

## Trabajos Seleccionados

### PRESENTACIONES POSTERS

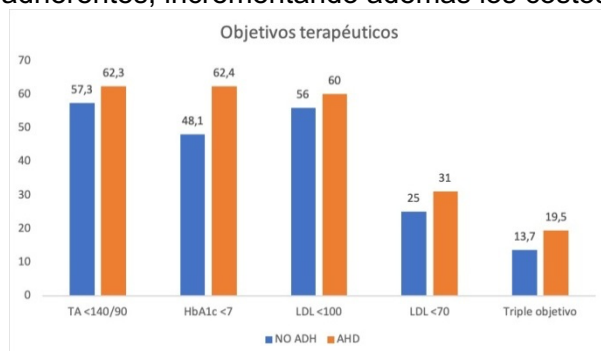
#### **P21 Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de alto riesgo cardiovascular**

Augusto Lavallo Cobo<sup>1</sup>, Ezequiel Forte<sup>1</sup>, Julio Napoli<sup>2</sup>, Paola Harwicz<sup>1</sup>, Alfredo Romano<sup>2</sup>, Emiliano Salmeri<sup>1</sup>, Carlos Klein<sup>1</sup>, Carlos Buso<sup>1</sup>, Cecilia Araya<sup>1</sup>, Mercedes Carlini<sup>1</sup>, Diana Millán<sup>1</sup>, Carolina Gómez Martín<sup>3</sup>, Hugo Sanabria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CONSEJO DE CARDIOMETABOLISMO, SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA; <sup>2</sup>INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO E INVESTIGACIONES MÉDICAS FORMOSA, FORMOSA, ARGENTINA; <sup>3</sup>CENDIA CENTRO DE DIABETES, ENTRE RÍOS, ARGENTINA

Contacto: augustolavallecob@hotmail.com

**Introducción:** el tratamiento de las denominadas enfermedades crónicas no transmisibles dentro de las cuales se encuentra la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), requiere por lo general de cambios en el estilo de vida y medidas farmacológicas. La falta de adherencia es un problema frecuente a nivel mundial, oscilando entre un 30 y 50% en las distintas series. Los pacientes que no son adherentes presentan una mayor incidencia de eventos cardiovasculares e incluso mortalidad que los pacientes adherentes, incrementando además los costos en los sistemas de salud.



**Objetivos:** evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico indicado en una población de pacientes con DM2 y alto riesgo cardiovascular. Evaluar si existen diferencias entre pacientes con adherencia y sin adherencia en cuanto a características clínicas y alcance de objetivos terapéuticos.

**Materiales y métodos:** se realizó un estudio transversal, observacional y multicéntrico. Se registraron en forma consecutiva pacientes (p) con DM2 asistidos en el consultorio de cardiología de mayo a julio de 2019. Del total de p con DM2 ingresaron al estudio los primeros dos de cada día de atención. Se evaluó la adherencia mediante el test de Morisky-Green que consta de cuatro preguntas con dos opciones de respuesta posibles: SÍ/NO. Se definió adherencia a las cuatro preguntas respondidas en forma afirmativa. En caso de presentar 1 respuesta negativa se consideró no adherente a ese paciente. Se definieron objetivos terapéuticos: 1) presión Arterial <140/90 mmHg, 2) hemoglobina glicosilada (HbA1c) <7% y 3) C-LDL <100 mg/dL en pacientes sin enfermedad cardiovascular (ECV) y < 70 mg/dL en pacientes con ECV. 4) Triple objetivo: los puntos 1,2 y 3 dentro de la meta correspondiente.

Variable % (n)	Pacientes sin adherencia (n=314)	Pacientes con adherencia (n=380)	p
Hombres	46,55 (189)	53,45 (217)	0,2
Sin enfermedad CV	44,93 (164)	55,07 (201)	0,4
Con enfermedad CV	45,59 (150)	54,41 (179)	0,4

Enfermedad microvascular	45,55 (128)	54,45 (153)	0,45
Hipertensión arterial	46,12 (291)	53,88 (340)	0,07
Dislipemia	46,27 (254)	53,73 (295)	0,1
Tabaquismo	59,02 (36)	40,98 (25)	0,01
Sedentarismo	49,5 (198)	50,5 (202)	0,004
Sin cobertura médica	50,79 (32)	49,21 (31)	0,7

**Resultados:** se incluyeron para este análisis 649 pacientes. El 58,5% era hombre, con una media de tiempo de evolución de DM2 de 10,7 años. 90,9% presentaba hipertensión arterial, 79,1% dislipemia, 60,1% IMC >30 kg/m<sup>2</sup>, 57,6% sedentarismo y 8,8% tabaquistas. La adherencia global fue de 54,8%. Las diferencias en las características clínicas de los pacientes adherentes vs no adherentes se observan en la Tabla 1. Los paciente con adherencia alcanzaron más frecuentemente valores de TA <140/90 (57,94 vs 42,06 p=0,01), HbA1c < 7% (61,08% vs 38,92% p=0,00001), C-LDL <70 mg/dL (31% vs 25% p=0,03) y triple objetivo (19,5% vs 13,7% p=0,02), sin diferencias en la meta de C-LDL en pacientes sin ECV (60% vs 56% p=0,1).

