

## Síndrome metabólico, prediabetes y diabetes

### 191. EL COLESTEROL NO HDL EN PACIENTES CON DIFERENTES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA PROVINCIA DE LLEIDA

J. Montserrat Capdevila, M.B. Vilanova Fillat, M. Calderó Solé, R. Llobet Font, M.A. Florensa Flix, M. Abellana Sangrà, M. Oliva Xifré, L. Olivart Mor, V. Sánchez Fernández y M. Pena Arnáiz

*ABS Pla d'Urgell, Mollerussa, Lleida.*

**Objetivos:** Determinar si existen diferencias por lo que se refiere a los niveles de colesterol no HDL en nuestra población en función del género, la presencia de hipertensión arterial (HTA) y de diabetes (DM).

**Métodos:** Estudio transversal. Los pacientes obtenidos a partir de una muestra censal aleatoria simple formada por individuos mayores de edad de la provincia de Lleida. Las variables recogidas fueron el género, la edad, los antecedentes de DM e HTA, el tratamiento con hipolipemiantes, antidiabéticos orales y/o insulina, la presión arterial, unos análisis de sangre con glicemia basal, colesterol total y c-HDL. La HTA definida según la Joint National Committee on Detection, Evaluation and treatment of High Blood Pressure-Seventh Report y las guías europeas (2003). La DM según las recomendaciones de la American Diabetes Association. Para calcular el colesterol no HDL se utilizó la fórmula: colesterol total menos colesterol HDL.

**Resultados:** La muestra estuvo formada por 283 individuos, 118 varones (41,7%) y 165 mujeres (58,3%) con una media de edad de 51,1 años (IC95% [47,5-54,7] para los varones y 50,6 años (IC95% [47,1-54,1] para las mujeres. Un total de 105 individuos eran hipertensos (37,1%) y 32 eran diabéticos (11,3%). El colesterol no HDL en las mujeres fue de 134,4 (IC95% [128,6-140,2]), significativamente inferior que en los varones, 144,8 (IC95% [138,0-151,5]) ( $p = 0,032$ ). Respecto a la HTA, las mujeres hipertensas presentaban una media de colesterol no HDL significativamente superior (148,0, IC95% [136,2-159,9]) respecto las no hipertensas (129,1 IC95% [122,7-135,6]). Estas diferencias no se observaron en el género masculino. No se hallaron diferencias en cuanto al colesterol no HDL en función de la DM.

**Conclusiones:** Las mujeres presentaban unos niveles de colesterol no HDL significativamente inferiores respecto los varones. En las mujeres, el aumento del colesterol no HDL se relaciona con la HTA. Pero no parece existir relación alguna entre el colesterol no HDL y la DM. Son necesarios más estudios que confirmen estos hallazgos.

### 192. VARIACIÓN DE LOS PATRONES DE CONTROL GLUCÉMICO TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LOS INHIBIDORES DE LA DPP4 EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN UN CENTRO DE SALUD

P. Vila Arteaga, M. Leal Hernández, M. Lozano Espinosa, M. González Lorenzo, P. Gómez Jara, J. García-Galbis Marín y J. Abellán Alemán

*Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.*

**Objetivos:** Analizar si los pacientes diabéticos mejoran su patrón de control glucémico tras la introducción de los inhibidores de la DPP4 en su esquema terapéutico.

**Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo que incluye a 102 individuos diabéticos tipo 2 atendidos en las consultas de Atención Primaria de un Centro de Salud de la provincia de Castellón. Se incluyeron diabéticos tipo 2 que tuviesen registrada en su historia clínica informatizada los tratamientos utilizados en los últimos

5 años y que uno de ellos fuese de los inhibidores de la DPP4. Se excluyeron a los pacientes que no tenían historia clínica informatizada o que no habían sido seguidos de forma continuada en los centros de salud. Las variables analizadas han sido: antropométricas, hemoglobina glicosilada, tratamiento farmacológico, factores de riesgo cardiovascular y eventos cardiovasculares presentes. Se analizaron los promedios de las hemoglobinas glicosiladas y resto de parámetros en cada paciente antes y después de prescribirse el tratamiento con inhibidores de la DPP4. No se realizó ninguna otra intervención específica con los pacientes.

**Resultados:** La edad media fue de  $67,85 \pm 10,25$  años. 54 varones y 47 mujeres. Los factores de riesgo cardiovascular presentes en los pacientes diabéticos de la muestra son obesidad/sobrepeso en el 69,6% (71), hipertensión arterial en el 66,7% (68), dislipemia en el 62,7% (64) y tabaquismo en el 6,9% (7). Respecto a los eventos cardiovasculares han presentado cardiopatía isquémica el 13,7% (14), accidente cerebrovascular el 5,9% (6), nefropatía el 4,9% (5), neuropatía el 3,9% (4) y retinopatía el 11,7% (12). La evolución de las variables antropométricas y otros parámetros bioquímicos tras el tratamiento con inhibidores de la DPP4 no ha mostrado variaciones significativas ni en el peso ( $78,4 \pm 13,4$  kg antes del tratamiento y  $77,8 \pm 13,1$  kg después) ni el perímetro de cintura ( $101,7 \pm 10,1$  cm antes del tratamiento y  $100,9 \pm 11,0$  cm después). La PAS y PAD y perfil lipídico tampoco sufren modificaciones en relación con el tratamiento mediante inhibidores de la DPP4. La hemoglobina glicosilada media antes del tratamiento es de  $7,70 \pm 1,31\%$  y después  $7,47 \pm 1,49\%$  (ns).

**Conclusiones:** Los pacientes diabéticos no mejoran su patrón de control glucémico tras la introducción de los inhibidores de la DPP4 en su esquema terapéutico.

### 193. PERFIL CLÍNICO Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS EN PACIENTES HIPERTENSOS CON DIABETES

T. Gijón Conde<sup>1</sup>, C. Rodríguez Martín-Millanes<sup>1</sup>, J. Palau Cuevas<sup>2</sup>, M. Ramírez Ariza<sup>1</sup>, B. Valero Tellería<sup>1</sup>, P. Vilanova González<sup>1</sup>, B. Artola Irazábal<sup>1</sup>, A. Graciani<sup>3</sup> y J. Banegas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>CS Cerro del Aire Majadahonda; <sup>2</sup>CS San Lorenzo del Escorial, Dirección Asistencial Noroeste, Madrid. <sup>3</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid/IdiPAZ, Madrid.

**Objetivos:** Conocer el perfil clínico de pacientes hipertensos con diabetes y analizar el cumplimiento de objetivos terapéuticos.

**Métodos:** Estudio descriptivo de cohorte retrospectiva de pacientes hipertensos con diagnóstico de diabetes que acudieron en 2008 a los centros de salud del área 6 de Madrid. Se analizaron factores de riesgo, enfermedad cardiovascular asociada, tratamientos farmacológicos utilizados y consecución de objetivos en presión arterial (cifras  $< 140/90$  mmHg), lípidos (c-LDL  $< 100$  mg/l y  $< 70$  mg/dl; c-HDL bajo si  $< 40$  mg/dl en varones y  $< 50$  mg/dl en mujeres y triglicéridos altos si cifras  $> 150$  mg/dl) y hemoglobina glicosilada (HbA1c  $< 7$ ).

**Resultados:** Se analizaron 1.238 pacientes que presentaron datos de calidad adecuada de registro. El 48,5% eran varones. La media de edad fue significativamente mayor en mujeres (71 vs 66,4 años). La proporción de  $> 65$  años fue 62,8% (70,5% de las mujeres vs 54,7% de los varones). Se observó mayor proporción de diabetes en varones  $< 65$  años (45,3% vs 29,5%) y mayor en mujeres  $> 65$  años (39,5 vs 24,2%). La proporción de factores de riesgo y la ratio varones mujeres/fue: obesidad 50,4% (45%/55,4%), el 44,5% hiperlipemia (43,7%/45,3%) y tabaquismo el 6% (9,5%/2,7%). La proporción de diabéticos con enfermedad cardiovascular asociada fue significativamente mayor para varones en cardiopatía isquémica (15,2% vs 8,8%) y mayor en mujeres para insuficiencia cardíaca (6,4% vs 3,5%). La proporción de ictus fue 6,7%, insuficiencia renal 3,7%, fibrilación auricular 7,7% y arteriopatía 1,1% sin diferencias por sexo. El 15,3% tenían FGe  $< 60$  ml/

min/m<sup>2</sup> (10,3% en varones y 19,8% en mujeres). El cumplimiento de objetivos y la ratio varón/mujer fue: en presión arterial el 55% cumplían objetivo (57,7% vs 52,7%); el 32,8% tenían c-LDL < 100 mg/dl (35,3% vs 30,4); el 9,4% < 70 mg/dl (10,3% vs 8,5%); el 29,8% de pacientes tuvieron el c-HDL bajo (26,5% vs 32,9%) y el 31,7% los triglicéridos altos (35,7% vs 28,1%). El 52% tenían HbA1c < 7 (53,5% vs 50,2%). En cuanto al tratamiento farmacológico el 50% tomaban IE-CAS, 25,4% ARA 2, 37% diuréticos, 21% betabloqueantes y 24,2% antagonistas del calcio. El 50% tomaban hipolipemiantes y el 57% hipoglucemiantes. Al 13% del total de diabéticos se les prescribía insulina. En los pacientes en prevención primaria se les prescribía antiagregantes/anticoagulantes en el 24,5% y en los diabéticos con enfermedad cardiovascular asociada al 81,3%.

**Conclusiones:** Existe una alta prevalencia de factores de riesgo asociado a la diabetes especialmente obesidad y dislipemia y un bajo cumplimiento de objetivos terapéuticos especialmente en lípidos. Hay un infratratamiento importante especialmente en fármacos hipoglucemiantes ya que solo algo más de la mitad toman fármacos a pesar de tener un diagnóstico clínico de diabetes e hipolipemiantes ya que solo la mitad de los pacientes toman estatinas a pesar de los bajos objetivos conseguidos en control de lípidos. Existe una proporción aceptable de antiagregación en prevención secundaria.

