



<https://www.revclinesp.es>

## D-057 - PREVALENCIA DE PREDIABETES Y DIABETES MELLITUS 'OCULTA' EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

J. Fernández Soto<sup>1</sup>, S. de la Rosa Riestra<sup>1</sup>, D. León Jiménez<sup>1</sup>, C. Magro Fernández<sup>1</sup>, M. Jiménez Muñoz<sup>2</sup>, R. López Márquez<sup>3</sup>, F. Díaz Narváez<sup>1</sup>, E. Sánchez Granados<sup>1</sup>

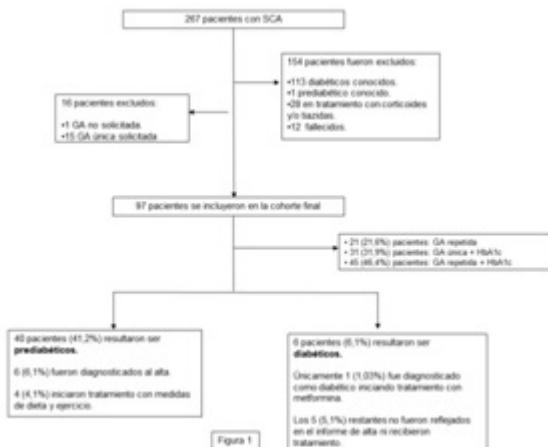
<sup>1</sup>Unidad Gestión Clínica Servicio Medicina Interna. <sup>2</sup>Unidad de Archivo y Documentación. <sup>3</sup>Unidad Gestión Clínica Medicina Preventiva y Salud Pública. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva.

### Resumen

**Objetivos:** Los diabéticos tienen de 2 a 4 veces más probabilidades de padecer infarto agudo de miocardio. Los estados de prediabetes (glucemia basal alterada (GBA) e intolerancia a la glucosa (ITG)) aumentan el riesgo de padecer enfermedad coronaria. En algunas ocasiones, la hospitalización por un evento coronario puede representar la primera oportunidad para detectar y tratar la diabetes o estado de prediabetes. El último consenso del año 2013 elaborado por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) junto con la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD), recomienda que se realice despitaje de diabetes mellitus (DM) oculta mediante determinación de glucemia en ayunas y hemoglobina glicosilada (HbA1c) en los pacientes que hayan sufrido un episodio isquémico coronario. Nuestra hipótesis principal es determinar la prevalencia de DM o prediabetes ocultas durante el ingreso de pacientes con un evento isquémico coronario y en segundo lugar comprobar si se cumplen las Guías para este aspecto.

**Métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo y observacional donde se recogieron todos los pacientes que ingresaron en el Complejo Hospitalario Universitario de Huelva desde abril a septiembre de 2014, ambos incluidos, con diagnóstico al alta de síndrome coronario agudo (SCA) con o sin elevación del segmento ST y que no tuvieran DM ni prediabetes reflejada en sus antecedentes personales. Por cada paciente se analizó si se realizaron dos determinaciones de glucemia en ayunas (GA) en la planta de hospitalización y el valor de hemoglobina glicosilada (HbA1c). Quedaron excluidos los pacientes en tratamiento previo, al menos las dos semanas previas al ingreso, con corticoides o diuréticos tiazídicos y los que no tenían todas las variables recogidas, como ocurrió con los fallecidos. Los criterios para el diagnóstico de DM y de prediabetes son los definidos por la Asociación Americana de Diabetes del año 2012 (ADA) que son las usadas en la guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) a las que hacemos referencia.

**Resultados:** Se recogen en la figura.



**Conclusiones:** En nuestra serie, la detección de DM o prediabetes “oculta” en pacientes que ingresan por SCA es insuficiente y no se siguen las recomendaciones de las Guías clínicas, a pesar de ser un método sencillo. Además, estos pacientes se encuentran infratratados, lo que aumenta la posibilidad de complicaciones cardiovasculares en el futuro. Por otro lado, es probable que haya más pacientes sin diagnosticar, pues no en todos estaban todas las variables recogidas. Este procedimiento debería aplicarse rutinariamente para detectar la DM oculta o prediabetes en pacientes con eventos isquémicos coronarios.