

Minicardio



Libro de Comunicaciones de la

IV Reunión Hospitalaria de la Sociedad Castellana de Cardiología El cardiólogo ante la diabetes

15 de Octubre de 2015

Aula Palacios Carvajal

Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid)

Índice

Conferencias

Página 2

- 1.- Tratamiento cardiológico en el paciente diabético.
- 2.- Manejo de la diabetes en el paciente cardiológico.

Comunicaciones Orales

Página 4

- 1.- ¿Sabemos tratar la diabetes tan bien como tratamos los IAM? Caso clínico de un Síndrome Coronario Agudo y Diabetes Mellitus Tipo 2 de Novo (Premio al Mejor Caso Clínico).
- 2.- Después del infarto, ¿qué hacemos con los antidiabéticos orales (finalista)?
- 3.- Influencia pronóstica de la diabetes en el Síndrome Coronario Agudo. A propósito de un caso. (finalista).

Comunicaciones Poster

- 1.- Diabetes Mellitus, un asesino silencioso.
- 2.- Diabetes y nefropatía en la Insuficiencia Cardíaca Isquémica.
- 3.- Prevención de diabetes en la Cardiopatía Isquémica. Papel de la Rehabilitación Cardíaca.
- 4.- Diabetes y obesidad: importancia de la resistencia a la insulina y de los viejos y nuevos fármacos.
- 5.- Cribado y diagnóstico de Diabetes Tipo II en pacientes ingresados en Cardiología.

Presentación

Estáis ante el libro que recoge un resumen de la reunión celebrada en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Pensamos que el cardiólogo diariamente atiende a pacientes con **diabetes**, actualizar nuestro conocimiento en este tema merece la pena.

Gracias a la implicación de los médicos participantes, endocrinólogos y cardiólogos entrenados, y especialistas en formación, hemos podido desarrollar un debate, científico y actual, así como ver la presentación de comunicaciones de excelente nivel. Todas las aportaciones han sido muy importantes. Ahora quedan recopiladas en este Libro de Comunicaciones que ponemos a vuestra disposición. Estamos convencidos de que nuestra Sociedad se fortalece con

esta apuesta por la difusión del conocimiento médico. Entre los trabajos finalistas, ha resultado premiado el caso clínico titulado **“¿Sabemos tratar la diabetes tan bien como tratamos los IAM? Caso clínico de un Síndrome Agudo y Diabetes Mellitus Tipo 2 de Novo”**, presentado por el Dr. Francisco Javier Irazusta Córdoba, del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario La Paz. Madrid. Gracias a todos.

Esperamos verte en la próxima reunión hospitalaria de nuestra Sociedad, que se celebrará en el Hospital Universitario Gómez Ulla de Madrid.

Dr. Manuel Abeytua Jiménez
Presidente de la Sociedad Castellana de Cardiología



Junta Directiva de la SCC

Presidente: Dr. Manuel Abeytua Jiménez. **Vicepresidente:** Dr. Sergio García Ortego. **Secretario:** Dr. David Martí Sánchez.

Tesorera: Dra. Petra Sanz Mayordomo. **Presidenta Electa - Editora:** Dra. Nieves Tarín Vicente.

Página Web: Dr. Ramón Bover Freire. **Vocal de Acreditaciones:** Dr. Miguel Castillo Orive. **Vocal de Formación y Comité Científico:** Dr. Lorenzo Silva Melchor. **Vocal de Relación con Soc. Científicas:** Dr. Carlos Escobar Cervantes.

Vocal de Relación con Universidades: Dr. Lorenzo López Bescós.

Vocal de Castilla-La Mancha - Vicepresidente Electo: Dr. Juan Carlos Gallego Page. **Vocal de La Rioja:** Dr. Diego Lorente Carreño.

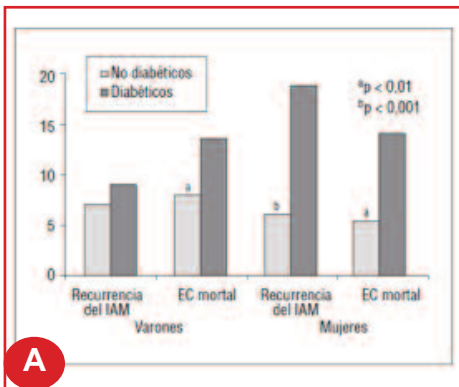
Conferencias

1. Tratamiento cardiológico en el paciente diabético

Dra. Almudena Castro. Servicio de Cardiología.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

La diabetes mellitus (DM) asocia una elevada incidencia de patología cardiovascular (CV) y también es factor de mal pronóstico en pacientes con enfermedades CV. La enfermedad coronaria es la principal causa de insuficiencia cardíaca (IC) en el paciente DM2. Otras veces, ésta se debe a la cardiomiopatía diabética.

