

85-89 años: 750 (63% mujeres), 90-94 años: 403 (66% mujeres), > 95: 116 (78%). DM > 85 años en Centro de Salud 328 (26% del total, 61% mujeres): 85-89 años: 203 (27% de DM, 54% mujeres), 90- 94 años: 99 (24% de DM, 71% mujeres), > 95: 26 (22% de DM, 65% mujeres). HbA_{1c} > 9 del total de DM > 85: 44 (13% de DM, 29% mujeres). HbA_{1c} 8- 9 del total de DM > 85: 33 (10% de DM, 39% mujeres). Filtrado < 60 ml/mn/1,73 m² del total de DM > 85: 155 (47% de DM, 62% mujeres), LDL > 110 mg/dl del total de DM > 85: 257 (78% de DM, 56% mujeres). LDL < 70 mg/dl del total de DM > 85: 102 (31% de DM, 46% mujeres). HTA del total de DM > 85: 242 (73% de DM, 64% mujeres). El porcentaje de pacientes con DM > 85 años es 26% y mayor en mujeres. El porcentaje se mantiene pese el aumento de la edad. Mal control HbA_{1c} > 9 13% predominio varones y mayor edad. Mal control HbA_{1c}: 8-9 10% predominio varones. Filtrado bajo: 47% de predominio mujeres y mayor edad. Mal control en lípidos LDL > 110 mg/dl: 78% peor mujeres a mayor edad. Buen control LDL < 70 mg/dl: 31% mejor control mujer a mayor edad. HTA 73% de los pacientes predominio en mujeres y se mantiene en edad.

Conclusiones: Pacientes con DM en estas franjas etarias son 1 de cada cuatro muy similar al 23% de una gran cohorte de nuestra comunidad autónoma. El mal control glucémico y de lípidos no parece haya sido determinante en la supervivencia. La enfermedad renal diabética pare no influir en la supervivencia. El porcentaje de HTA aumenta con la edad. Nuestro proyecto profundizar ahora en la evolución en el tiempo en estos mismos pacientes de estos parámetros metabólicos y compararlos con otras cohortes similares en distintos ámbitos socioeconómicos.

P-021. PERFIL CLÍNICO, MORTALIDAD Y ESTANCIA HOSPITALARIA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON CETOACIDOSIS DIABÉTICA: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA

G. Simbaña, A. Pelayo, C. LaTorre, M. Peñaherrera, A. Chaves, C. Montalbán y F. Pazos

Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Objetivos: Evaluar las características clínicas, la duración de la estancia hospitalaria, la tasa de incidencia, la mortalidad y los ingresos hospitalarios de pacientes con episodios de cetoacidosis diabética (CAD).

Material y métodos: Estudio retrospectivo y transversal de 143 pacientes que ingresan con cetoacidosis diabética en los últimos 5 años correspondientes entre enero 2019 y enero de 2024, con diabetes ya conocida o de nueva aparición.

Resultados: La tasa de mortalidad fue menor al 1%. Los episodios de CAD fueron leves (35,6%), moderados (41,03%) o graves (12,84%). El porcentaje de CAD con respecto al número de diabéticos en la ciudad de Santander fue 1,03% en 5 años. Las causas más comunes que desencadenaron la CAD fueron las infecciones en un 79%, infecciones respiratorias (19%), ITUS (6,16%) y otras infecciones (47%), otras causas fueron la transgresión dietética (16%) y la omisión de dosis de insulina (7,10%). El 68,5% corresponde a DM tipo 1 y el 29,3% a DM tipo 2. Los pacientes con DM tipo 2 eran mayores con una edad promedio de 64 años y una máxima de 89 años con niveles más altos de creatinina, BUN, osmolalidad, sodio y brecha aniónica. Los pacientes con DM de nueva aparición tenían niveles más altos de glucosa y sodio, pero niveles más bajos de potasio. Menores de 18 años con CAD fueron el 25,8%, con una edad mínima de 5 años. La media de HbA_{1c} de los pacientes que ingresaron en UCI fue de 10,4 mg/dl. Se requirió ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI) en el 43,59% de los casos ($p < 0,005$) con una media de estancia de 1,4 días \pm 2 días ($p < 0,005$) y en el hospital fue de 6,8 \pm 5,92 días, significativamente diferente según la gravedad de la CAD. Se encontró diferencias significativas en pacientes que usaban ADOS sobre todo con

iSGLT2 y diuréticos con una edad promedio de 59 años y que presentaron complicaciones durante el ingreso, los fallecimientos por cetoacidosis son bajos, pero casi todos son mayores de 68 años.