#### 194. EVALUACIÓN DEL MANEJO HIPOGLUCEMIANTE EN PACIENTES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO Y SEGÚN APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS ATP O IDF (ESTUDIO SIMETAP)

E. Arranz Martínez<sup>1</sup>, A. Ruiz García<sup>2</sup>, J.C. Moreno Fernández<sup>3</sup>, A. Alcaraz Bethencourt<sup>4</sup>, R. García Pliego<sup>2</sup>, M. Rivera Teijido<sup>4</sup>, R. Rodríguez Cabanillas<sup>5</sup>, E. Gallego Gómez-Carreño<sup>2</sup>, C. Sanz Velasco<sup>6</sup> y M.L. Fernández Monsalve<sup>5</sup>

<sup>1</sup>CS San Blas, Parla. <sup>2</sup>CS Pinto, Madrid. <sup>3</sup>CS Las Américas, Parla.

<sup>4</sup>CS Isabel II, Parla. <sup>5</sup>CS Valdemoro, Madrid. <sup>6</sup>CS Sector III, Getafe.

**Objetivos:** Objetivo principal: evaluar el tratamiento hipoglucemante de los pacientes con o sin síndrome metabólico (SM). Objeti-

tivos secundarios: evaluar las diferencias en el perfil de prescripción hipoglucemante según se apliquen los criterios diagnósticos de síndrome metabólico (SM) ATP III o IDF.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las normas de International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, cumpliendo lo establecido en la LOPD 15/1999 y en la Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “= ALEATORIO()” de Microsoft® OfficeExcel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos, siendo 910 los sujetos analizados al ser ilocalizables el 19,37%; rechazan consentimiento el 7,93%; no acudieron el 6,46%; y tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados) el 2,39%. Método de recogida de datos: se realizó una entrevista concertada (al solicitarla tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas. Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. Estadísticos nominales: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. Estadísticos escalares: medias con desviación típica ( $\pm$  DE); diferencias de medias: Prueba t para igualdad de medias tras evaluar la prueba de Levene para igualdad de varianzas.

**Resultados:** Variables descriptivas: la media de edad en la población de estudio fue 49,63 ( $\pm$  16,46) años. El 51,98% (48,68-55,27) de la población era femenina. El 30,77% (27,78-33,88) de la población padecía SM según ATP, y el 29,12% (26,19-32,19) según IDF. El 9,89% (8,03-12,02) de la población tenía DM tipo 2, y el 1,10% (0,53-2,01) tenía DM tipo 1. Variables de estudio y resultado: el manejo hipoglucemante pautado en las poblaciones con o sin SM se reflejan en las tablas 1 y 2. Al comparar las poblaciones con SM según criterios de ATP o de IDF, el tratamiento pautado se muestra en la tabla 3.

**Conclusiones:** EL tratamiento farmacológico hipoglucemante es mayor entre los pacientes que cumplen criterios de SM (ATP/IDF),

Tabla 1 Comunicación 194.

	Con SM (ATP)	Sin SM (ATP)	Dif.%	p-valor
Metformina	24,29%	1,11%	23,18	0,0000
Insulinas	7,14%	0,16%	6,98	0,0000
Sulfonilureas	4,64%	0,48%	4,16	0,0000
Glinidas	4,29%	0,00%	4,29%	0,000
Inh. DDP-4	3,21%	0,00%	3,21%	0,000
Exenatide, liraglutide	0,36%	0,00%	0,36%	0,133
Pioglitazona	0,00%	0,00%		
Inh. alfa glucosidasa	0,00%	0,00%		

Tabla 2 Comunicación 194.

	Con SM (IDF)	Sin SM (IDF)	Dif.%	p-valor
Metformina	20,07%	2,31%	17,76	0,0000
Insulinas	6,25%	0,83%	5,42	0,0000
Sulfonilureas	4,28%	0,50%	3,78	0,0000
Glinidas	2,96%	0,50%	2,46	0,0022
Inh. DDP-4	2,96%	0,00%	2,96	0,0000
Exenatide, liraglutide	0,33%	0,00%	0,33	0,1827
Pioglitazona	0,00%	0,00%		
Inh. alfa glucosidasa	0,00%	0,00%		

Tabla 3 Comunicación 194.

	Con SM (ATP)	Con SM (IDF)	Dif (%)	p-valor
Metformina	24,29%	20,07%	4,22%	0,2194
Insulinas	7,14%	6,25%	0,89%	0,6669
Sulfonilureas	4,64%	4,28%	0,37%	0,8331
Glíndidas	4,29%	2,96%	1,33%	0,3886
Inh. DDP-4	3,21%	2,96%	0,25%	0,8613
Exenatide, liraglutide	0,36%	0,33%	0,03%	0,9507

siendo la metformina la molécula más usada en ambos grupos: 24% y 1% según estén o no diagnosticados de SM (ATP); y, 20% y 2% según estén o no diagnosticados de SM (IDF). No se encontraron pacientes que estuvieran en tratamiento con glitazonas o inhibidores de la alfa glucosidasa. No existen diferencias estadísticamente significativas en la prescripción farmacológica de los pacientes con SM indistintamente de que se usen criterios de ATP o IDF.

#### 195. VALORACIÓN DEL MANEJO HIPOLIPEMIANTE EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

A. Ruiz García<sup>1</sup>, E. Arranz Martínez<sup>2</sup>, N. Escamilla Guijarro<sup>3</sup>, B. Sanz Pozo<sup>3</sup>, P. Chao Escuer<sup>4</sup>, A. Rodríguez de Cossío<sup>5</sup>, I. Rozas Gómez<sup>3</sup>, G.M. Dávila Blázquez<sup>6</sup>, J.E. Mariño Suárez<sup>7</sup> y M.J. Frías Vargas<sup>8</sup>

<sup>1</sup>CS Pinto, Madrid. <sup>2</sup>CS San Blas, Parla. <sup>3</sup>CS Las Américas, Parla. <sup>4</sup>CS Griñón, Madrid. <sup>5</sup>CS San Martín de la Vega, Madrid. <sup>6</sup>CS Getafe Norte, Madrid. <sup>7</sup>CS El Greco, Getafe. <sup>8</sup>CS Campohermoso, Humanes.

**Objetivos:** Objetivo principal: valorar las diferencias de manejo farmacológico hipolipemiante entre pacientes con o sin síndrome metabólico (SM). Objetivo secundario: valorar las diferencias de manejo farmacológico hipolipemiante según sexo.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las normas de: International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, LOPD 15/1999, y Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO()”Microsoft® Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos. Sujetos analizados: 881 [19,37% ilocalizables; 7,93% rechazaron consentimiento; 6,46% no acudieron; 2,39% tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)]. Método de recogida de datos: se realizó una entrevista (solicitada tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas. Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. Estadísticos nominales: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones.

**Resultados:** Variables descriptivas: el 51,98% (48,68-5,27) de la población de estudio eran mujeres. El 30,77% (27,78-33,88) de la población padecía SM según ATP y el 29,12% (26,19-32,19) según IDF. Variables de estudio y resultado: el 69,29% (63,52-74,64) de la población con SM (ATP) estaba en tratamiento hipolipemiante vs el 2,70% (1,58-4,29) de la población sin SM [diferencia (66,59%) significativa ( $p < 0,0001$ )]. Las estatinas se utilizaban en el 92,27%

(87,57-95,61) de la población con SM (ATP) en tratamiento hipolipemiante vs el 88,24% (63,56 - 98,54) en la población sin SM [diferencia (4,03%) no significativa ( $p = 0,558$ )]. El 55,26% (49,48-60,94) de la población con SM (IDF) estaba en tratamiento hipolipemiante vs el 6,83% (4,98-9,08) de la población sin SM [diferencia (48,43%) significativa ( $p < 0,00001$ )]. Las estatinas se utilizaban en el 92,26% (87,13-95,82) de la población con SM (IDF) en tratamiento hipolipemiante vs el 90,70% (77,86-97,41) en la población sin SM [diferencia (1,56%) no significativa ( $p = 0,737$ )]. Las diferencias del manejo hipolipemiante entre las poblaciones masculina y femenina, y entre las poblaciones con o sin SM (ATP/IDF) se muestran en las tablas. Las diferencias de porcentajes de los hipolipemiantes utilizados entre las poblaciones con SM (ATP) y con SM (IDF) no eran significativas, excepto el tratamiento con estatinas, que era significativamente ( $p = 0,0016$ ) mayor (12,94%) en la población con SM (ATP).

**Conclusiones:** El tratamiento hipolipemiante más utilizado en las poblaciones de estudio fueron las estatinas. El tratamiento hipolipemiante se realizaba en el 69% de la población con SM (ATP) y en el 55% de la población con SM (IDF) vs el 3% y el 7% respectivamente que se realizaba en las poblaciones sin SM. En la población con SM (ATP), las estatinas se utilizaban significativamente un 13% más que en la población con SM (IDF).

Tabla Comunicación 195.

	%	Hombres	Mujeres	Dif.%	p-valor
1º	Estatinas	23,80%	19,03%	4,77	0,0792
2º	Fibratos	2,97%	1,06%	1,91	0,0387
3º	Ezetimibe	1,37%	1,06%	0,61	0,6690
4º	Omega 3	0,92%	0,21%	0,71	0,1483

	%	Con SM (ATP)	Sin SM (ATP)	Dif.%	p-valor
1º	Estatinas	63,93%	2,38%	61,55	0,0000
2º	Fibratos	6,07%	0,16%	5,91	0,0000
3º	Ezetimibe	3,57%	0,16%	3,41	0,0000
4º	Omega 3	1,43%	0,16%	1,27	0,0169

		Con SM (IDF)	Sin SM (IDF)	Dif.%	p-valor
1º	Estatinas	50,99%	6,44%	44,55	0,0000
2º	Fibratos	4,28%	0,83%	3,45	0,0004
3º	Ezetimibe	2,96%	0,33%	2,63	0,0006
4º	Omega 3	1,32%	0,17%	1,15	0,0275

## 196. EVALUACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

A. Ruiz García<sup>1</sup>, E. Arranz Martínez<sup>2</sup>, P. Chao Escuer<sup>3</sup>, C. Zafra Urango<sup>4</sup>, R. Alonso Roca<sup>5</sup>, J.C. Moreno Fernández<sup>6</sup>, A. Rodríguez de Cossío<sup>7</sup>, A. Montero Costa<sup>5</sup>, M.J. Rodríguez Bárcenas<sup>8</sup> y P. Simonaggio Stancampiano<sup>7</sup>

<sup>1</sup>CS Pinto, Madrid. <sup>2</sup>CS San Blas, Parla. <sup>3</sup>CS Griñón, Madrid.