La DM2 se asocia a mayor prevalencia IC (1):



- Es factor de riesgo (FR) mayor e independiente de IC -HR 1.85 (95% CI 1.51-2.28).
- El riesgo relativo (RR) de IC sube al doble en hombres y es 6 veces mayor en mujeres con DM2.
- La DM2 aumenta la mortalidad por IC y la tasa de hospitalizaciones.

En cuanto a Cardiopatía Isquémica (CI), la DM2 se asocia con:

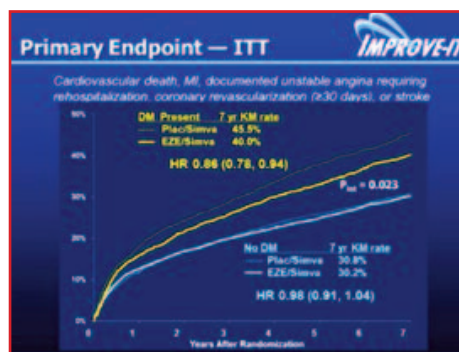
- RR de enfermedad coronaria del doble en hombres y del cuádruple en mujeres.

La enfermedad CV es la causa del 80% de muertes en DM2 y del 75% de las hospitalizaciones. El pronóstico en diabéticos y no diabéticos puede verse en la figura A(2). El tratamiento de la IC en diabéticos no difiere en general del tratamiento en pacientes no diabéticos. La mayoría de los fármacos producen por lo menos el mismo beneficio y, a veces, ofrecen un beneficio marginal en la población diabética.

En CI, sólo la ranolazina ofrece un beneficio significativo en el control de la angina en los pacientes con DM2. El resto del arsenal terapéutico se ha mostrado igual de eficaz y seguro que en

los pacientes sin DM. El mejor tratamiento de la cardiopatía en paciente con DM2 es el control de los FR e incluye un estilo de vida cardiosaludable. En 2015, se publicaban dos estudios con gran repercusión para el paciente diabético:

1. Improve-IT (subestudio diabetes) (3): Se analizaron los datos de los 4.933 pacientes con diabetes en comparación con el 13.202 que no tenían diabetes. Los pacientes con DM2 en la rama de ezetimibe/simvastatina tuvieron una reducción del LDL en un 43 mg/dl tras 1 año vs 23 mg/dl de reducción en los pacientes con DM2 de la rama placebo/simvastatina. El evento primario compuesto se produjo en el 40% del grupo diabéticos con ezetimiba/simvastatina, frente al 45,5% de los que tomaron placebo/simvastatina ([HR], 0,86; P = 0,023). Sin diferencias en el evento primario final entre los no diabéticos con ezetimibe vs placebo (30,2% tenían un evento vs 30,8%). Tampoco hubo diferencias en los objetivos secundarios. Los resultados del estudio son positivos para los pacientes diabéticos tras un Síndrome Coronario Agudo (SCA).



La pregunta ahora es si hay beneficio en añadir ezetimibe en pacientes no diabéticos tras un SCA. La respuesta este probablemente en el beneficio que pueden obtener los grupos de alto riesgo: pacientes mayores de 75 años, alto riesgo de ictus o con una enfermedad vascular avanzada.

2. EMPA-REG OUTCOME (4): En este estudio multicéntrico, doble ciego y aleatorizado que incluyó 7.034 pacientes a recibir empagliflozina

(10 mg ó 25 mg/día) o placebo se encuentra que es el primer antidiabético oral que reduce el riesgo CV en pacientes con DM2 y alto riesgo de eventos CV. El objetivo primario fue la variable compuesta por mortalidad CV, infarto de miocardio no mortal o ictus no mortal. El objetivo secundario incluyó hospitalización por angina inestable. La media de duración de tratamiento fue de 2,6 años. El resultado primario ocurrió en 490 de 4.687 pacientes (10,5%) en el grupo empagliflozina y en 282 de los 2.333 pacientes (12,1%) en el placebo (HR=0,86; IC95,02%, 0,74 a 0,99; P=0,04 para superioridad). La mortalidad CV se redujo significativamente en el grupo de empagliflozina (HR=0,62; IC95% 0,49 a 0,77 con una reducción del riesgo relativo del 38%). No hubo diferencias significativas en la incidencia de IAM, accidente cerebrovascular u hospitalización por angina inestable. En el grupo de empagliflozina hubo una reducción del riesgo relativo del 35% de la hospitalización por IC (2,7% vs. 4,1%), y del 32% en la muerte de cualquier causa (5,7% vs. 8,3%).

