Rev Esp Cardiol. 2010;63 Supl 3: 192

Revista Española de Cardiología

6019-2. PROPUESTA DE DESPISTAJE DE DIABETES OCULTA EN POBLACIÓN CON ENFERMEDAD CORONARIA

Jesús M.ª de la Hera Galarza, José Miguel Vegas Valle, Oliva Concepción Fernández Cimadevilla, Jeremías Bayón, Ernesto Hernández Martín, Pablo Avanzas Fernández, Íñigo Lozano Martínez-Luengas, Elías Delgado Álvarez, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), Hospital Clínico Universitario, Valladolid y Hospital de Cabueñes, Gijón (Asturias).

Resumen

Antecedentes y objetivos: La Sociedad Europea de Cardiología recomienda sobrecarga oral de glucosa (SOG) a los coronarios sin diabetes (DM) conocida. Esto debe balancearse con: 1) la SOG no está incorporada a la rutina de los cardiólogos, 2) deberíamos centrarnos en diagnóstico de DM oculta (DMO) porque la prediabetes no modificaría la prevención secundaria y 3) la incorporación de hemoglobina glicada (A1C) al diagnóstico de DM. Se pretende crear un score para el despistaje de DMO en coronarios, ajustando la realización de SOG.

Métodos: Estudiamos 338 pacientes coronarios sin DM conocida, con analítica (glucemia basal (GB), SOG, A1C, insulinemia), antecedentes personales y extensión de enfermedad coronaria. Mediante regresión logística se localizaron los predictores de DMO en la SOG (definida como glucemia a 2 horas > 200 mg/dl) y se les asignó una puntuación.

Resultados: 79 de los 338 pacientes presentaban DMO, 144 prediabetes y 115 eran normoglucémicos. El 33 % de las DMO se pudieron diagnosticar sólo con GB y A1C. Los predictores de DMO en la SOG resultaron: edad > 65 años (OR 2,8 (1,2-5,2), p = 0,015, 3 puntos), enfermedad vascular no coronaria (OR 2,6 (1,2-5,9) p = 0,018, 3 puntos), FE < 45 % (OR 2,7 (1,03-7), p = 0,044, 3 puntos), GB > 100 mg/dl (OR 4,74 (2,4-9,5) p < 0,001, 5 puntos) y A1C > 6,1 % (OR 5,8 (1,5-21,7) p = 0,009, 6 puntos). Se estableció el mejor punto de corte en > 6 puntos (Área bajo curva 0,80 IC95 % (0,74-0,87) p < 0,001). Así, realizando SOG al 31 % de la población y junto a los diagnósticos mediante GB y A1C se consigue localizar al 83 % de las DMO reales. El score se validó eficazmente en otra muestra de 115 pacientes (Área bajo curva 0,84 (0,74-0,87) p < 0,001).

Conclusiones: Realizar despistaje sistemático con GB y A1C y reservar la realización de SOG sólo según el nivel de riesgo en nuestro score (31 % de la población) permite diagnosticar al 83 % de las DMO reales.