

## Objetivos terapéuticos en diabetes mellitus tipo 2: ¿influye el lugar de atención al paciente?

### Therapeutic objectives in type 2 diabetes mellitus: Does the site play in role in the patient's care?

Sr. Director:

Díez Porres et al<sup>1</sup>, han examinado el cumplimiento de objetivos terapéuticos propuestos por la *American Diabetes Association*<sup>2</sup> para la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en pacientes que viven en un medio rural y atendidos en el ámbito de la Atención Primaria. Tan sólo el 2% cumplían todos los objetivos<sup>1</sup>. Se ha comunicado que en unidades especializadas de hospitales extranjeros los enfermos con DM2 consiguen un mayor control de los mismos objetivos terapéuticos<sup>3-5</sup>. Hemos comparado la consecución de objetivos terapéuticos en la unidad de riesgo vascular (URV), del Hospital Universitario La Paz, con los referidos por Díez Porres et al<sup>1</sup>.

Seleccionamos pacientes diagnosticados de DM2 (criterios diagnósticos ADA)<sup>2</sup> atendidos durante el año 2009 en la URV. Incluimos pacientes con edad, sexo e IMC equiparables a los de la población de Díez Porres et al<sup>1</sup>. De un total de 192 enfermos, 67 pacientes (36 hombres, 54%) mostraron unas características semejantes a los de la población de Díez Porres et al<sup>1</sup>. La edad (media  $\pm$  DE) fue de  $69,5 \pm 4,7$  años, el IMC de  $29,8 \pm 2,2$  kg/m<sup>2</sup> y el tiempo de evolución de DM2 de  $10,3 \pm 5,2$  años. Un total de 19/67 (28%) pacientes había sufrido un evento cardiovascular previo y un total de 9/67 (13%) pacientes seguía tratamiento con insulina. El control de las variables analizadas según los criterios de la ADA<sup>2</sup> (orden decreciente) fue: colesterol total, 49/63 (78%); HDL colesterol, 12/63 en varones (74%) y 26/63 en mujeres (46%); HbA1c, 39/59 (68%); triglicéridos, 39/62 (63%); presión arterial diastólica, 36/66 (54%); LDL colesterol, 30/63 (46%); y presión arterial sistólica, 25/66 (38%).

Al comparar nuestros resultados con los de Díez Porres et al<sup>1</sup> (tabla 1), observamos una diferencia relevante en la proporción de pacientes con evento cardiovascular previo (URV 28% versus medio rural 19%;  $p < 0,01$ ). Además, entre los pacientes de la URV hubo una mayor proporción de enfermos con sobrepeso y obesidad (IMC  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup>) (84% versus 75%;  $p < 0,01$ ), y de tabaquismo (37% versus 18%;  $p < 0,01$ ). Es posible, por tanto, que los enfermos con DM2 atendidos en la URV tuvieran un mayor riesgo vascular. Una mayor proporción de los pacientes atendidos en la URV tenían controlado el metabolismo hidrocarbonado (HbA1c, 68% versus 41%;  $p < 0,05$ ), y lipídico (colesterol total, 78% versus 54%;  $p < 0,01$ , y LDL-col, 46% versus 30%;  $p < 0,01$ ).

Podemos concluir, que a pesar de que los pacientes atendidos en la URV parecen tener un mayor riesgo vascular la consecución de algunos objetivos como la HbA1c y el colesterol LDL y total es superior en los enfermos atendidos en el hospital por internistas que en los enfermos del ámbito rural. No obstante, en ambas circunstancias existe un amplio margen de mejora para el cumplimiento de estos objetivos terapéuticos.

Tabla 1 Consecución de objetivos terapéuticos (criterios de la ADA<sup>2</sup>) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Enfermos del medio rural versus enfermos atendidos por internistas en la unidad de riesgo vascular (URV) del Hospital Universitario La Paz

|   | Medio rural<br>(N = 109) | URV<br>(N = 67)  |
|---|--------------------------|------------------|
| Edad (años) <sup>a</sup>                  | 70,0 $\pm$ 7,4           | 69,5 $\pm$ 4,7   |
| Hombres                                   | 55%                      | 54%              |
| Evento cardiovascular previo              | 19%                      | 28% <sup>b</sup> |
| Tiempo evolución (mediana, años)          | 8                        | 9 <sup>c</sup>   |
| Tratamiento con insulina                  | 19%                      | 13%              |
| Fumadores                                 | 8%                       | 37% <sup>b</sup> |
| IMC (kg/m <sup>2</sup> )                  | 30,0 $\pm$ 4,6           | 29,8 $\pm$ 2,2   |
| IMC $\geq 27$ kg/m <sup>2</sup>           | 75%                      | 84% <sup>b</sup> |
| PAS < 130 mmHg                            | 36%                      | 38%              |
| PAD < 80 mmHg                             | 53%                      | 54%              |
| HbA1c < 7%                                | 41%                      | 68% <sup>d</sup> |
| Col-total < 200 mg/dL                     | 54%                      | 78% <sup>d</sup> |
| LDL-col < 100 mg/dL                       | 30%                      | 46% <sup>d</sup> |
| HDL-col >50 (v)/40 (m) mg/dL <sup>e</sup> | 75%/55%                  | 74%/46%          |
| Triglicéridos < 150 mg/dL                 | 75%                      | 63%              |

<sup>a</sup> Los valores se expresan como media  $\pm$  DE o como porcentaje.

<sup>b</sup>  $p < 0,01$ .

<sup>c</sup> El tiempo medio de evolución de nuestra población fue de  $10,3 \pm 5,2$  años, hemos escogido la mediana para poder comparar este dato con el ofrecido por Díez Porres et al<sup>1</sup>.

<sup>d</sup>  $p < 0,05$

<sup>e</sup> v: varones; m: mujeres.

## Bibliografía

- Díez Porres L, Riart Solans M, Foix Oña M, Morilla L, Mitjana Isarn R, Salvador Milian E, et al. Control integral de los factores de riesgo cardiovascular en diabetes tipo 2 en dos comarcas rurales. *Rev Clin Esp.* 2010;210:332-7.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care.* 2010;33:S11-61.
- Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GVH, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2003;348:383-93.
- Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2008;358:580-91.
- Mateos L, Herráez García J, Martín Oterino JA, Sánchez Rodríguez A. Conducta terapéutica en la diabetes tipo 2. Cuanto más breve, mejor. *Rev Clin Esp.* 2010;210:23-7.

R. Bailén Almorox\*, A. Sánchez Martín, C. Velasco García y K.J. Lundelin

Unidad de Riesgo Vascular, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [rebeca.bailen@gmail.com](mailto:rebeca.bailen@gmail.com)  
(R. Bailén Almorox).

doi:10.1016/j.rce.2010.12.007