La dosis de 10 y 25 mg de empagliflozina mostraron una magnitud similar de reducción de la mortalidad CV y por todas las causas y la hospitalización por IC. La respuesta queda en el aire: ¿Será este grupo de fármacos un tratamiento de elección para IC en el diabético?

Conclusiones: 1) La DM2 conlleva mayor prevalencia de IC y de Cardiopatía isquémica y a su vez peor pronóstico. 2) El pilar del tratamiento médico es el control de los FRCV. 3) Debemos ser más agresivos en lograr los objetivos, el beneficio farmacológico es similar al obtenido en los no DM, y a veces mayor.

Referencias: 1) Kengne AP. *Prog Cardiovasc Dis* 2010;53:45-51. 2) Zamora A. *Rev Esp Cardiol* 2002;55(7):751-62. 3) Giugliano R et al. *The ESC 2015 Congress. Presented August 30, 2015.* 4) Zinman B et al. *NEJM sep 2015. DOI: 10.1056/NEJMoa1504720.*



Conferencias

2. Manejo de la diabetes en el paciente cardiológico

Dr. Manuel Abeytua. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

La diabetes es una enfermedad progresiva en nuestra cultura. En Europa, hay actualmente más de 50 millones de diabéticos y se estima llegar a 64 millones en 2030. Además, la mitad de los diabéticos están sin diagnosticar.

Y en la prediabetes, hay más enfermedad cardiovascular que en los sujetos normales. Muchos llegarán a

(IMC) ≥ 25 Kg/m². Las guías de 2013 de las Sociedades Europeas de Diabetes y de Cardiología, son más conservadoras e indican TsG1 cuando haya dudas con la glucemia en ayunas y en la hemoglobina glicosilada, aunque reconocen que el test con mayor valor pronóstico en la enfermedad cardiovascular (CV), es el TsG1.

oral, y si el objetivo de la HbA1C no se cumple, otro fármaco oral o un GLP-1 agonista receptor o insulina.

Como 2º fármaco, los cardiólogos debiéramos pensar en un fármaco oral que no produzca hipoglucemias, como los inhibidores de DDP4 o inhibidores del Cotransportador Sodio-glucosa. Entre estos últimos, em-

	Glucemia Ayunas (mg/dL)	2 horas TsG1 (mg/dL)	HbA1C (%)
Normal	<100	<140	<5,7
Prediabetes	100-125	140-199	5,7-6,4
Diabetes	>126	>200	>6,5%

ser diabéticos. El 70% de la mortalidad en la diabetes se debe a enfermedad aterosclerótica. Con medidas preventivas y terapéuticas podemos incidir en la progresión de la enfermedad y sus complicaciones.

El diagnóstico de diabetes y prediabetes están basados en la glucemia en ayunas, o en la hemoglobina glicosilada (HbA1C), o valorando la glucemia a las 2 horas del test de sobrecarga de glucosa (TsG1) con 75 mg de glucosa.

Las guías clínicas 2015 de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), aconsejan realizar TsG1 a mayores de 45 años con enfermedad coronaria e índice de masa corporal

La HbA1C y el TsG1 demuestran prediabetes y diabetes en distintos pacientes, por lo que puede ser necesario realizar ambos test (Abeytua y col. Eur Heart J Aug. 2014).

En el manejo de la diabetes es preciso el control de los factores de riesgo CV.

En la prediabetes, la actividad física moderada a vigorosa ≥ 150 min/semana junto con pérdida de peso del 7% previenen la diabetes. La ADA recomienda metformina en prediabetes, sobre todo en mayores de 60 años y si el IMC es >35 , y también en diabetes gestacional.

En diabetes, la ADA recomienda metformina como primer fármaco

paglifozina ha demostrado disminuir la mortalidad CV y la hospitalización por insuficiencia cardíaca (NEJM sept 2015).

