CO-138

CARACTERIZACIÓN DEL RIESGO ATEROGÉNICO RESIDUAL, TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y COMPROMISO CARDIORRENAL EN LA DISLIPEMIA DIABÉTICA: UN ESTUDIO POBLACIONAL

Daniel Escribano Pardo[1], Rosario Sanjuán Cortés[2], Guillermo Viguera Alonso[3], Sira Telmo Hueso[4], Michelot Lamarre[5], María García Velarte[6], Sandra Luz Miguel[7]

[1] *EAP Oliver - Área 3 Zaragoza*
[2] *EAP La Jota - Área 1 Zaragoza*
[3] *EAP Universitas - Área 3 Zaragoza*
[4] *EAP Alcañiz, Área Alcañiz-Teruel*
[5] *EAP Alcañiz - Área Alcañiz-Teruel*
[6] *Enfermera EAP Utebo - Área 3 Zaragoza*
[7] *EAP Utebo - Área 3 Zaragoza*

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia y el perfil epidemiológico de la dislipemia en adultos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en una Comunidad Autónoma.

Analizar en profundidad la carga de dislipemia aterogénica residual mediante el estudio de fracciones lipídicas avanzadas (colesterol no-HDL, triglicéridos, apolipoproteína B [ApoB], apolipoproteína A-I [ApoA-I] y lipoproteína(a) [Lp(a)]).

Evaluar la influencia de los años de evolución de la DM2 (<10, 10–20 y >20 años) en la estratificación del riesgo cardiovascular (RCV) mediante SCORE2-DM.

Caracterizar el espectro del daño de órgano diana renal (categorías KDIGO de filtrado glomerular [TFGe] y cociente albúmina/creatinina [CAC]) y su correlación con la vasculopatía macrovascular.

Identificar los patrones de prescripción estatínica y no estatínica (fibratos, ezetimiba sola y ácido bempedoico) a nivel poblacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal de base poblacional con fecha de corte a 31 de diciembre de 2024. Se incluyó a la cohorte completa de 85.102 adultos (≥18 años) con DM2 activa de nuestro servicio de salud (prevalencia regional del 6,29%) y se analizó específicamente al subgrupo con dislipemia registrada (n = 55.112; 64,76% de la cohorte). Los datos se extrajeron de la plataforma de Big Data, que integra historias clínicas electrónicas de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Urgencias. Se recogieron variables demográficas (distribución provincial y por sectores sanitarios), antigüedad de la diabetes, parámetros lipídicos avanzados, función renal combinada (TFGe CKD-EPI G1–G5 y CAC A1–A3), comorbilidades vasculares y tratamientos activos. El RCV a 10 años se estratificó con SCORE2 y SCORE2-DM. El análisis estadístico se realizó en software R mediante frecuencias, porcentajes (IC95%), medias ± desviación estándar y medianas con rango intercuartílico (IQR) según la prueba de Shapiro-Wilk, aplicando chi-cuadrado, t de Student o U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

En la cohorte con DM2 y dislipemia (n = 55.112; edad media: 71,1 ± 11,7 años; 55,05% varones), el 69,88% procedía de una provincia de las tres de la comunidad (y concentrados en sector II [27,55%] y sector III [23,46%] de esa provincia). El tiempo de evolución de la DM2 fue <10 años en el 45,15%, 10–20 años en el 45,73% y >20 años en el 9,12%. La duración de la diabetes se relacionó fuertemente con el grado de RCV en SCORE2-DM: la categoría de muy alto RCV incluyó al 15,02% de los pacientes con <10 años de evolución, elevándose al 64,03% en aquellos con 10–20 años y al 20,95% en aquellos con >20 años de diagnóstico.

En el perfil lipídico residual, el colesterol no-HDL medio fue de 118,6 ± 40,5 mg/dL (rango 11–962 mg/dL) y los triglicéridos promediaron 149,7 ± 91,6 mg/dL (mediana 120 mg/dL; rango hasta 1.495 mg/dL), mostrando ambos parámetros un incremento significativo y un salto cuantitativo muy marcado en el grupo de muy alto RCV. La ApoB promedió 95,7 ± 30,0 mg/dL (mediana 91 mg/dL), reflejando un aumento pronunciado en el estrato de muy alto RCV. La ApoA-I mostró un descenso progresivo inverso al RCV (media 1,35 ± 0,31 g/L) y la Lp(a) promedió 35,4 ±

38,3 mg/dL, con un infrarregistro masivo (ausente en el 98,6%).

En la función renal, el 26,40% presentó ERC estadios G3a–G5 (G3a: 13,19%; G3b: 8,05%; G4: 2,74%; G5: 0,42%). Respecto al CAC, el 45,00% se clasificó en A1, el 19,18% en A2 y el 2,92% en A3 (32,90% sin registro). El CAC medio (71,4 ± 302,9 mg/g) y el descenso de la TFGe (<60 mL/min/1,73 m^2) se confirmaron como los principales discriminadores de la categoría de muy alto RCV.

Las comorbilidades vasculares mostraron un gradiente marcadamente ascendente desde el RCV bajo al muy alto: claudicación intermitente (del 1,50% al 15,42%), enfermedad cerebrovascular/ictus (del 1,50% al 10,28%), infarto de miocardio (del 1,76% al 7,11%), fibrilación auricular (del 0,97% al 5,53%) y ERC acumulada (del 2,82% al 45,85%).

En el tratamiento hipolipemiante, el 61,55% tomaba estatinas en monoterapia y el 24,95% terapias combinadas. Entre los fármacos no estatínicos, destacó el uso de fibratos (8,68%), ezetimiba sola (3,46%) y ácido bempedoico (1,37%). La CPK presentó valores normales (media 101,4 ± 103,0 U/L), indicando ausencia de miotoxicidad poblacional.

CONCLUSIONES

La dislipemia en la DM2 en nuestra comunidad autónoma afecta a casi dos tercios de los pacientes y destaca por una elevada carga aterogénica residual (no-HDL, triglicéridos y ApoB elevados). La antigüedad de la DM2 (>10 y >20 años) actúa como un acelerador del RCV y de la vasculopatía sintomática. El CAC, la caída de la TFGe y los triglicéridos constituyen los biomarcadores con mayor capacidad discriminativa para identificar de forma precoz el muy alto riesgo cardiorrenal. Existe un margen amplio para optimizar el tratamiento mediante terapias combinadas no estatínicas, las cuales demuestran un perfil de seguridad muscular óptimo en la práctica clínica real.

CÓMO CITAR

Escribano Pardo D, Sanjuán Cortés R, Viguera Alonso G, Telmo Hueso S, Lamarre M, García Velarte M, et al. CARACTERIZACIÓN DEL RIESGO ATEROGÉNICO RESIDUAL, TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y COMPROMISO CARDIORRENAL EN LA DISLIPEMIA DIABÉTICA: UN ESTUDIO POBLACIONAL. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):28-29. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4