<sup>4</sup>CS Isabel II, Parla. <sup>5</sup>CS Torrejón de la Calzada, Madrid.

<sup>6</sup>CS Las Américas, Parla. <sup>7</sup>CS San Martín de la Vega, Madrid.

<sup>8</sup>CS Margaritas, Getafe.

**Objetivos:** Objetivo primario: determinar las prevalencias de la estimación del filtrado glomerular (EFG) disminuido en las poblaciones con o sin síndrome metabólico (SM). Objetivo secundario: comparar las EFG entre las poblaciones con o sin SM según ATP e IDF.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual y siguiendo las normas éticas de investigación nacionales e internacionales. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO()” de Microsoft® Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos. Sujetos analizados: 884 [(19,37% ilocalizables; 7,93% rechazan consentimiento; 6,46% no acudieron; 2,39% criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)]. Método de recogida de datos: se realizó una entrevista (solicitada tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas. Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. Estadísticos nominales: porcentajes

con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. Estadísticos escalares: medias con desviación típica ( $\pm$  DE); diferencias de medias: Prueba t para igualdad de medias tras evaluar la prueba de Levene para igualdad de varianzas. Variables de estudio: creatinina (mg/dL) y EFG (según método MDRD-4) =  $186 \times (\text{creatinina})^{1,154} \times (\text{edad})^{0.7} \times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,210 \text{ si raza negra}) \text{ (mL/min/1,73 m}^2\text{)}$ .

**Resultados:** Variables descriptivas: la población de estudio tenía una edad media de 49,63 ( $\pm$  16,46) años, siendo femenina el 51,98% (48,68-55,27). La prevalencia de SM (ATP) fue 30,77% (27,78-33,88), y según IDF fue 33,44% (30,38-36,62). Variables de resultado: la media de creatinina fue 0,83 ( $\pm$  0,27) mg/dL, y la media de la EFG (MDRD-4) fue 87,48 ( $\pm$  29,34) mL/min/1,73m<sup>2</sup>. La prevalencia de insuficiencia renal declarada previamente por los investigadores fue del 2,09% (1,26-3,24). Las prevalencias de los distintos estadios de EFG fue: < 30: 0,45% (0,12-1,15); < 45: 0,68% (0,25-1,47); < 60: 4,41% (3,16-5,98); < 90: 39,31% (33,14-39,58);  $\geq$  90: 58,24% (54,81-61,42). Variables de estudio: las diferencias de las medias de creatinina y EFG en las poblaciones con o sin SM (ATP/IDF) fueron significativas (tablas 1 y 2). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los estadios de EFG < 60 y < 90 entre las poblaciones con o sin SM (ATP e IDF) (tablas 3 y 4). La prevalencia de afectación del filtrado glomerular (EFG < 60) fue 10,47% en la población con SM (ATP) y 10,89% en la población con SM (IDF) [diferencia (-0,42) no significativa ( $p = 0,870$ )].

**Conclusiones:** La EFG aparecía alterada en el 10,5% de la población con SM según ATP. La EFG aparecía alterada en el 10,9% de la población con SM según IDF. La proporción de sujetos con EFG < 60 y < 90 era significativamente mayor en las poblaciones con SM (ATP/IDF) en comparación a las poblaciones sin SM.

Tabla 1 Comunicación 196.

	Con SM (ATP)			Sin SM (ATP)			Dif. de medias	p-valor
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Creatinina (mg/dL)	277	0,89	0,28	607	0,81	0,26	0,08	0,0001
EFG (MDRD-4) (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )	277	88,55	22,55	607	101,56	31,14	-13,01	0,0001

Tabla 2 Comunicación 196.

	Con SM (ATP)			Sin SM (ATP)			Dif. de medias	p-valor
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Creatinina (mg/dL)	303	0,89	0,31	581	0,81	0,24	0,08	0,0001
EFG (MDRD-4) (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )	303	89,94	30,68	581	101,42	27,85	-11,47	0,0001

Tabla 3 Comunicación 196.

EFG	Con SM (ATP)		Sin SM (ATP)		Dif.%	p-valor
	N	%	N	%		
< 30	277	0,72%	607	0,33%	0,39	0,4228
< 45	277	1,44%	607	0,33%	1,11	0,0621
< 60	277	8,30%	607	2,64%	5,66	0,0001
< 90	277	43,68%	607	32,95%	10,73	0,0021
$\geq$ 90	277	45,85%	607	63,76%	-17,91	0,0000

Tabla 4 Comunicación 196.

EFG	Con SM (IDF)		Sin SM (IDF)		Dif.%	p-valor
	N	%	N	%		
< 30	303	0,99%	581	0,17%	0,82	0,0842
< 45	303	1,32%	581	0,34%	0,98	0,0914
< 60	303	8,58%	581	2,24%	6,34	0,0000
< 90	303	43,23%	581	32,70%	10,53	0,0020
≥ 90	303	45,87%	581	64,54%	-18,67	0,0000

### 197. OBESIDAD Y SEDENTARISMO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CONTROLADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Sierra Martínez<sup>1</sup> y R. Martínez Fuerte<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CS Gamazo, Valladolid. <sup>2</sup>CS Pilarica, Valladolid.

**Objetivos:** Conocer La prevalencia de obesidad y el estilo de vida sedentario de los diabéticos tipo 2 de nuestro Centro de Salud con el fin de promover hábitos y estilo de vida saludables desde la Consulta de Atención Primaria.

**Métodos:** Los autores realizaron estudio observacional transversal descriptivo de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con registro en la historia clínica informática (HCI) del Centro de Salud. Del listado de pacientes incluidos en el Servicio de Atención al Paciente con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud, de manera aleatoria sistematizada fueron elegidos 104 pacientes (52 hombres (H) y 52 mujeres (M)) a los que se evaluó los parámetros clínicos peso, talla y IMC, también contestaron un cuestionario sobre estilos de vida que incluía: principal actividad física diaria, habitualmente ¿cuánto camina al día?, ¿practica algún deporte? y ¿qué deportes y cuántas horas a la semana?

**Resultados:** 1. Edad de los pacientes DM2: 90-95a (1H, 0M), 85-90a (1H, 2M), 80-85a (7H, 5M), 75-80a (7H, 7M), 70-75a (4H, 11M), 65-70a (10H, 10M), 60-65a (16H, 9M), 55-60a (2H, 3M), 50-55a (4H, 5M). 2. IMC en hombres: 18,5-24,9: 10,64%, 25-29,9: 46,80%, 30-34,9: 36,18%, 35-39,9: 4,25%, > 40: 2,13%. 3. IMC en mujeres: 15,5-24,9: 2,33%, 25-29,9: 39,53%, 30-34,9: 32,56%, 35-39,9: 18,60%, > 40: 6,98%. 4. DM2 + obesidad: en 89,36% de hombres y 97,6% de mujeres. 5. Principal actividad diaria: 5.1. Sentado la mayor parte de la jornada: 33 pacientes. 5.2. De pie la mayor parte de la jornada (sin hacer grandes desplazamientos o esfuerzos): 34 pacientes. 5.3. Caminando (llevando al peso, efectuando desplazamientos frecuentes que no requieran esfuerzo físico): 34 pacientes. 4.4. Realizando tareas que requieran gran esfuerzo físico: 1 paciente. 4.5. No contestan: 2 pacientes. 5. Habitualmente, ¿cuánto camina al día?: 5.1. Menos de 20 minutos: 13 pacientes. 5.2. Entre 20-45 minutos: 33 pacientes. 5.3. Más de 45 minutos: 35 pacientes. 5.4. No contestan: 13 pacientes. 6. ¿Practica algún deporte?: 6.1. No: 80 pacientes. 6.2. Sí: 12 pacientes. 6.3. No contestan: 12 pacientes. 7. ¿Qué deportes y cuántas horas por semana?: 7.1. Bicicleta 2 horas por semana: 1 paciente. 7.2. Gimnasia 2-3h/semana: 4 pacientes. 7.3. Natación entre 3-7h/semana: 3 pacientes. 7.4. Petanca 7h/semana: 1 paciente. 7.5. Ping-pong 7h/semana: 1 paciente. 7.6. Equitación 15 h/semana: 1 paciente. 7.7. Caminar 28-30 h/semana: 1 paciente.

**Conclusiones:** Hay una alta asociación entre diabetes mellitus tipo 2 y obesidad, en el 89,36% de varones y en el 97,67% de mujeres. El 12% camina menos de 20 minutos al día, El 11,5% practica algún deporte Y el 31% la jornada la pasa sentado. Ante éstos resultados se propone la realización de Plan de Educación para la Salud que incluya taller educacional a grupos para corregir los hábitos y estilo de vida en diabéticos tipo 2, así como aprovechar las consultas a demanda para promover conductas saludables.

### 198. ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DISLIPEMIA Y DIABETES TIPO 2 CONTROLADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Sierra Martínez<sup>1</sup> y R. Martínez Fuerte<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CS Gamazo, Valladolid. <sup>2</sup>CS Pilarica, Valladolid.

**Objetivos:** Conocer la adherencia terapéutica de los pacientes con dislipemia y diabetes tipo 2 (DM2) controlados en nuestra zona básica de salud, con el fin de promover intervenciones desde la Consulta de Atención Primaria para mejorarla.