En el manejo del diabético en rehabilitación cardíaca, cada entrenamiento diario de 30 minutos, disminuye la glucemia capilar entre el 15 y 30%. No se contraindica el entrenamiento por hiperglucemia a no ser que se demuestren cuerpos cetónicos (se producen por encima de 300 mg de glucemia). Posibles hipoglucemias <60 mg/dL deben tratarse con azúcar oral, y si no se tolera por síntomas neurológicos: glucosa al 10% en perfusión iv, y/o 1 mg de glucagón (sc o im).



Comunicaciones ORALES. Casos Clínicos

1. Sabemos tratar la diabetes tan bien como tratamos el IAM? Caso clínico de un Síndrome Coronario Agudo y Diabetes Mellitus Tipo 2 de Novo

Francisco Javier Irazusta Córdoba, Pablo Merás Colunga, Verónica Rial Bastón, Óscar González Fernández, Regina Dalmau González-Gallarza, Almudena Castro Conde, Jose Luis López Sendón. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz. Madrid. **Premio al Mejor Caso Clínico.**

Presentamos un varón de 45 años, sedentario, fumador y con obesidad abdominal (P Abdominal 110cm). Acudió a urgencias refiriendo opresión centrotorácica irradiada a mandíbula. Se realizó un ECG que mostró elevación del ST en cara inferior. En el cateterismo se evidenció oclusión aguda de la arteria circunfleja, implantándose 2 DES. En la analítica destacaban una HbA1c del 11%, una glucemia basal de 203 mg/dL (sin AP conocidos de DM), HDL de 26 mg/dL, y TG de 289 mg/dL. En el ecocardiograma al alta tenía buena función biventricular. Se inició el tratamiento establecido para el SCA y el paciente comenzó el programa de rehabilitación cardiaca.

Tras el tratamiento con insulino terapia al ingreso, con el diagnóstico establecido de DM tipo 2 de novo, se decidió iniciar al alta tratamiento con metformina y sitagliptina.

Tras completar el programa de rehabilitación cardiaca (8 semanas), el paciente dejó de fumar bajo tratamiento con varenciclina, perdió 6 kg, realizaba 170 minutos de ejercicio aeróbico semanal, objetivándose una HbA1c de 7,3%.

Discusión: ¿Es frecuente la DM de novo en el SCA? ¿Con qué tratamiento comienzo? ¿Es seguro? ¿Merece la pena insistir en el estilo de vida? ¿Qué objetivo de control glucémico debo alcanzar?

Un caso interesante para los cardiólogos ya que

a un 10-24% de los pacientes que ingresan por un SCA se diagnostican de DM de novo.

Al presentar HbA1c de 11%, el tratamiento antihiper glucemiante inicial fue debatido, optando por metformina y sitagliptina como tratamiento combinado inicial, dado su perfil de seguridad cardiovascular favorable, aunque según muchos algoritmos se podría haber optado por iniciar insulina.

Los resultados a las 8 semanas fueron muy positivos, con una reducción de casi 4% la HbA1c, gracias a la doble terapia con metformina y sitagliptina, y el papel fundamental del ejercicio físico, la dieta mediterránea y la reducción de peso.

2. Después del infarto...

¿Qué hacemos con los antidiabéticos orales?

Verónica Ángela Rial Bastón, Pablo Merás Colunga, Francisco Javier Irazusta Córdoba, Óscar González Fernández, Regina Dalmau González-Gallarza, Almudena Castro Conde, Ángel M. Iniesta Manjavacas, Jose Luis López-Sendón. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz. Madrid. **Finalista al mejor caso clínico.**

Se presenta el caso de una mujer de 47 años hipertensa, fumadora y diabética con mal control metabólico pese a tratamiento con metformina, vidagliptina, glimepirida y pioglitazona. Ingresa en Cardiología por un síndrome coronario agudo con elevación del ST anterolateral que se trató con el implante de 1 stent en la descendente anterior. En el ecocardiograma, presentaba disfunción ventricular moderada (FE: 35%) y en la analítica se objetivó una HbA1c del 10%. Al alta se remite a un programa de rehabilitación cardiaca en el que se

consigue la pérdida de 4 kilos de peso, el abandono del hábito tabáquico y optimizar el control metabólico de la diabetes (HbA1C tres meses después: 8,8%). Para ello, se suspendieron los antidiabéticos orales salvo la metformina y se inició exenatide e insulino terapia (Lantus 32 UI-0-0 y Actrapid 4-4-4).

