

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

número de comorbilidades que presenta el paciente, al contrario de lo que inicialmente cabría esperar. La prevalencia de obesidad aumenta con el número de comorbilidades ($p < 0,001$). El control HbA_{1c} no se asocia significativamente con el número de comorbilidades ($p = 0,387$).

P-025. EVALUACIÓN DEL CRIBADO ANALÍTICO POBLACIONAL PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE DIABETES MELLITUS IMPLEMENTADO EN EL SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS DE NUESTRA ÁREA DE SALUD

E. Fernández Rubio^{a,b}, D. Jiménez González^c, I. Peña Pérez^c, J.I. Sampedro García^c, J. Pérez Yéboles^a, I. Gil González Pinto^a y N. Valdés Gallego^{a,b}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España. ^bBiocruces Bizkaia, Barakaldo, España.

^cServicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España.

Introducción: Las recomendaciones de la ADA 2020 para el diagnóstico de diabetes mellitus (DM) exigían 2 pruebas alteradas en diferentes analíticas. Dichos criterios han sido modificados en la nueva versión 2024. Ahora, el diagnóstico de DM puede establecerse con dos pruebas alteradas en una misma analítica, es decir, tener tanto la glucemia basal como la hemoglobina glicada (HbA_{1c}) elevadas, sin necesidad de realizar una nueva extracción. Esto reduce el retraso en el diagnóstico y disminuye los costos asociados.

Objetivos: Evaluar la estrategia de cribado poblacional implementada en 2022 por el Servicio de Análisis Clínicos para la detección de nuevos casos de DM, en consonancia con las recomendaciones de las guías de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) de 2020 y 2024.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado entre mayo de 2022 y mayo de 2024. Se implementó una regla en el Sistema Informático del Laboratorio para ampliar la determinación de HbA_{1c} en todos los pacientes ambulatorios con glucemia basal ≥ 126 mg/dL y sin una prueba de HbA_{1c} en el último año. Los resultados se acompañaron de un comentario explicativo. En el análisis de datos, se excluyeron pacientes oncológicos, fallecidos 1-2 meses después de la aplicación de la regla, pacientes cuyo seguimiento de atención primaria se realiza en otra comunidad autónoma, pacientes que no acudieron en ayunas y pacientes duplicados.

Resultados: Tras aplicar los criterios de exclusión, se analizaron los datos de 1.823 pacientes, 54,3% hombres, con una edad media de $65,57 \pm 15,9$ años. Se diagnosticó DM de novo en 438 pacientes (24%), siendo el 56,9% hombres con una edad media de $60,5 \pm 14,4$ años, inferior a la de las mujeres, $63,2 \pm 15,0$ años ($p < 0,015$). Los valores de glucemia y HbA_{1c} fueron mayores en los hombres ($179,0 \pm 65,3$ mg/dL vs. $166,9 \pm 51,8$ mg/dL, $p = 0,019$; $7,9 \pm 1,7$ vs. $7,6 \pm 1,4\%$, $P = 0,032$). La HbA_{1c} fue superior al 8% en 130 pacientes (29,7%), con una edad media de $55,3 \pm 17,0$ años frente a $64,1 \pm 13,3$ años ($p < 0,001$), predominando los hombres ($63,8$ vs. $36,2\%$, $p = 0,037$). En 51 pacientes, la HbA_{1c} superó el 10%, con una edad media de $48,8 \pm 16,7$ años frente a $63,1 \pm 13,8$ años ($p < 0,001$), sin diferencias significativas entre sexos. El 87,2% de los pacientes diagnosticados con DM de novo recibieron tratamiento (farmacológico y/o medidas higiénico-dietéticas).

Conclusiones: La ampliación del cribado poblacional, incluyendo la medición de HbA_{1c} en el mismo análisis, demuestra ser eficiente para el diagnóstico de DM, optimizando los recursos, reduciendo el tiempo de espera y evitando desplazamientos innecesarios para los pacientes. Esto es especialmente relevante, ya que un tercio de los pacientes presentaron un HbA_{1c} > 8% al momento del debut.