**Métodos:** Los autores realizaron un estudio descriptivo transversal aplicado a una selección de pacientes (n = 104, 52 hombres (H) y 52 mujeres (M)) escogidos por muestreo no probabilístico consecutivo, entre los pacientes DM2 que acudían a nuestra consulta incluidos en el Servicio Atención a pacientes diabéticos de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Sacyl (Sanidad Castilla y León). Se estudió su perfil lipídico (colesterol total (CT), HDL-colesterol, LDL-colesterol; triglicéridos (TG)). Contestan una encuesta sobre tratamiento para control de diabetes y otras enfermedades, entre ellas la dislipemia. También incluía el test de Morisky-Green-Levine para evaluar la adherencia terapéutica. 1. ¿Se olvida alguna vez de tomar medicamentos? Sí/No. 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Sí/No. 3. Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomarlos? No/Sí. 4. Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomar la medicación? No/Sí. Los datos se recogen en una hoja de cálculo Excel y son analizados mediante el programa SPSS 9.0 para Windows.

**Resultados:** Prevalencia de dislipemia: 1. CT < 185 mg/dl: 46 DM2 (44%, 25H, 21M), > 230 mg/dl: 17 DM2 (16%, 4H, 13M). 2. HDL-colesterol: > 40 mg/dl: 75 DM2 (72%, 30H, 45M). < 35 mg/dl: 15 DM2 (14%, 13H, 2M). 3. LDL-colesterol: 70 mg/dl: 8 DM2 (8%, 4H, 4M); 70-100 mg/dl: 26 DM2 (25%, 16H, 10M); > 130 mg/dl: 36 DM2 (34%, 14H, 22M). 4. TG < 150 mg/dl: 69 DM2 (66%, 34H, 35M), > 200 mg/dl: 9 DM2 (6,6%, 7H, 2M). Adherencia terapéutica: cumplidor si responde de forma correcta en el orden No, Sí, No, No. Incumplidor Si una respuesta no es correcta: De los pacientes varones el 63,46% son cumplidores y el 36,54% incumplen y de las pacientes el 71,15% son cumplidores y el 28,85% incumplen.

**Conclusiones:** Se concluye que el 44% de pacientes con DM2 presentan Col T < 185 mg/dl, con HDL < 35 mg/dl en 14% y LDL > 130 mg/dl en 34% de los casos, apenas 8% tienen LDL < 70 mg/dl, que es el objetivo recomendado de tratamiento en pacientes DM2 (muy alto riesgo cardiovascular) de acuerdo con la guía para la gestión de farmacoterapia de 2011 ESC/EAS (Sociedad de Cardiología Europea/Atheroembolic Sociedad Europea). También se comprueba que es mayor la adherencia terapéutica en las mujeres un 71,15% frente un 63% en los varones. Ante estos resultados se propone Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica y para alcanzar los objetivos de control de perfil lipídico: 1. Intervenciones simplificadoras del tratamiento. 2. Intervenciones informativas y educativas en las consultas de Atención Primaria y a través de dinámicas de grupos 3. Intervenciones de apoyo familiar y social. 4. Intervenciones de refuerzo conductual. 5. Combinación de Intervenciones.

## 199. DIABETES Y ALCOHOL, MALA ASOCIACIÓN

L. Sierra Martínez<sup>1</sup> y R. Martínez Fuerte<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CS Gamazo, Valladolid. <sup>2</sup>CS Pilarica, Valladolid.

**Objetivos:** Conocer los hábitos de consumo de alcohol de los pacientes diabéticos tipo 2 de nuestra Zona Básica de Salud, con el fin de promover pautas saludables desde la Consulta de Atención Primaria.

**Métodos:** Los autores realizaron un estudio descriptivo transversal aplicado a una selección de pacientes ( $n = 104$ , 52 hombres y 52 mujeres) escogidos por muestreo no probabilístico consecutivo, entre los pacientes diabéticos tipo2 que acudían a nuestra consulta incluidos en el Servicio Atención a pacientes diabéticos de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Sacyl (Sanidad Castilla y León). Contestaron a una encuesta cerrada sobre la frecuencia de consumo de alcohol, ¿Bebe vino? Sí/No. Los datos se recogen en una hoja de cálculo Excel y son analizados mediante el programa SPSS 9.0 para Windows.

**Resultados:** ¿Bebe vino?: hombres sí (50%) y no (50%) y mujeres sí (11,53%) y no (88,47%). 80-95 años: 9 varones (5 sí, 4 no). 7 mujeres (7 no, 0 sí). 70-79 años: 11 varones (6 no, 5 sí), 18 mujeres (17 no, 1 sí). 60-69 años: 26 varones (13 no, 13 SI). 19 mujeres (16 no, 3 sí). 50-59 años: 6 varones (2 no, 4 sí), 8 mujeres (6 no, 2 sí).

**Conclusiones:** Se detectan hábitos de consumo de alcohol incorrectos en los pacientes diabéticos encuestados, como alto consumo de vino en varones, el 50% de los encuestados frente un 11,53% en las mujeres. Se detecta más alta prevalencia de consumo en los pacientes entre 60 y 69 años tanto en varones como mujeres. Proponemos actuar sobre éstos hábitos mediante un Programa de Educación para la Salud que se llevará a cabo en nuestro Centro de Salud y promoción de pautas saludables desde la Consulta de Atención Primaria.

## 200. ASOCIACIÓN ENTRE DIFERENCIA DE PRESIÓN INTERBRAZOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABÉTICOS

B.A. Lavín Gómez<sup>1</sup>, M.M. Martínez González<sup>1</sup>,  
J.J. Gaitán Valdizán<sup>1</sup>, J.J. López Hernández<sup>1</sup>,  
M.I. Armentia González<sup>2</sup> y P. Muñoz Cacho<sup>3</sup>

<sup>1</sup>CS Pisueña-Cayón, Sarón. <sup>2</sup>CS La Vega-Zapató, Torrelavega.

<sup>3</sup>Gerencia Atención Primaria SCS, Santander.

**Objetivos:** La diferencia de presión entre brazos (DPIB) se ha asociado con aumento de riesgo cardiovascular (RCV) y sobre todo con enfermedad arterial periférica (EAP) aunque también se ha asociado a pobre control de la tensión arterial (TA). Las Guías recomiendan la toma de TA en los 2 brazos, pero sin embargo la mayoría de los clínicos no cumplimos esta recomendación. Los diabéticos, población de alto RCV, son especialmente sensibles a esta medición, y puede ser una potencial causa de error no tomar la TA en el brazo adecuado, (el más alto). El propósito del estudio es: 1) Determinar las características de los pacientes diabéticos e hipertensos con diferencias de TA sistólica y diastólica entre los 2 brazos superiores a 5 mmHg. 2) Determinar prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una población hipertensa y diabética 3) Determinar relación entre diferencias de presión interbrazos significativas y riesgo cardiovascular medido por diferentes parámetros.

**Métodos:** Se incluyeron en el estudio 101 pacientes diabéticos e hipertensos, atendidos en un centro de salud rural. Medición de la presión arterial: Se tomó la TA simultáneamente en los 2 brazos con un aparato automático "WATCH BP OFFICCE. Microlife ABI". El dispositivo puede usarse cuando el paciente presenta fibrilación auricular. Medición del índice tobillo-brazo: Se utilizó el mismo aparato que determina de modo automático el ITB. Al paciente se le dejó solo en la consulta mientras se realizaba la medición. Siempre se

hizo por el mismo enfermero en todos los pacientes. Cálculo de riesgo cardiovascular: se utilizó diferentes para parámetros: 1) escala de Framingham, usando lípidos, 2) escala de Framingham usando IMC, Esta escala determina riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular a los 10 años) 3) escala Score, para países de bajo riesgo, usando colesterol total, y 4) escala Score para países de bajo riesgo calibrada con HDL, que determina riesgo de muerte cardiovascular a los 10 años.

**Resultados:** Se estudiaron 101 diabéticos e hipertensos, 50% hombres, media de edad 65 años hombres y 67 mujeres, el 55% tenían más de 10 años de evolución de la diabetes y 12 años la HTA, Solo el 38% tenían la TA controlada (inferior a 130/85 mmHg) 12% fibrilación auricular (FA), el 40% tenían antiagregación y 95% de los que tenían FA están anticoagulados, el 7% usaban insulina, media de HbA1c 6,8% (el 68% tenían HbA1c < 7 y solo el 8% HbA1c > 8%), el 56% tenían IMC > 30, ictus 5%, cardiopatía isquémica (CI) 8%, ITB patológico el 32%, en cuanto a la DPIBsistólica, el 40% de los hombres tenían diferencias > 5 mm vs mujeres 23% ( $p < 0,001$ ), y al compararlo con la edad, los mayores de 75 años 40% tenía DPIBS> 5mm. En cuanto a la DPIBdiastólica el comportamiento fue diferente: el 26% de las mujeres tenían valores > 5% y solo el 14% de los hombres, sin embargo al separar los valores por edad, no encontramos diferencias entre los grupos (< 64a 65-74 y > 75 a). No encontramos relación entre DPIB y Score o Score corregido por HDL, pero si encontramos, que la DPIB > 5mm se correlaciona con Framingham lípidos o corregido con IMC, así mismo los diabéticos con ITB patológico tienen DPIB tanto diástolica y sistólica > 5 mm mayores (80% vs 15%).

**Conclusiones:** La medición de la TA simultáneamente en los 2 brazos con dispositivo electrónico, se hace necesario, sobre todo en la población diabética para diagnosticar el brazo con mayor TA, ya que podemos estar minimizando los valores. La DPIBS podría estar poniendo de manifiesto la rigidez de la pared arterial, ya que en nuestro estudio hemos comprobado, la alta prevalencia de DPIB en diabéticos (40%) y la asociación entre DPIBS con la escala de RCV de Framingham, y con ITB patológico. Es una medida de bajo coste, asequible en la consulta que servirá para priorizar pacientes de alto riesgo.