Este caso permite analizar cómo ajustar el tratamiento de la diabetes tipo 2 tras un evento coronario. Uno de los principales aspectos que debe guiar nuestra estrategia terapéutica es la seguridad cardiovascular, y éste es el motivo

por el que debe evitarse el uso de sulfonilureas (glimepirida en nuestro caso), ya que se asocian a un ligero aumento de la mortalidad cardiovascular. La pioglitazona incrementa el riesgo de desarrollar insuficiencia cardiaca, por lo que es razonable suspenderlo en pacientes con disfunción ventricular. Los inhibidores de la DPP4 han demostrado seguridad cardiovascular en estudios recientes, aunque alogliptina y saxagliptina se relacionaron con un aumento de ingresos por insuficiencia cardiaca, a diferencia de sitagliptina, cuyo efecto fue neutro. Aunque la utilización de esta última parece una opción razonable, aquí se prefirió pautar un análogo de la GLP-1 por favorecer además la pérdida de peso.

En definitiva, si es necesario asociar un antidiabético a la metformina y/o insulina, las incretinas son una opción segura en pacientes con cardiopatía isquémica.

3. Influencia pronóstica de la diabetes en el Síndrome Coronario Agudo. A propósito de un caso

Gonzalo Luis Alonso Salinas, Marina Pascual Izco, Miguel Castillo Orive, Pablo Pastor Pueyo, David del Val Martín, Marcelo Sanmartín Fernández y José Luis Zamorano Gómez. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. **Finalista al Mejor Caso Clínico.**

Varón diabético insulino dependiente de 76 años que se presenta en Urgencias con SCACEST inferior. El cateterismo muestra enfermedad multivaso con afectación moderada de tronco, severa en DA proximal, oclusión crónica de CX y oclusión aguda en CD media. Tras implante de dos stents farmacoactivos en CD, ingresa en la Unidad Coronaria. La FEVI era del 30%. Se logra estabilización clínica. Se decide cirugía el 10º día. En ella se implantan bypass de safena a posterolateral y de AMI a DA. Se da de alta a los 4 días de la cirugía.

A los 3 días del alta acude por nuevo SCACEST inferior. El cateterismo muestra trombosis aguda del stent en CD

media, que no parecía infraexpandido, y del bypass de safena a posterolateral. Se implanta stent intrastent. Presenta una mala evolución clínica, FEVI del 15%, precisando BIAoC, soporte vasoactivo agresivo y ventilación mecánica. Se realiza nueva angioplastia en DA proximal y se abre Cx ocluida para una revascularización completa. El paciente fallece dos días después.

Discusión: El caso ilustra las dificultades añadidas al SCA en el paciente diabético. Para caracterizarlo se realizó un estudio de cohortes prospectivo. Se incluyeron 564 pacientes consecutivos hospitalizados en nuestro centro entre el 14/07/2013 y 21/01/2015 con el diagnóstico de SCA.

De ellos, 157 eran diabéticos (27.8%, 90 no insulino dependientes y 67 insulino dependientes). Hubo 30 muertes intrahospitalarias (5.3%), 38 eventos adversos cardíacos mayores (MACE), 48 eventos adversos cardiovasculares mayores (MACCE) y 64 eventos adversos cardiovasculares netos (NACE). En un modelo estadístico multivariado, la diabetes mellitus insulino dependiente permaneció como predictiva de mortalidad (OR 2.42, 1.01-5.79), MACE (OR 3.14, 1.45-6.78), MACCE (OR 2.33, 1.12-4.84) y NACE (OR 2.9, 1.52-5.53) intrahospitalarios.

Conclusión: La diabetes insulino dependiente es factor de riesgo independiente para un peor pronóstico intrahospitalario.

Comunicaciones POSTER Casos Clínicos

1. Diabetes Mellitus, un asesino silencioso

Alvaro Roldán Sevilla, Lola Villagraz Tecedor, María Melendo Viu, Jorge Nuche Berenguer, Isabel Montilla Padilla, Roberto Martín Asenjo. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Presentamos a un varón de 65 años, diabético tipo 2, exfumador y obeso. Se encuentra en tratamiento con insulina de larga duración y triple terapia oral con regular control glucémico, con clínica metadiabética micro y macrovascular.