Conclusiones: La mayoría de los episodios de CAD requieren ingreso hospitalario con una mortalidad muy baja en la actualidad < 1%, que refleja un buen manejo hospitalario y evidencia la efectividad de las estrategias terapéuticas actuales para la CAD, sin embargo, el perfil de los pacientes fallecidos > 68 años sugiere, que la edad avanzada y comorbilidades podrían ser factores de mal pronóstico. La duración de la estancia en UCI depende del tipo de DM y la gravedad inicial del episodio, en casos graves (43,59%, $p < 0,005$) confirman que la gravedad de la CAD es un factor predictivo clave para el nivel de atención requerido, se encontró evidencia significativa para mayores complicaciones durante el ingreso con el uso de ADOS sobre todo iSGLT2 y diuréticos lo que podría ser un área de interés para futuras investigaciones en relación con CAD. La mortalidad baja sugiere que el manejo hospitalario de CAD es eficaz, aunque se deben fortalecer estrategias para prevenir complicaciones en pacientes mayores y en aquellos que usan iSGLT2 y diuréticos.

P-022. INCIDENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 POR ESTATUS SOCIOECONÓMICO Y SEXO EN LA CIUDAD DE VALENCIA

M. Rocha Barajas^a, C. Banuls Morant^a, M. Pelecha Salvador^a, C. Morillas Ariño^a, T. Alhambra Borrás^b, A. Gallego Valadés^b y J. Garcés Ferrer^b

^aFISABIO-Hospital Peset, Valencia, España. ^bInstituto de Investigación Polibienestar, Universidad de Valencia, España.

Introducción y objetivos: El mayor estudio sobre incidencia de diabetes tipo 2 (DMT2) en España reportó 11,6 casos por 1.000 personas-año. Investigaciones previas han relacionado el estatus socioeconómico (ESE) del barrio con la prevalencia de DMT2, pero los estudios longitudinales en España son limitados. El objetivo del estudio fue estimar la incidencia ajustada por edad de DMT2 conocida, según sexo y ESE de la sección censal de residencia durante 2015-2022.

Material y métodos: Se recogieron datos del historial clínico electrónico procedentes del Sistema de Información de la Asistencia Ambulatoria (SIA-GAIA) de la Generalitat Valenciana y datos socioeconómicos agregados procedentes del Atlas de Distribución de Renta de los Hogares (INE). La medida de resultado primaria fue el primer registro de diagnóstico de DMT2 según códigos CIE-9 y CIE-10. Se seleccionó población \geq 40 años residente en los 26 identificadores postales de la ciudad de Valencia. Se censuraron los casos prevalentes con anterioridad a 2015 (según los registros de morbilidad disponibles desde 1990) así como los registros de casos prevalentes posteriores a la aparición durante el periodo considerado, formando una cohorte retrospectiva. Se clasificaron las secciones censales de residencia según la media de la renta por unidad de consumo, en cuartiles. Para la estimación de la incidencia, se empleó regresión Poisson especificando la población en riesgo acumulada como offset. El ajuste por edad se realizó agrupando la población en grupos quinqueniales, exceptuando el grupo de mayor edad (90 años o más), y ponderando la estimación por el peso poblacional de cada grupo de edad, para cada combinación de sexo y ESE.

Resultados: La incidencia general de DMT2 conocida, ajustada por edad, para todo el periodo 2015-2022 fue de 10,2 (IC95%: 9,85 a 10,6) casos por mil personas-año. Esta incidencia fue heterogénea según sexo y ESE de la sección censal de residencia (tabla).

Conclusiones: Los resultados muestran mayor incidencia de DMT2 conocida en hombres que en mujeres, de manera consistente con la literatura conocida sobre epidemiología de la DMT2. Asimismo, tal y como se esperaba, la incidencia es mayor en áreas con ESE bajo

en comparación con áreas con ESE alto, tanto para hombres como para mujeres. Este hecho evidencia la relevancia que el estilo de vida y los factores socio-relacionales desempeñan en la aparición de la enfermedad.

Media de la renta por unidad de consumo	Sexo	
	Hombre	Mujer
Baja	15,8 (15,2 a 16,5)	11 (10,6 a 11,5)
Media-baja	13,1 (12,5 a 13,6)	9,08 (8,71 a 9,46)
Media-alta	11,9 (11,5 a 12,4)	8,3 (7,96 a 8,65)
Alta	9,38 (8,99 a 9,79)	6,52 (6,25 a 6,81)

Agradecimientos: Este estudio ha sido financiado por PI22/01009, PI21/01160 del ISCIII; CIPROM/2022/32 e INVEST/2023/163 de Conselleria d'Educació de la GVA y EU-Horizonte Europa (HORUS-nº101136516).

P-023. PREVALENCIA DE DIABETES Y PREDIABETES EN PACIENTES INGRESADOS POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN UN SERVICIO DE NEUROLOGÍA

A. Martínez González^a, M. Marco Menárguez^a, P. Cuena Pérez-Mateos^a, M.D. Espín García^a, F. Illán Gómez^a, M.J. López López^a y M.A. Tomás Pérez^b

^aHospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España. ^bHospital Rafael Méndez, Lorca, España.