## 201. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA INSULINIZACIÓN CON INSULINA GLARGINA EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO. MODIFICACIONES METABÓLICAS Y DEL PESO A LOS 12 MESES

A. Sánchez Martín<sup>1</sup>, I. Narrillos Martín<sup>1</sup>, C. Velasco García<sup>1</sup>, C. Díaz-Pavón Riaño<sup>2</sup>, L.M. Beltrán Romero<sup>1</sup>, R. Torres Jiménez<sup>1</sup> y J. García Puig<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>2</sup>CS Torito, Madrid.

**Introducción y objetivos:** Iniciar tratamiento con insulina es una decisión importante que puede ser difícil de implementar por el aumento del peso. Hemos examinado la eficacia y seguridad de un programa de insulinización, liderado por enfermería, con insulina glargina y modificaciones de estilos de vida.

**Métodos:** Estudio unicéntrico prospectivo promovido por los investigadores. Del archivo general de la Unidad (enero 2011, 2.287 pacientes) se seleccionaron pacientes con síndrome metabólico (criterios del ATP III) y HbA1c > 7,5% en al menos dos ocasiones con un intervalo > 3 meses, y que tomaban al menos un fármaco anti-diabético (ADO) durante más de 6 meses. Los objetivos terapéuticos fueron los establecidos por la Asociación Americana de Diabetes en 2011. La dosis media inicial de insulina glargina fue de 0,2 unidades/kg de peso (dosis única matutina), y el tratamiento con ADOs que estaban recibiendo se mantuvo estable. Se programaron visitas periódicas para revisar las modificaciones de estilo de vida pactados con cada paciente, la terapia farmacológica, y analítica.

**Resultados:** Se incluyeron 39 pacientes (edad media, 65 años [rango, de 41 a 83 años]; hombres, 28) con un IMC medio de 30,8 kg/m<sup>2</sup>. El tiempo medio desde el diagnóstico de diabetes fue de 139 meses. El número medio de criterios de síndrome metabólico fue de 3,2 y la media de ADO 1,8/día. La dosis media de insulina glargina inicial aumentó de un valor medio inicial de 20 unidades/día a 31 unidades/día a los 12 meses. El peso promedio disminuyó a los 12 meses a partir de un valor basal de 84,5 kg a 81,1 kg (reducción media de -3,4 Kg). La glucosa media y la concentración de HbA1c disminuyeron de 200 a 144 mg/dL (p < 0,002) y de 9,1% al 7,4% (p = 0,007), respectivamente. La presión sistólica media ascendió 2 mmHg (basal 133 mmHg) y la diastólica media descendió 0,8 mmHg (basal 77 mmHg). La excreción de microalbuminuria media se redujo en -180 mg/g Cr. La concentración media de c-HDL aumentó (+7 mg/dL) y descendieron la de triglicéridos (-57 mg/dL) y de c-LDL (-5 mg/dL). No asistimos a episodios de hipoglucemia que requirieran la ayuda de alguna persona.

**Conclusiones:** En los pacientes con síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2, la insulina glargina, en el contexto de un programa de modificación del estilo de vida desarrollado por enfermeras, se acompañó de una reducción sustancial de peso a los 12 meses, y de una mejoría del perfil lipídico y metabolismo hidrocarbonado, sin efectos secundarios relevantes.

## 202. PAPEL DEL CUIDADOR EN EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO Y CONTROL CLÍNICO EN EL SÍNDROME METABÓLICO

E. Cabrerizo Cómítre<sup>1</sup>, S. Cabrerizo Domínguez<sup>2</sup>,  
S. Domínguez Camacho<sup>1</sup>, J.A. González Correa<sup>3</sup>,  
J.P. de la Cruz Cortés<sup>3</sup> y J.J. Reyes de la Vega<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>2</sup>CS Ronda, Málaga.

<sup>3</sup>Departamento de Farmacología, Universidad de Málaga, Málaga.

**Objetivos:** El incumplimiento terapéutico es un problema importante, bien documentado en patologías crónicas como síndrome metabólico. En el contexto de un estudio para comprobar si una intervención educativa mejora el cumplimiento y el control clínico de los pacientes, se valora si la presencia de un cuidador modifica los resultados.

**Métodos:** Estudio quasi-experimental. Se estudian pacientes de una consulta de Medicina Interna que cumplan criterios: Inclusión: pacientes con síndrome metabólico (NCEP/ATP III 2001, revisados 2005) seguidos al menos un año antes de la fecha de inclusión con al menos tres visitas en ese periodo. Periodo de inclusión: 6 meses. Exclusión: fallecidos en el periodo; no cumplan número mínimo de visitas o no concedan consentimiento. Variables: edad, sexo, diagnósticos, control clínico, fármacos (total y número de tomas), prescripción de dieta y ejercicio, medida del cumplimiento, presencia de un cuidador. Procedimiento: Primera fase: A los que cumplen los criterios de inclusión se les efectúa test de Haynes-Sackett. A los incumplidores se les asigna ("no adherentes") aleatoriamente al estudio de forma secuencial (uno sí, uno no). Segunda fase: Intervención educativa sobre el grupo asignado: Una enfermera efectúa entre 3 y 6 semanas de la primera visita una llamada telefónica al paciente o bien a su cuidador, para una entrevista centrada en informar sobre incumplimiento, sus causas y analizar sus posibles soluciones. Tercera fase: análisis de cumplimiento en consulta, a los 3 meses de intervención. Análisis estadístico: (SPSS). Variables dependientes, cumplimiento terapéutico y control del paciente.

**Resultados:** Se estudian 110 pacientes; asignando 55 pacientes a cada grupo (intervención-no intervención). 24 pacientes tenían cuidador (21,81%), 10 en el grupo de intervención (18,18%) y 14 en el de no intervención (24,45%). Ambos grupos son homogéneos salvo mayor presencia de diabéticos (59,3% vs 40,7%) en el grupo de no intervención. Los parámetros de control clínico (índice de masa

corporal, circunferencia abdominal, tensión arterial sistólica, diastólica, colesterol LDL, HDL, triglicéridos, HbA1c, filtración glomerular y excreción urinaria proteínas) se pasan a una escala numérica de 0 (peor control) a 28 (mejor) para comparar los resultados entre los grupos. El control previo a la intervención es similar en ambos grupos. Respecto a la mejora del cumplimiento tras la intervención, hay una tendencia, (61% intervención vs 39% no intervención), que no llega a ser estadísticamente significativa (p = 0,064). Respecto al control clínico, existe una diferencia significativa (p = 0,043) entre grupos, aunque no se produce un cambio de categoría en relación al control tras la intervención. Se aprecian diferencias en relación con el control alcanzado entre pacientes cumplidores frente a los que no lo son (p = 0,004). Se observa influencia estadísticamente significativa sobre el cumplimiento con el número de medicamentos; y sobre el control de la enfermedad, con la presencia de las distintas entidades del síndrome metabólico. La presencia de cuidador no tuvo influencia significativa sobre el cumplimiento ni el grado de control de la enfermedad. Una posible limitación de este estudio es el número reducido de cuidadores evidenciado.

**Conclusiones:** 1. La intervención educativa en incumplidores con síndrome metabólico no mejora el cumplimiento, aunque se observa una diferencia estadísticamente significativa en relación a un mejor control de la enfermedad. 2. La presencia de un cuidador no modifica ni el cumplimiento terapéutico ni el control de la enfermedad. 3. Es necesario efectuar intervenciones educativas sobre los cuidadores para que ejerzan como agentes potenciadores del cumplimiento terapéutico.

## 203. CONTROL DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON O SIN EVENTO PREVIO

C. Bocanegra Muñoz<sup>1</sup>, L.M. Beltrán Romero<sup>2</sup>, A. Sánchez<sup>2</sup>,  
C. Mejías Chew<sup>2</sup>, L. Gómez-Morales<sup>3</sup> y J. García Puig<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital General Jerez de la Frontera, Cádiz. <sup>2</sup>Unidad Metabólico Vascular, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Objetivos:** El diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se considera equivalente a haber sufrido un evento vascular, pero en un estudio reciente (Rev Clin Esp. 2012;212:475-81) tan solo el 43% de los enfermos con DM2 o enfermedad coronaria presentaban c-LDL < 100 mg/dL. Hemos comparado el control de los factores de riesgo vascular en enfermos con DM2 que además habían sufrido o no un evento vascular previo.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de todos los pacientes diabéticos de una consulta de riesgo vascular de un hospital universitario que han sido estudiados o que han acudido a revisión en el último año (octubre 2011-octubre 2012). Los objetivos terapéuticos y grado de control fueron los preconizados por la American Diabetes Association (Diabetes Care, 2012). Los datos fueron obtenidos a partir de las historias clínicas.

**Resultados:** De 164 pacientes con DM2 (40% de todos los enfermos atendidos en los últimos 12 meses; edad media, 65 años; hombres, 73%) un total de 49 enfermos (30%) habían sufrido al menos un evento vascular (enfermedad vascular cerebral, 16; enfermedad coronaria, 30; enfermedad renal [MDRD < 60 mL/mn], 14; arteriopatía periférica, 10 y retinopatía, 2). El grado de control de los 9 objetivos propuestos fue por orden decreciente: no tabaco (83%), PAD < 80 mmHg (81%), LDLC < 100 mg/dL (72%), HDLC > 40 mg/dL (71%), PAS < 130 mmHg (71%), HbA1c < 7% (66%), TG < 150 mg/dL (61%), ausencia de microalbuminuria (61%), IMC < 25 kg/m<sup>2</sup> (14%). Tan solo un paciente con DM2 sin evento vascular

previo tenía todos los objetivos controlados y ninguno entre los que habían sufrido un evento vascular. Los enfermos con DM2 y evento vascular mostraron un grado de control de objetivos peor para el control glucémico y PA (HbA1c < 7%: 10,4% vs 7,5%, p < 0,7; PAS < 130 mmHg: 62,5% vs 74,1%; PAD < 80 mmHg: 75% vs 83%), mejor para estilos de vida y c-LDL (fumadores: 10,4% vs 19,6%, p < 0,15; IMC < 25 kg/m<sup>2</sup>: 10,4% vs 15,2%, p < 0,61; c-LDL < 100 mg/dL: 81,3% vs 67,9%, p < 0,04); y similar para c-HDL, TG y prevalencia de microalbuminuria (c-HDL > 40 mg/dL: 68,8% vs 71,4%, p < 0,30%; TG < 150 mg/dL: 58,3% vs 62,5%, p < 0,291; presencia de microalbuminuria: 39,6% vs 38,4%, p < 0,3) que los enfermos con DM2 sin evento previo.