El paciente acude a urgencias derivado de consulta de disfunción eréctil por disnea de esfuerzo progresiva y ortopnea, además de episodios de angina de esfuerzo, que se vuelve de reposo en los últimos días.

A la exploración, presenta estabilidad hemodinámica, taquicárdico, taquipneico con intolerancia al decúbito y con signos auscultatorios de congestión pulmonar.

El electrocardiograma muestra taquicardia sinusal, trastorno de conducción por rama derecha, descenso del segmento ST en derivaciones laterales y onda T negativa en V3-V4. La radiografía de tórax que muestra cardiomegalia y signos de congestión pulmonar leve, con ligera elevación de marcadores de daño miocárdico en la analítica.

Con el diagnóstico inicial de SCASEST de alto riesgo, se cursa ingreso en nuestra unidad coronaria, iniciando tratamiento diurético y antitrombótico con AAS, ticagrelor y fondaparinux.

El ecocardiograma revela un ventrículo izquierdo dilatado, con hipoquinesia severa

global y disfunción sistólica severa. Se realiza coronariografía a las 24 horas, observando enfermedad severa estable de tronco común, descendente anterior y circunfleja dominante con buenos lechos distales, decidiéndose revascularización quirúrgica preferente.

A las 36 horas del ingreso, el paciente presenta episodio presincope debido a taquicardia ventricular monomorfa sostenida que recurre tras varios intentos de cardioversión eléctrica, degenerando en fibrilación ventricular, que requiere maniobras de RCP avanzada, por lo que contactamos con hemodinámica para plantear revascularización percutánea urgente. Finalmente, tras 40 minutos de reanimación no se logra recuperar pulso, por lo que se decide cese de maniobras y se certifica el fallecimiento del paciente, con el diagnóstico de miocardiopatía dilatada isquémica con inestabilidad eléctrica.

2. Diabetes y nefropatía en la Insuficiencia Cardíaca Isquémica

Óscar González Fernández¹, Sergio Huertas², Regina Dalmau Rodríguez-Gallarza¹, Almudena Castro Conde¹, Pablo Merás Colunga¹, Francisco Javier Irazusta Córdoba¹, Verónica Rial Bastón¹. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz (1) y Hospital Universitario 12 de Octubre (2). Madrid.

Varón de 62 años fumador, diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia hace 2 años. Se indicó tratamiento con metformina y simvastatina, el cual decidió suspender el propio paciente hace meses. En los últimos días al ingreso, disnea progresiva hasta hacerse de reposo. A su llegada a Urgencias, cuadro compatible con edema agudo de pulmón hipertensivo requiriendo intubación orotraqueal, uso de diuréticos intravenosos y nitroglicerina, e ingreso en Unidad Coronaria. Excelente respuesta a tratamiento deplectivo, siendo extubado con éxito a las 24 horas. El ecocardiograma mostró disfunción sistólica ventricular izquierda severa (FEVI 30%) e hipoquinesia global. La coronariografía evidenció enfermedad coronaria severa de

dos vasos principales (descendente anterior proximal y circunfleja proximal-media), siendo revascularizados ambos mediante 6 stent farmacoactivos. La analítica de ingreso mostró una HbA1c de 9.7%. El paciente desarrolló nefropatía por contraste, precisando hemofiltración venovenosa continua con buena respuesta. Se optimizó tratamiento de insuficiencia cardíaca reintroduciendo enalapril y eplererona tras mejoría de función renal, presentando creatinina de 1.42 mg/dl al alta. Se inició tratamiento con metformina, y se incorporó a un programa de rehabilitación cardíaca. A las 2 semanas, deterioro de la función renal, tras lo que se suspendió la metformina y se inició tratamiento con linagliptina, con mejoría

de control metabólico al mes (HbA1c 7.9%).

Discusión: ¿Es frecuente una mala adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos? Dado que hasta el 25% de los diabéticos pueden presentar nefropatía crónica avanzada, ¿qué antidiabéticos orales se consideran adecuados en pacientes nefrópatas? La diabetes mellitus, así como la enfermedad renal previa se consideran factores de riesgo para el desarrollo de nefropatía por contraste, ¿cómo se ha de realizar la profilaxis? Se debe individualizar el objetivo de control metabólico según el perfil de paciente ¿cuál debería ser dicho objetivo en nuestro paciente? ¿Influye el control glucémico realmente en el desarrollo de macroangiopatía?