**Conclusiones:** la mitad de los pacientes incluidos en nuestro registro presentaba adherencia al tratamiento indicado. Los pacientes adherentes alcanzaban más frecuentemente los objetivos de presión arterial, control glucémico y colesterol LDL que los pacientes no adherentes.

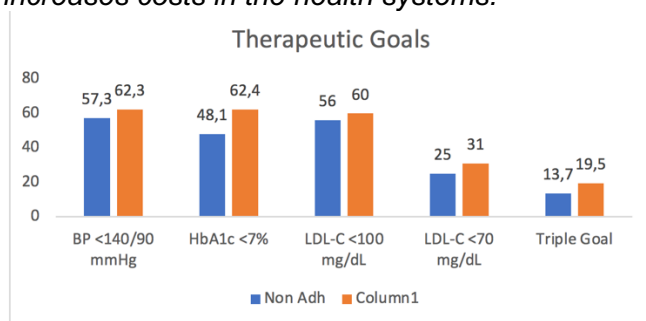
**P21 Adherence to pharmacological treatment in patients with diabetes mellitus type 2 and high cardiovascular risk**

Augusto Lavalle Cobo<sup>1</sup>, Ezequiel Forte<sup>1</sup>, Julio Napoli<sup>2</sup>, Paola Harwicz<sup>1</sup>, Alfredo Romano<sup>2</sup>, Emiliano Salmeri<sup>1</sup>, Carlos Klein<sup>1</sup>, Carlos Buso<sup>1</sup>, Cecilia Araya<sup>1</sup>, Mercedes Carlini<sup>1</sup>, Diana Millán<sup>1</sup>, Carolina Gómez Martín<sup>3</sup>, Hugo Sanabria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CARDDIOMETABOLISM COUNCIL, ARGENTINE SOCIETY OF CARDIOLOGY, AUTONOMOUS CITY OF BUENOS AIRES, ARGENTINA; <sup>2</sup>INSTITUTE OF DIAGNOSIS AND MEDICAL INVESTIGATIONS FORMOSA, FORMOSA, ARGENTINA; <sup>3</sup>CENDIA DIABETES CENTER, ENTRE RÍOS, ARGENTINA

Contacto: augustolavallecob@hotmail.com

**Introduction:** The treatment of chronic non-communicable diseases, including type 2 diabetes mellitus (DM2), generally requires changes in lifestyle and pharmacological measures. Lack of adherence is a frequent problem around de world, ranging between 30 to 50% in different studies. Non-adherent patients have a higher incidence of cardiovascular events and higher mortality compared to adherent patients. Therefore, it increases costs in the health systems.



**Objective:** Analyze the adherence to pharmacological treatment indicated in a group of patients with DM2 and high cardiovascular risk. Assess the differences in clinical characteristics and scopes of therapeutic goals in the adherent population in comparison with non-adherent patients.

**Study design and methods:** We carried out an observational, cross-sectional and multicenter study. Patients with DM2 that assisted to the cardiology office from May to July 2019, were consecutively registered. From the total p with DM2, we included in the registry, the first two p of each day. Adherence was assessed using the Morisky-Green test, which consists of 4 questions with two possible answers options: YES/NO. We defined adherence when the 4 answers were affirmative. We consider a non-adherent patient when presenting 1 or more negative answers. Therapeutic goals were defined: blood pressure under 140/90 mmHg, 2) HbA1c < 7% and 3) LDL cholesterol < 100 in patients without Cardiovascular disease (CVD) and < 70 mg/dl in patients with CVD. 4) triple goal: points 1,2 and 3 within the corresponding values.

Characteristic	Non Adherent (n = 314)	Adherent (n = 380)	P
Men (%)	46,5	53,5	NS
Women (%)	43,4	56,6	
History of CV disease (%)	44,9	55,1	NS
Without history of CV disease (%)	45,6	54,4	
Microvascular disease (%)	45,6	54,4	NS
Hypertension (%)	46,1	53,9	NS
Dyslipemia (%)	46,3	53,7	NS
Smokers (%)	59	41	0,01
Sedentarismo (%)	49,5	50,5	0,004
Without medical insurance (%)	50,8	49,2	NS

**Results:** 649 p were included in this analysis: 58,5% were men with a mean time of DM2 evolution of 10,7 years. 90,9% had hypertension, 79,1% dyslipidemia, 60,1% were obese (BMI > 30km/m<sup>2</sup>), 57,6% had sedentary lifestyle and 8,8% were smokers. Overall adherence was 54,5%. The general characteristics comparing patient's non-adherent vs those adherents are shown in Table 1. Adherents patients more frequently reached BP levels < 140/90 (57.94 vs 42.06 p=0,01) HbA1c < 7% (61,08% vs 38,92% p=0,00001), LDL-C < 70 mg/dl (31% vs 25% p=0,03) and triple goal showing no differences in LDL-C in patients without CVD (60% vs 56% p=0,1). (FIG1)

**Conclusion:** In our registry, half of the patients were adherent to the treatment. Adherent patients reached blood pressure goals, glycemic control and LDL targets more frequently than non-adherent patients.