**Conclusiones:** En pacientes con DM2 atendidos en una consulta de riesgo vascular de un Hospital Universitario el objetivo de c-LDL < 100 mg/dL se consigue en uno de cada 4 enfermos. Cada objetivo aislado es alcanzado por más de la mitad de los enfermos, si bien muy pocos consiguen todos los objetivos.

#### 204. HEMOGLOBINA GLICOSILADA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

L. Vigil Medina<sup>1</sup>, M. López Jiménez<sup>1</sup>, R. García Carretero<sup>1</sup>, C. Rodríguez<sup>1</sup>, M. Varela Entrecanales<sup>1</sup>, E. Condés<sup>2</sup> y J. Ruiz Galiana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Móstoles, Madrid. <sup>2</sup>Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón.

**Objetivos:** La hemoglobina glicosilada (HbA1c) es un mejor predictor del desarrollo de enfermedades cardiovasculares (ECV) que la glucemia basal. Analizamos la asociación de este parámetro con el riesgo cardiovascular (RCV), en comparación con la glucemia, en un grupo de pacientes con hipertensión arterial (HTA) esencial sin diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

**Métodos:** Estudio observacional, transversal, que incluyó a 698 pacientes diagnosticados de HTA esencial, sin DM2, atendidos en nuestra consulta durante un período de 18 meses consecutivos. En todos ellos se realizó historia clínica, exploración física y analítica rutinaria, junto con la determinación de los niveles de HbA1c (HPLC, calibración IFCC, Menarini).

**Resultados:** La edad media fue de 60 ± 14 años (50,6% mujeres). 118 pacientes (16,9%) tenían antecedentes de ECV. El IMC fue 30,5 ± 10 y las cifras de TA 137 ± 17/76 ± 11 mmHg. La HbA1c fue 5,9 ± 2% con 367 (52,6%) de los pacientes con cifras ≥ 5,7% (equivalente a intolerancia hidrocarbonada). La glucemia basal fue 99 ± 21 mg/dL, en 277 casos (39,5%) con valores ≥ 100 mg/dL (glucosa anormal en ayunas). El índice de HOMA fue 3,2 ± 3 (≥ 4 en el 23% del total) y 308 pacientes (47%) presentaban criterios de síndrome metabólico (ATP-III). De los 421 (60,5%) pacientes con glucemia basal normal (< 100 mg/dL), 180 (43%) presentaban intolerancia hidrocarbonada. La HbA1c, ajustada por edad y sexo, se correlacionó positivamente con el fibrinógeno (r = 0,192, p = 0,009) y con la glucemia basal (r = 0,534, p < 0,0001) y negativamente con los niveles de 25(OH)D (r = -0,142, p = 0,05), no siendo significativas las correlaciones con el resto de factores analizados (IMC, perímetro abdominal, índice de HOMA, uricemia, FG-estimado por creatinina y por cistatina C, triglicéridos, colesterol total y colesterol-HDL, TAS y TAD, albuminuria y PCR). Los valores de HbA1c se asociaron significativamente al antecedente de ECV (6,2 ± 2% con ECV vs 5,8 ± 1% sin ECV, p = 0,015), a diferencia de la glucemia basal (100 ± 32 mg/dL con ECV vs 98 ± 19 mg/dL sin ECV, p = 0,38). En el análisis multivariado los principales determinantes independientes de los valores de HbA1c fueron la edad (B = 0,005, IC95%: 0,003-0,008, p < 0,0001) y la glucemia basal (B = 0,17; IC95%: 0,15-0,20, p < 0,0001) quedando excluidos en el modelo final el resto de factores analizados enumerados previamente.

**Conclusiones:** En nuestros pacientes con HTA esencial y sin DM2, los trastornos del metabolismo hidrocarbonado fueron muy frecuentes. Los niveles de HbA1c se asociaron significativamente al antecedente de ECV, a diferencia de la glucemia basal. El 43% de pacientes con glucemia basal normal presentaban intolerancia hidrocarbonada por valores de HbA1c. La edad y la glucemia basal fueron los únicos determinantes independientes de las cifras de HbA1c. Este parámetro puede resultar de mayor utilidad que la glucemia basal en la valoración del RCV y en el diagnóstico de intolerancia hidrocarbonada, aún en ausencia de glucosa anormal en ayunas, en estos pacientes.

#### 205. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

E. Arranz Martínez<sup>1</sup>, A. Ruiz García<sup>2</sup>, D. Palacios Martínez<sup>1</sup>, A. Alcaraz Bethencourt<sup>3</sup>, L. de Prado Prieto<sup>4</sup>, A. Montero Costa<sup>5</sup>, L.E. Morales Cobos<sup>6</sup>, P. Cabello Igual<sup>7</sup>, E. Sandín de Vega<sup>8</sup> y J. Reguillo Díaz<sup>9</sup>

<sup>1</sup>CS San Blas, Parla. <sup>2</sup>CS Pinto, Madrid. <sup>3</sup>CS Isabel II, Parla.

<sup>4</sup>CS San Martín de la Vega, Madrid. <sup>5</sup>CS Torrejón de la Calzada, Madrid. <sup>6</sup>CS Las Américas, Parla. <sup>7</sup>CS Parque Europa, Pinto.

<sup>8</sup>CS Las Ciudades, Getafe. <sup>9</sup>CS Valdemoro, Madrid.

**Objetivos:** Objetivo principal: evaluar los porcentajes de utilización de los distintos tipos de fármacos antihipertensivos en los pacientes con o sin síndrome metabólico (SM). Objetivos secundarios: valorar las diferencias de manejo farmacológico antihipertensivo entre los pacientes con o sin SM.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las siguientes normas: International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, LOPD 15/1999, y Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “= ALEATORIO()” de Microsoft®Office Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos, siendo 910 los sujetos analizados al ser ilocalizables el 19,37%; rechazan consentimiento el 7,93%; no acudieron el 6,46%; y tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados) el 2,39%. Método de recogida de datos: se realizó una entrevista concertada (al solicitarla tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas. Análisis estadístico: SPSS®Statistics 20. Estadísticos nominales: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación Chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. Estadísticos escalares: medias con desviación típica (± DE).

**Resultados:** Variables descriptivas: la población estudiada tenía una edad (media ± DE) de 49,63 (± 16,46) años, siendo femenina el 51,98% (48,68-55,27). El 30,77% (27,78-33,88) de la población padecía SM según ATP y el 29,12% (26,19-32,19) según IDF. El 36,37% (33,24-39,59) tenía una PA ≥ 130/85 mmHg. La prevalencia poblacional de HTA fue 29,12% (26,19 - 32,19), siendo del 62,50% (56,64-68,19) en la población con SM (ATP) y 58,22% (52,46-63,83) en SM (IDF). Las prevalencias de las poblaciones con SM según ATP y según IDF eran significativamente (< 0,0001) mayores (48,21% y 43,70) que las respectivas poblaciones sin SM. Variables de estudio y resultado: las diferencias del manejo antihipertensivo en las poblaciones con o sin SM (ATP/IDF) se muestran en las tablas. En la población con SM (ATP) se utilizaron con mayor frecuencia IECAS que diuréticos. En la población con SM (IDF) se utilizaron con mayor

Tablas Comunicación 205.

		Con SM (ATP)	Sin SM (ATP)	Dif.%	p-valor
1º	IECAs	35,71%	7,94%	27,77	0,0000
2º	Diuréticos	34,29%	7,94%	26,35	0,0000
3º	ARA-II	16,79%	2,70%	14,09	0,0000
4º	Beta bloqueantes	15,36%	1,90%	13,46	0,0000
5º	Calcio antagonistas	13,57%	2,06%	11,51	0,0000
6º	Vasodilatadores	2,50%	0,79%	1,71	0,0367
7º	Acción central	2,14%	0,16%	1,98	0,0016

  

		Con SM (IDF)	Sin SM (IDF)	Dif.%	p-valor
1º	Diuréticos	32,24%	7,92%	24,32	0,0000
2º	IECAs	30,26%	9,57%	20,69	0,0000
3º	ARA-II	14,47%	3,30%	11,17	0,0000
4º	Beta bloqueantes	14,14%	1,98%	12,16	0,0000
5º	Calcio antagonistas	10,86%	2,97%	7,89	0,0000
6º	Vasodilatadores	2,96%	0,50%	2,46	0,0022
7º	Acción central	1,97%	0,17%	1,8	0,0034

frecuencia diuréticos que IECAS. Las diferencias de los porcentajes de utilización del resto de fármacos antihipertensivos entre las poblaciones con SM (ATP) y con SM (IDF) no eran significativas.

**Conclusiones:** En la población con SM (ATP) se utilizaron con mayor frecuencia IECAs (35,7%) que diuréticos (34,3%). En la población con SM (IDF) se utilizaron con mayor frecuencia diuréticos (32,2%) que IECAs (30,3%). En la población sin SM, los IECAs apenas llegaban al 10%, y los diuréticos al 8%. Tanto en la población con SM según ATP, como en la población con SM según IDF, la proporción de utilización de IECAs y diuréticos era el doble que ARA-II, beta-bloqueantes y calcio-antagonistas.