3. Prevención de Diabetes en la Cardiopatía Isquémica. Papel de la rehabilitación cardíaca.

Sergio Huertas¹, Oscar González Fernández², Maria Melendo¹, Laura Espinosa¹, Regina Dalmau Rodríguez-Gallarza², Almudena Castro Conde². Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Doce de Octubre (1) y Hospital Universitario La Paz (2). Madrid

Varón de 51 años, con HTA y DL en tratamiento. Estudiado por angina de esfuerzos de tres meses de evolución en tratamiento médico sin mejoría, optando por manejo invasivo y objetivando lesión severa en DA revascularizada percutáneamente. Comienza programa de rehabilitación cardíaca con datos clínicos y analíticos de síndrome metabólico. Durante el programa sufre SCA-SEST tipo angina inestable de alto riesgo con progresión a lesiones severas en OM y Cx sobre las que se actúa percutáneamente. Permanece en el programa de rehabilitación cardíaca, objetivando al alta solo un criterio de síndrome metabólico sin otros hallazgos sugestivos de resistencia insulínica. Durante el seguimiento posterior, el paciente desarrolla DM2.

Discusión. La DM2 no produce síntomas

específicos durante muchos años, lo que explica que aproximadamente la mitad de casos quede sin diagnóstico. Se presenta un caso de un paciente que debuta con enfermedad severa de tres vasos y criterios de prediabetes. La identificación en pacientes con enfermedad cardiovascular, que presentan alto riesgo de desarrollar diabetes, ha cobrado especial importancia en los últimos años, dado los resultados que arrojan los principales estudios clínicos aleatorizados sobre la prevención de DM2, comentados en la guía para diabetes y prediabetes de la ESC 2013, donde se pone de manifiesto que una modificación en el estilo de vida, basada en una pérdida de peso moderada, una dieta cardiosaludable y un aumento de la actividad física, previene o retrasa la progresión en sujetos de alto riesgo de desarrollar dia-

betes. En el caso que nos ocupa, el paciente presenta criterios clínicos y analíticos de síndrome metabólico al debutar la enfermedad coronaria, siendo esto por sí mismo un criterio del alto riesgo de progresión a DM. Además contamos con escalas como The FINnish Diabetes RISK SCORE, más usado para el cribado de riesgo de DM en Europa y validado en España, obteniendo 14 puntos al inicio, lo cual clasifica de moderado – alto riesgo.

En resumen, se hace esencial una estratificación de riesgo de diabetes durante el proceso de hospitalización y seguimiento, con el objetivo de identificar aquellos pacientes con alto riesgo de progresión y optar por un manejo más intensivo, destacando en este caso el papel de la rehabilitación cardíaca en la educación y cambios del estilo de vida.

4. Diabetes y obesidad. Importancia de la resistencia a la insulina y de los viejos y nuevos fármacos

Pablo Merás Colunga, Verónica Ángela Rial Bastón, Javier Irazusta Córdoba, Regina Dalmau González-Gallarza, Almudena Castro Conde, Óscar González Fernández, Ángel Manuel Iniesta Manjavacas, José Luis López-Sendón. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz.

Mujer de 60 años. Con Diabetes mellitus, sin lesión de órgano diana. Obesidad mórbida. Hª cardiológica: Miocardiopatía dilatada idiopática. Disfunción ventricular severa. DAI. Insuficiencia cardíaca crónica. Fibrilación auricular permanente. Otros: SAHS con CPAP. Hipotiroidismo. En tratamiento habitual con: Bisoprolol, Enalapril, Eplerenona, Amlodipino, Rosuvastatina, Acenocumarol, Metformina 850 mg/8h, Levotiroxina. Acude a consulta para revisión rutinaria. TA 140/90, FC 82. ACP normal. Peso: 151, Talla: 166. Analítica: HbA1c 8,4%, Glucosa 199, Colesterol total 157, HDL 37, LDL 104, Triglicéridos 251, Creatinina 1.

Discusión:

1. Control glucémico: malo. Debemos perseguir objetivo de HbA1c <7% (individualizar según características de cada paciente). Por riesgo cardiovascular muy alto, objetivo LDL <70.
2. Tratamiento de escalón 1º: metformina. 2º es-

calón: múltiples posibilidades. En este caso iniciamos tratamiento con liraglutide (análogo GLP-1) por cumplir varios aspectos:

- Eficacia control glucémico: reducción HbA1c 1-2%.
- Ausencia de efectos adversos cardiovasculares (estudios en marcha, LEADER).
- Los más eficaces en reducción del peso (incluso en no diabéticos).