P-026. APUNTANDO AL OBJETIVO: RETOS EN EL (DES) CONTROL LIPÍDICO EN DIABETES MELLITUS

N. Salvador Peiró, I. Martín Timón, L. Rambla Aguilar, M.M. García González, L. Zeng Zhang, I. Romero Ruiz y C. Sevillano Collantes

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus (DM) es un factor independiente de riesgo cardiovascular. El cuidado de las personas con diabetes requiere atender factores de riesgo coexistentes como la dislipemia, considerando predictores de riesgo como las apolipoproteínas o la inflamación y combinando fármacos si es necesario. Nuestro objetivo fue estudiar el control de la dislipemia en pacientes diabéticos en el ámbito hospitalario y posibles factores asociados.

Material y métodos: Se tomaron datos de pacientes de la consulta de endocrinología de un hospital madrileño, de manera retrospectiva, entre marzo de 2023 y noviembre de 2024. Las variables recogidas fueron: edad, género, tipo y tiempo de duración de la DM, IMC, antecedentes de hipertensión, consumo tabáquico, enfermedad vascular, lesiones de órgano diana, tratamiento hipolipemianti, HbA_{1c}, función renal y perfil lipídico. Se calculó la LDL con las fórmulas de Friedewald y Martin-Hopkins. Se clasificó los pacientes según su riesgo cardiovascular. Se realizó la estadística descriptiva con Microsoft Excel y la analítica con las técnicas de chi cuadrado y t-Student.

Resultados: Se obtuvieron datos de 104 pacientes. El 39,42% eran mujeres. La edad media era $59,89$ años. El 72,12% tenían DMII, el 44,23% obesidad y el 55,77% hipertensión. El 69,23% tenían una HbA_{1c} $\geq 7\%$. 24 pacientes (el 23,08%) tenían un riesgo alto y 80 (el 76,92%) muy alto. El porcentaje de pacientes que no cumplían objetivos era 74,04% (fórmula de Friedewald) y 83,65% (Martin-Hopkins). Era el caso del 93,75% de los pacientes en prevención secundaria (el 14,42% del total). El 11,54% tenían la Lp(a) elevada, el 15,38% la PCR, el 44,23% la ApoB y el 69,23% la homocisteína. Muchos de ellos tenían mal control lipídico (más del 80% en el caso de la homocisteína, del 90% de la Lp(a) o PCR y el 100% de la ApoB). La terapia hipolipemianti más común fue la atorvastatina en monoterapia (41,34%). Se encontraron diferencias significativas en niveles de LDL entre pacientes en monoterapia con estatina y biterapia añadiendo ezetimiba ($p = 0,0244$ con la fórmula de Friedewald, $p = 0,0031$ con la de Martin-Hopkins).

Conclusiones: La dislipemia es un problema importante para la salud cardiovascular de la población diabética. En la muestra obtenida, un elevado número de pacientes no cumplían objetivos de prevención (el 74,04% según la fórmula de Friedewald, el 83,65% según la de Martin-Hopkins). Se encontraron niveles de LDL por encima de los recomendados en los pacientes con Lp(a), ApoB, PCR u homocisteína altas. Fue significativa la diferencia en valores de LDL según reciban monoterapia o biterapia, denotando la importancia de escalar el tratamiento en pacientes que no cumplen objetivos.

P-027. IMPACTO DEL USO DE ISGLT2 EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON INGRESO POR CETOACIDOSIS DIABÉTICA

S. Khoruzha Aleksandrovych, P. Gorostiaga Ramos, F. Vidal-Ostos de Lara, Á. Alcalá Artal, P. Cebrián López, R. Niddam y M. Botella Serrano

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España.

Introducción y objetivos: La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación aguda de la diabetes mellitus asociada con una elevada morbilidad y mortalidad. Los inhibidores de SGLT2 (iSGLT2) han