## 206. EVALUACIÓN DE LAS PREVALENCIAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO EN EL ESTUDIO SIMETAP

E. Arranz Martínez<sup>1</sup>, A. Ruiz García<sup>2</sup>, D. Palacios Martínez<sup>1</sup>, A. Montero Costa<sup>3</sup>, R. Alonso Roca<sup>3</sup>, B. Sanz Pozo<sup>4</sup>, M.P. García García Alcañiz<sup>4</sup>, M.J. del Villar Redondo<sup>5</sup>, J.L. Quintana Gómez<sup>6</sup> y G.M. Dávila Blázquez<sup>7</sup>

<sup>1</sup>CS San Blas, Parla. <sup>2</sup>CS Pinto, Madrid. <sup>3</sup>CS Torrejón de la Calzada, Madrid. <sup>4</sup>CS Las Américas, Parla. <sup>5</sup>CS Valdemoro, Madrid. <sup>6</sup>CS El Greco, Getafe. <sup>7</sup>CS Getafe Norte, Madrid.

**Objetivos:** Objetivo primario: determinar las prevalencias de HTA en las poblaciones con o sin síndrome metabólico (SM) según ATP e IDF. Objetivos secundarios: comparar las prevalencias de HTA en las poblaciones con o sin SM según ATP e IDF. Comparar las prevalencias de PA  $\geq 130/85$  mmHg en las poblaciones con o sin SM según ATP e IDF.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud du-

rante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las normas de International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, cumpliendo lo establecido en la LOPD 15/1999 y en la Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “= ALEATORIO()” de Microsoft®OfficeExcel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos, siendo 910 los sujetos analizados al ser ilocalizables el 19,37%; rechazan consentimiento el 7,93%; no acudieron el 6,46%; y tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados) el 2,39%. Método de recogida de datos: se realizó una entrevista concertada (al solicitarla tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas. Análisis estadístico: SPSS®Statistics 20. Estadísticos nominales: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. Estadísticos escalares: medias con desviación típica ( $\pm$  DE).

**Resultados:** Variables descriptivas: la población estudiada tenía una edad (media  $\pm$  DE) de 49,63 ( $\pm$  16,46) años, siendo femenina el 51,98% (48,68-55,27). La prevalencia poblacional de SM según ATP fue 30,77% (27,78-33,88), y según IDF fue 33,44% (30,38-36,62). Variables de estudio y resultado: en la población de estudio, la prevalencia de PA  $\geq 130/85$  mmHg fue 36,37% (33,24-39,59), y la prevalencia de HTA fue 29,12% (26,19-32,19). La prevalencia conjunta de PA  $\geq 130/85$  mmHg o con HTA fue 49,23% (45,93-52,53). Existían diferencias significativas en las proporciones de pacientes con PA  $\geq 130/85$  mmHg o con HTA, entre las poblaciones con o sin SM (ATP) (tabla 1). Existían diferencias significativas en las proporciones de pacientes con PA  $\geq 130/85$  mmHg o con HTA, entre las poblaciones con o sin SM (IDF) (tabla 2). En la población con SM

Tabla 1 Comunicación 206.

	Con SM (ATP)	Sin SM (ATP)	Dif.%	p-valor
PA $\geq 130/85$ mmHg	60,00%	25,87%	34,13	0,0000
HTA	62,50%	14,29%	48,21	0,0000

Tabla 2 Comunicación 206.

	Con SM (ATP)	Sin SM (ATP)	Dif.%	p-valor
PA $\geq$ 130/85 mmHg	57,57%	25,74%	31,83	0,0000
HTA	58,22%	14,52%	43,7	0,0000

(ATP), la prevalencia de PA  $\geq$  130/85 mmHg era un 2,43% mayor que en la población con SM (IDF). Esta diferencia no era significativa ( $p = 0,551$ ). En la población con SM (ATP), la prevalencia de HTA era un 4,28% mayor que en la población con SM (IDF). Esta diferencia no era significativa ( $p = 0,291$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia de HTA en la población de estudio fue el 29%. La prevalencia de PA  $\geq$  130/85 mmHg fue el 36%. En la población con SM (ATP), la prevalencia de HTA fue el 62,5%, y la de PA  $\geq$  130/85 mmHg fue el 60%. En la población con SM (IDF), la prevalencia de HTA fue el 58,2%, y la de PA  $\geq$  130/85 mmHg fue el 57,6%. No hubo diferencias significativas en las prevalencias de HTA o PA  $\geq$  130/85 mmHg, entre las poblaciones con SM según ATP o con SM según IDF.

## 207. EVALUACIÓN DE LA GLUCEMIA Y HbA1C EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

A. Ruiz García<sup>1</sup>, E. Arranz Martínez<sup>2</sup>, C. Ribot Alcalá<sup>3</sup>, R. Rico Pérez<sup>1</sup>, D. Palacios Martínez<sup>2</sup>, I. Díaz González<sup>1</sup>, E. Gallego Gómez-Carreño<sup>1</sup>, B. Herrera Sánchez<sup>1</sup>, B. López Uriarte<sup>4</sup> y O. Gómez Fernández<sup>5</sup>

<sup>1</sup>CS Pinto, Madrid. <sup>2</sup>CS San Blas, Parla. <sup>3</sup>CS Jaime Vera, Leganés.

<sup>4</sup>CS Humanes, Madrid. <sup>5</sup>CS Campoverde, Humanes de Madrid.

**Objetivos:** Objetivo principal: determinar la glucemia basal y la HbA1c en la población del estudio SIMETAP. Objetivos secundarios: comparar la glucemia basal y la HbA1c entre las poblaciones masculina y femenina. Comparar la glucemia basal y la HbA1c entre las poblaciones con o sin síndrome metabólico (SM) según ATP e IDF.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual y siguiendo las normas éticas de investigación nacionales e internacionales. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO()” de Microsoft®Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos. Sujetos analizados: 910 [(19,37% ilocalizables; 7,93% rechazan consentimiento; 6,46% no acudieron; 2,39% criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)]. Método de recogida de datos: se realizó una entrevista (solicitada tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas. Análisis estadístico: SPSS®Statistics 20. Estadísticos nominales: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. Estadísticos escalares: medias con desviación típica ( $\pm$  DE); diferencias de medias: Prueba t para igualdad de medias tras evaluar la prueba de Levene para igualdad de varianzas.

**Resultados:** Variables descriptivas: la media de edad en la población de estudio fue 49,63 ( $\pm$  16,46) años. La población femenina fue el 51,98% (48,68-55,27). La media de la duración de la evolución de DM fue 9,00 ( $\pm$  7,48) años. La media de la glucemia basal en la población de estudio fue 93,22 ( $\pm$  22,37) mg/dL, y el valor medio de HbA1c fue 5,55 ( $\pm$  1,03%). Variables de estudio y resultado: la media de glucemia basal era significativamente mayor en hombres que en mujeres (tabla 1). La prevalencia poblacional de SM según ATP fue del 30,77% (27,78-33,88), y según IDF del 33,44% (30,38-36,62). Existían las siguientes diferencias entre las poblaciones con o sin SM (ATP/IDF) (tablas 2 y 3). La diferencia de glucemias (1,04 mg/dL) entre las poblaciones con SM (ATP vs IDF) no era significativa ( $p = 0,691$ ). La diferencia de HbA1c (0,12%) entre las poblaciones con SM (ATP vs IDF) no era significativa ( $p = 0,309$ ).

Tabla 1 Comunicación 207.

	Hombres		Mujeres		Prueba T homogeneidad de medias	
	Media	DE	Media	DE	Dif. de medias	p-valor
Edad (años)	49,95	15,62	49,33	17,20	0,62	0,567
Años evolución DM	9,17	6,71	8,80	8,35	0,37	0,821
Glucemia (mg/dL)	95,44	23,95	91,23	20,68	4,21	0,005
HbA1c (%)	5,61	0,99	5,50	1,07	0,10	0,237

Tabla 2 Comunicación 207.

	Con SM (ATP)		Sin SM (ATP)		Prueba T homogeneidad de medias	
	Media	DE	Media	DE	Dif. de medias	p-valor
Edad (años)	60,62	14,49	44,74	14,86	15,88	0,0001
Años evolución DM	9,43	7,84	6,00	2,79	3,43	0,0080
Glucemia (mg/dL)	106,94	32,65	86,94	10,82	20,00	0,0001
HbA1c (%)	6,15	1,25	5,21	0,69	0,93	0,0001

Tabla 3 Comunicación 207.

	Con SM (IDF)		Sin SM (IDF)		Prueba T homogeneidad de medias	
	Media	DE	Media	DE	Dif. de medias	p-valor
Edad (años)	59,29	15,15	44,78	14,89	14,51	0,0001
Años evolución DM	9,47	7,87	6,73	4,73	2,73	0,1990
Glucemia (mg/dL)	105,90	30,28	86,59	12,47	19,32	0,0001
HbA1c (%)	6,03	1,22	5,24	0,75	0,79	0,0001

**Conclusiones:** La glucemia basal en la población de estudio fue 93 mg/dL, siendo significativa la diferencia entre hombres (95 mg/dL) y mujeres (91 mg/dL). Las glucemias basales en las poblaciones con SM eran similares: 107 mg/dL en SM (ATP) y 106 mg/dL en SM (IDF). La HbA1c en la población de estudio fue 5,6%, siendo similares en hombres (5,6%) y mujeres (5,5%), y en las poblaciones con SM: 6,2% en SM (ATP) y 6,0% en SM (IDF). Existían diferencias significativas tanto en las glucemias basales como en las HbA1c entre las poblaciones con o sin SM (ATP/IDF).

## 208. POSIBLES IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LA REDUCCIÓN DE RESISTENCIA VASCULAR RENAL POR ALISKIREN, PERO NO POR LISINOPRIL, EN HIPERTENSOS CON SÍNDROME METABÓLICO Y MICROALBUMINURIA

L. Cermeño Maraví<sup>1</sup>, P. Aranda Lara<sup>1</sup>, E.M. Briceño<sup>2</sup>, A. Jiménez Herrador<sup>1</sup>, L. Perea Ortega<sup>1</sup>, M.D. Martínez Esteban<sup>1</sup> y D. Hernández Marrero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad HTA; <sup>2</sup>Radiología, HRU Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** Los hipertensos con SM tienen alta tendencia a presentar nefroangiosclerosis. Antihipertensivos que reduzcan resistencia vascular renal y aumenten flujo renal podrían tener, a largo plazo, efectos renoprotectores en estos pacientes.