Objetivos: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad metabólica cuya incidencia está en aumento. Un mal control de esta puede conllevar el desarrollo de múltiples complicaciones micro y macrovasculares y un mayor gasto hospitalario. Su inicio puede ser totalmente asintomático y, no es infrecuente que, su diagnóstico se realice tras el desarrollo de alguna de estas complicaciones. El objetivo de este estudio es describir las características y la prevalencia de DM2 y prediabetes, en pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular (ECV) en un servicio de Neurología.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de pacientes ingresados por ECV en el servicio de Neurología en el Hospital Morales Meseguer durante el mes de noviembre de 2024. Se han recogido datos sobre sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular (DM2, hipertensión arterial, dislipemia y tabaquismo), hemoglobina glicada (HbA_{1c}) y estancia hospitalaria. Las variables cualitativas se expresan en porcentaje y las cuantitativas en medias ± desviación estándar.

Resultados: Hubo 69 ingresos por ECV, 35 varones (50,8%) y 34 mujeres (49,2%), con una edad de $67,8 \pm 14,5$ años y una HbA_{1c} de $6,3 \pm 0,9\%$. El 30,4% (21) tenía un diagnóstico previo de DM2. Durante el ingreso se estableció el diagnóstico de DM2 en 8 casos (11,6%), prediabetes en 20 (29%), mientras que otros 20 pacientes (29%) tenían un metabolismo de la glucosa normal. Los 29 pacientes con DM2 tenían una edad de $72,1 \pm 10,5$ años; una HbA_{1c} de $7,2\% \pm 0,9$ y una estancia de $8,5 \pm 4,6$ días. El 86,2% presentaba hipertensión arterial, el 82,7% dislipemia y el 41,3% tabaquismo. Un paciente, incluido en el grupo de diabetes desconocido, falleció durante el ingreso. Los 40 pacientes con normoglucemia o prediabetes tenía una edad de $64,8 \pm 16,3$ años, HbA_{1c} media de $5,6 \pm 0,4\%$ y una estancia hospitalaria de $6,1 \pm 3,7$ días. Las comorbilidades asociadas en este grupo de pacientes fueron 45% de hipertensión arterial, 45% de dislipemia y 32,5% de tabaquismo. En este grupo no hubo ningún fallecimiento.

Conclusiones: En nuestro medio la prevalencia de DM2 en pacientes ingresados por ECV en un servicio de neurología es del 42%, y la

de prediabetes del 29%. El 11,6% de los pacientes con DM2 desconocía el diagnóstico. Los pacientes con DM2 tenían más edad, más comorbilidades asociadas y mayor estancia hospitalaria.

P-024. COMORBILIDADES EN DM2 Y SU RELACIÓN CON EL IMC Y EL CONTROL GLUCÉMICO: SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO DIAMOND2 EN UN CENTRO DE SALUD PARTICIPANTE

A. Treceño Zamorano, Ó. Baro Pato, P. Cano García, M.Á. Vega Mendía y D. Garrote Martínez

CS Galapagar, España.

Objetivos: Valorar la relación entre comorbilidades, obesidad y control glucémico de un grupo de pacientes con DM2 incluidos en uno de los CS participantes en el Estudio Diamond2.

Material y métodos: Se han utilizado los datos obtenidos de un subanálisis del Estudio Diamond2.

Resultados: Se muestran a continuación las siguientes tablas con los resultados obtenidos. En la primera, vemos como claramente hay una relación directamente proporcional entre el número de comorbilidades que presentan los pacientes y la prevalencia de obesidad. En la segunda, observamos que no hay relación entre el número de comorbilidades que presenta un paciente y el control glucémico que presenta.

Número de comorbilidades vs. IMC

Num_comor	Ninguna	Normopeso		Sobrepeso		Obesidad	
		n	%	n	%	n	%
0	0	0,0%		4	100,0%	0	0,0%
1-3	34	19,4%		73	41,7%	68	38,9%
4-6	35	16,2%		80	37,0%	101	46,8%
> 6	16	11,6%		35	25,4%	87	63,0%
Missing	3	7,3%		17	41,5%	21	51,2%

Número de comorbilidades vs. control HbA_{1c}

Num_comor	Ninguna	Control_ultima_HbA _{1c}		
		Control < 7%	No control ≥ 7%	
n	%	n	%	
0	5	62,5%	3	37,5%
1-3	113	54,3%	95	45,7%
4-6	143	59,3%	98	40,7%
> 6	100	61,3%	63	38,7%
Missing	25	48,1%	27	51,9%

Conclusiones: Realizando un subanálisis del Estudio nacional Diamond2, tomando como muestra la población del CS en el que desarrollamos nuestra actividad profesional, hemos tratado de objetivar dos afirmaciones que a priori tendríamos claras: los pacientes con mayor número de comorbilidades van a tener una mayor prevalencia de obesidad y un peor control glucémico. Sin embargo, esto no ha sido así, sino que sí hemos visto que la prevalencia de obesidad aumenta con el número de comorbilidades que presenta el paciente, pero el control glucémico no se asocia significativamente con el