3. Seguridad cardiovascular: Excepto metformina, ningún ADO ha demostrado claro beneficio en cuanto a eventos cardiovasculares; las tiazolidindionas deben ser evitadas por aumento de riesgo en pacientes con cardiopatía.

4. Evolución (Figura B):

5. Relevancia de la resistencia a la insulina: un buen parámetro es el cociente TG/HDL >3 (6,7 en nuestro caso). Por este motivo es clave el papel de la metformina.

Además de utilizar insulina o fármacos que aumenten su secreción, es importante mejorar la sensibilidad a la misma (empeoramiento de 6,4 a 10,9 sin cambios en estilo de vida tras suspensión de metformina, mejoría tras reintroducción).

6. Importancia de la Rehabilitación cardíaca: ejercicio físico y dieta como partes principales del tratamiento.

	Enero/14	Dic/14	Abril/15	Julio/15
HbA1c%	8,4	Inicio 6,4	Suspensión 10,9	Reinicio 7,7
Peso (K)	151	liraglutide 145	metformina 144	metformina 140
LDL	104	69	por diarrea 59	63

B

5. Cribado y diagnóstico de Diabetes Tipo II en pacientes ingresados en Cardiología.

Fernando Sabatel Pérez, Marta Flores Hernán. Irene Narváez Mayorga, Cristina Martín Sierra, J. Sánchez-Prieto Castillo, MA. Sastre Perona, Carolina Maicas Bellido, María Lázaro Salvador, Luis Rodríguez Padial. Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Toledo. SESCAM.

Caso: Varón de 49 años, fumador y bebedor ocasional, sin otros factores de riesgo conocidos ni antecedentes patológicos de interés. Ingresó por cuadro de debut de Insuficiencia Cardíaca Congestiva sin claro factor desencadenante. Se realizaron ECG, ecocardiograma transtorácico, coronariografía y RMN cardíaca para filiar etiología. Se diagnosticó Miocardiopatía Dilatada Idiopática y disfunción ventricular severa, con FSVI del 15%. Durante el ingreso se determinaron niveles de NTproBNP (2996 pg/ml), así como niveles de hemoglobina glicada (HbA1c) (6.6%). Dado ese HbA1c, ya diagnóstico para diabetes según la American Diabetes Association y la European Society of Cardiology, y que la glucemia basal está en rango de prediabetes, para poder diagnosticar con seguridad y no esperar otros meses a una nueva determinación de

HbA1c, se decidió realizar un test de sobrecarga oral con 75g de glucosa, con resultado patológico, de 215 mg/dl, que permitió confirmar la DM tipo 2. Puesto que se trataba de un paciente con niveles bajos de HbA1c, joven y motivado se le indicaron modificaciones del estilo de vida, dietéticas, de ejercicio físico y hábitos tóxicos, y nueva pauta de Metformina 850 mg medio comprimido diario, que subió a uno diario en 5 días, hasta nueva revisión.

Discusión: Según datos del Di@bet.es Study, la prevalencia de DM tipo 2 en la población general es del 13,8%, de ella un 6% es desconocida; además la prevalencia de prediabetes, estado que supone un gran tanto para el desarrollo de diabetes como de enfermedad cardiovascular oscila en torno al 14%, por tanto, de acuerdo a ADA y ESC, es necesario el cribado de diabetes

y prediabetes en la población con ECV para asegurar un diagnóstico precoz, corregir hábitos de vida para evitar o retrasar el desarrollo de DM-2 e iniciar de forma precoz el tratamiento para lograr un mayor beneficio a largo plazo.

Conclusiones: La DM-2 es prevalente en la población con ECV que además se relaciona con su desarrollo. Casi la mitad de los pacientes con DM-2 no está diagnosticado. Es necesario el cribado de DM-2 en los pacientes ingresados con ECV para evitar retrasos diagnósticos. Como primer paso está indicado determinar niveles de HbA1c, con glucemia basal y/o determinación de glucemia al azar. Se indica test de sobrecarga oral con 75g de glucosa en caso de no ser concluyente lo previo. Es fundamental el inicio de un tratamiento precoz y enérgico para conseguir un mayor beneficio a largo plazo.

