



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



P-208 - PACIENTE CON ALTO RIESGO O EVENTO CARDIOVASCULAR ¿CÓMO TRATAMOS A LOS PACIENTES CON DIABETES?

J. Barrot de la Puente^a, J. Banegas García^a, Á. Cervera Sánchez^a, M. Ramon Granés^a, L. Taberner Pinsach^a, N. Fluvià Fajula^a y C. López Arpi^b

^aCAP Jordi Nadal, Salt. ^bCAP Sarrià de Ter, Sarrià de Ter.

Resumen

Introducción: La terapia hipolipemiante es fundamental para la prevención de la enfermedad CV (ECV), tanto en la prevención primaria (solo factores de riesgo CV (FRCV)) como la secundaria (PS). A día de hoy, no existe un modelo único de recomendaciones de estatinas en prevención primaria (PP). Los Standards of Medical Care in Diabetes del 2022 recomiendan a los pacientes con DM entre 40-75 años sin ECVa previa utilizar estatinas de moderada intensidad (A). Si existe ECVa previa los objetivos de la lipoproteína de baja densidad-colesterol (LDL-c) son más estrictos (55-70 mg/dl) y debemos combinar tratamientos. Se mantiene la aspirina en PS en pacientes con DM y ECVa previa.

Objetivos: Describir y analizar las características clínicas y farmacológicas de los pacientes con DM2, a partir de los datos de noviembre de 2021 en la región sanitaria SAP SUD de Girona. Información clínica de la base de datos SIDIAP del ICS.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal basado en el registro de Atención Primaria (eCAP). Comparación de medias y proporciones. Las ECV corresponden: cardiopatía isquémica (CI) y/o AVC. Datos estratificados según género, edad, hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}), LDL-c, HDL-c, triglicéridos, tasa de filtración glomerular (TFGe), HTA, fibrilación auricular (FA). Tratamiento hipolipemiante (estatinas, fibrato, ezetimiba, colestiramina, omegas) e hipoglucemiantes.

Resultados: 15.104 pacientes con DM2, un 16,3% en PS. Edad media de 68 años (DE 13,3) en PP y 74 años (10,9) en PS, p 0,001. Un 55% hombres y un 67% respectivamente, p 0,001. Sin diferencias en el control metabólico (HbA_{1c}). Diferencias significativas en el perfil lipídico (LDL-c, HDL-c y TG). En PP un 42% de hipolipemiantes frente al 73% en PS, p inferior a 0,001. Estatinas 37% vs. 80%, ezetimiba 0,8% vs. 9,6% respectivamente. Un LDL-c medio 106 mg/dl (22,5) frente 74 mg/dl (20) respectivamente. En PS, 7,6% con LDL-c superior o igual a 130 mg/dl, 15% entre 100-129 mg/dl, 34% entre 70-99 mg/dl, 22% entre 55-70 mg/dl y 22% inferior a 55 mg/dl. En PP, 57% con LDL-c superior a 100 mg/dl. Presentan peor TFGe en PS, p inferior 0,001. En PS un 16,8% sin tratamiento hipolipemiante, 62,7% con solo un fármaco y 2% combinados. El mayor tratamiento hipoglucemiante es significativo en pacientes con PS; 6,5% repaglinida, 14% iSGLT2 y 21% de insulina.

Conclusiones: A pesar de las recomendaciones, observamos pocas diferencias entre los tratamientos entre los pacientes con o sin ECV. Destaca la monoterapia (sin analizar las dosis) frente al tratamiento combinado recomendado para lograr los objetivos. La inercia y las diferentes recomendaciones de nuestras GPC, puede ser el motivo.