



## 6035-456. PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: DATOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Ana del Río Lechuga<sup>1</sup>, Manuel Cayón Blanco<sup>2</sup>, Carolina García-Figueras Mateos<sup>3</sup> y Patricia Rubio Marín<sup>3</sup> del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología, <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital S.A.S. de Jerez de la Frontera (Cádiz).

### Resumen

Existe una clara evidencia del beneficio que ofrece la prevención secundaria en pacientes con DM-2 y enfermedad arterial coronaria. Aún así, en la práctica clínica habitual no se consigue alcanzar un buen control de la enfermedad. Nuestro objetivo es recoger información sobre los aspectos clínicos y el grado de control de los principales factores de riesgo en pacientes ingresados en nuestro Hospital. Estudio observacional y retrospectivo. Se incluyeron pacientes con DM-2 que habían sufrido un infarto de miocardio en 2012. Se registraron los datos aportados por la historia clínica (características basales, aspectos asistenciales, medicación y factores de riesgo (tabaquismo, presión arterial sistólica (PAS), perfil lipídico y control glucémico). Se registraron los eventos clínicos y los objetivos al inicio del estudio, a los 6 meses y 1 año después del evento coronario. Se recogieron 48 pacientes con DM2. El 47,9% eran mujeres, con edad media de  $70,6 \pm 8,7$  años. La duración media de la DM-2 fue de  $10,9 \pm 9$  años. El 79,2% tenían HTA y el 66,7% hiperlipidemia. Recibieron AAS 61,7%, clopidogrel 34,8% y anticoagulantes orales 4,5%. El 70,8% sufrieron síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST), y la enfermedad multivaso en el 57,5%. Se implantaron *stents* en el 67,7% (38,3% *stents* farmacoactivos). La proporción de pacientes que se encontraban dentro de los objetivos recomendados actuales en el momento del infarto fue: no fumadores 89,6%, PAS 62,2%, LDL-C 40% y HbA1c 22,2%. Tenían un control adecuado a los 6 y 12 meses: los no fumadores: 93,9% y 97,1%;  $p = 0,01$ ; PAS: 74,4% y 71,4%;  $p = 0,004$ ; LDL-C: 70% y 83,3%;  $p = 0,001$  y HbA1c: 41,4% y 35,5% ( $p =$  no significativo). Se observó una mejoría significativa del LDL-C ( $116,2 \pm 41,6$  mg/dl vs  $42,1 \pm 6,8$  mg/dl vs  $75,5 \pm 26,9$  mg/dl,  $p = 0,013$ ). La tasa de mortalidad fue del 8,3% a los 6 meses y el 12,5% a un año de seguimiento. Aunque los resultados obtenidos en nuestro estudio fueron relativamente escasos, no difieren mucho de los obtenidos en los ensayos publicados. El control glucémico fue el objetivo más difícil de lograr. La tasa de control adecuado para cada factor de riesgo fue similar a los 6 meses ya 1 año después del evento coronario. Y se observa que existe una mejora temprana que se mantiene después de la optimización del tratamiento.