	74 \pm 13,7	74,5 \pm 14	NS

Media \pm desviación estándar o n (porcentaje). GIMcc: grosor de la íntima-media de carótida común; PAS: presión arterial sistólica.

Conclusiones: En pacientes de alto riesgo con DT1, el uso de la ecografía carotídea se asocia a una mejoría en algunos factores de RCV, especialmente en la prescripción de estatinas. A la espera de más estudios, la ecografía carotídea podría ser una herramienta útil para individualizar y optimizar el control de los FRCV en esta población.