**Objetivos:** Comparar los efectos sobre índice de resistencia renal (IRR) de un régimen terapéutico basado en aliskiren (A) versus lisinopril (L) en hipertensos con SM (Al menos 3 componentes según criterios NCEP III) y microalbuminuria (MAU) (30-300 mg/día).

**Métodos:** Tras ajuste por edad, sexo e IMC, 78 pacientes fueron asignados a A 300 mg/d (n=40) o L 20 mg/d (n=38) más promedio 3 antihipertensivos, sobre todo diuréticos (92% y CA (83%) para conseguir control PA, y seguidos por 12 meses. A la inclusión y final seguimiento; IMC, cintura, PA en consulta y perfil analítico fueron determinados. En mismos períodos se realizó eco doppler renal (por mismo examinador) y se calculó IRR, según técnica usual.

**Resultados:** Mientras IMC, cintura, glucosa y úrico no se modificaron; ambos grupos redujeron de forma similar PA, PP y lípidos. Demás parámetros cambiaron como sigue: I RR: A: 0,62 a 0,57 (< 0,001); L: 0,61 a 0,61 (ns); MAU (mg/24h): A: 141 a 27 (< 0,001); L: 104 a 39 (< 0,02); creatinina (mg/dL): A: 1,09 a 1,07 (ns); L: 1,05 a 1,18 (< 0,01); FGe (ml/min/1,73 m<sup>2</sup>): A: 71 a 72 (ns), L: 75 a 73 (ns), y K<sup>+</sup> (mmol/L): A: 4,16 a 4,23 (ns), L: 4,24 a 4,58 (< 0,001). Tras análisis multivariante el riesgo de tener IRR ≥ 0,70 fue mayor con L que con A (p < 0,006).

**Conclusiones:** En hipertensos con SM y MAU el tratamiento con aliskiren fue capaz de reducir en mayor medida que lisinopril IRR y MAU. A largo plazo, este efecto podría proporcionar nefroprotección frente desarrollo de nefroangiosclerosis.

## 209. INFLUENCIA NEGATIVA DEL SEXO MASCULINO EN EL PATRÓN DE MAPA 24 HORAS Y PERFIL DE RIESGO VASCULAR DE HIPERTENSOS TRATADOS CON SÍNDROME METABÓLICO

F.J. Aranda Lara<sup>2</sup>, D. Martínez Esteban<sup>1</sup>, P. Aranda Lara<sup>1</sup>, J.J. de la Cruz Troca<sup>3</sup> y C. Jironda Gallego<sup>1</sup>, en representación del Grupo Cardiorisc

<sup>1</sup>Unidad de HTA y Riesgo Vascular, HRU Carlos Haya, Málaga.

<sup>2</sup>CS Virgen de Consolación, UGC Utrera Sur, Sevilla.

<sup>3</sup>Departamento de Medicina Preventiva, UAM, Madrid.

**Objetivos:** Evaluar posibles diferencias por sexos en patrón de MAPA 24 h y perfil de RCV de hipertensos tratados con síndrome metabólico (SM) (al menos 3 componentes según criterios definitivos NCEP III).

**Métodos:** Seleccionamos 13.736 (52,7% hombres (H) y 47,3% mujeres (M) Edad media 62,7 ± 12 años) hipertensos tratados (tiempo diagnóstico: 8,4 ± 7 años) con SM, a los que se realizaron MAPA 24 h. y tests analíticos cardiometabólicos y de función renal. El RCV se estratificó según Guías 2009 de SEH-SEC.

**Resultados:** A pesar que edad media (H/M) (60,6 vs 65,1 años) y prevalencia de obesidad global (48,1 vs 51,7%) y central (56,6 vs 82,6%) fueron mayores (p < 0,001) en M; los H. presentaron valores medios más elevados de PA (mmHg). 24 horas: (131/77 vs 128/72), diurnos (134/80 vs 131/75) y nocturnos (123/70 vs 121/65); así como mayor % de no dipper (60 vs 57), y peor control de PA 24 h (%) (40,7 vs 52,4) (p < 0,001). Además los H. tenían más (p < 0,001): LOD (31,3 vs 29,5%), enfermedades vasculares asociadas (23 vs 16,3%), y mayor % individuos con RCV alto/muy alto (68 vs 64,4%).

**Conclusiones:** En población hipertensa tratada con SM, el sexo masculino influye negativamente tanto en el control de la PA, como el mayor deterioro del perfil de riesgo vascular.

## 210. VALORACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

A. Ruiz García<sup>1</sup>, E. Arranz Martínez<sup>2</sup>, J.C. García Álvarez<sup>3</sup>, A. Rodríguez de Cossío<sup>4</sup>, E. Rodríguez de Mingo<sup>5</sup>, L. de Prado Prieto<sup>4</sup>, L.C. López Viejo<sup>6</sup>, B. Remón Pérez<sup>7</sup>, J.A. González-Posada Delgado<sup>8</sup> y D. Fernández-Pacheco Vila<sup>7</sup>

<sup>1</sup>CS Pinto, Madrid. <sup>2</sup>CS San Blas, Parla. <sup>3</sup>CS Dr. Mendiguchía Carriche, Leganés. <sup>4</sup>CS San Martín de la Vega, Madrid.

<sup>5</sup>CS Las Américas, Parla. <sup>6</sup>CS Isabel II, Parla. <sup>7</sup>CS Valdemoro, Madrid. <sup>8</sup>CS El Greco, Getafe.

**Objetivos:** Objetivo principal: determinar los perfiles lipídicos en las poblaciones con o sin Síndrome Metabólico (SM). Objetivo secundario: comparar los perfiles lipídicos en las poblaciones con o sin SM.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo

Tabla 1 Comunicación 210.

(mg/dL)	Con SM (ATP)		Sin SM (ATP)		Prueba T homogeneidad medias	
	Media	DE	Media	DE	Dif. de medias	p-valor
TG	164,85	103,00	97,99	51,08	66,87	0,0001
CT	199,91	42,71	192,74	35,30	7,16	0,0150
HDL	48,34	13,02	55,11	13,42	-6,77	0,0001
LDL	119,07	35,70	118,06	30,75	1,01	0,6900
VLDL	29,94	12,74	19,04	8,69	10,90	0,0001
Col. No HDL	151,57	41,49	137,63	34,17	13,94	0,0001

Tabla 2 Comunicación 210.

(mg/dL)	Con SM (IDF)		Sin SM (IDF)		Prueba T homogeneidad medias	
	Media	DE	Media	DE	Dif. de medias	p-valor
TG	160,90	100,80	97,04	50,49	63,85	0,0001
CT	200,72	40,60	192,00	36,09	8,72	0,0020
HDL	48,63	12,79	55,26	13,55	-6,63	0,0001
LDL	120,41	33,70	117,35	31,59	3,05	0,1930
VLDL	29,14	12,52	18,98	8,83	10,16	0,0001
Col. No HDL	152,08	39,02	136,74	35,05	15,35	0,0001

las normas de: International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, LOPD 15/1999, y Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO()” Microsoft® Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos. Sujetos analizados: 881 [19,37% ilocalizables; 7,93% rechazan consentimiento; 6,46% no acudieron; 2,39% tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)]. Método de recogida de datos: se realizó una entrevista concertada (al solicitarla tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas. Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. Estadísticos nominales: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. Estadísticos escalares: medias con desviación típica ( $\pm$  DE); diferencias de medias: Prueba t para igualdad de medias tras evaluar la prueba de Levene para igualdad de varianzas.

**Resultados:** Variables descriptivas: el 51,98% (48,68-5,27) de la población de estudio eran mujeres. La edad media de la población de estudio fue 49,63 ( $\pm$  16,49) años, siendo 60,62 ( $\pm$  14,49) años en la población con SM (ATP), y de 59,29 ( $\pm$  15,15) años en la población con SM (IDF). El perfil lipídico de la población de estudio fue [media ( $\pm$  DE) mg/dL]: Triglicéridos: 118,93 ( $\pm$  77,90); Colesterol total: 194,99 ( $\pm$  37,90); HDL: 52,99 ( $\pm$  16,66); LDL: 118,37 ( $\pm$  32,32); VLDL: 22,35 ( $\pm$  11,27); Colesterol No HDL: 142,00 ( $\pm$  37,16). El 30,77% (27,78-33,88) de la población padecía SM (ATP) y el 29,12% (26,19-32,19) según IDF. Variables de estudio y resultado: en las poblaciones con SM (ATP/IDF), todos los parámetros analizados del perfil lipídico eran superiores con respecto a la población sin SM, excepto el HDL que era inferior (tabla 1). Al comparar el perfil lipídico de las poblaciones con o sin SM, existían diferencias significativas en todos los parámetros analizados excepto en el colesterol LDL (tabla 2). No hubo diferencias significativas de los parámetros del perfil lipídico entre las poblaciones con SM según ATP vs IDF.

**Conclusiones:** El perfil lipídico de la población con SM (ATP) (mg/dL) fue: TG: 165; CT: 200; HDL: 48; LDL: 119; Col-No HDL: 152. El perfil lipídico de la población con SM (IDF) (mg/dL) fue: TG: 161;

CT: 201; HDL: 49; LDL: 120; Col-No HDL: 152. Todos los parámetros del perfil lipídico eran significativamente mayores (menor en HDL) en las poblaciones con SM (ATP/IDF), al compararlas con la población sin SM, excepto el colesterol LDL, cuyas diferencias no fueron significativas.

## 211. VALORACIÓN DE LA CREATININA Y DE LA ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR EN LAS POBLACIONES MASCULINA Y FEMENINA CON SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

A. Ruiz García<sup>1</sup>, E. Arranz Martínez<sup>2</sup>, J.C. García Álvarez<sup>3</sup>, C. Ribot Catalá<sup>4</sup>, E. Rodríguez de Mingo<sup>5</sup>, N. Escamilla Guijarro<sup>5</sup>, E. Martínez Cid de Rivera<sup>7</sup>, B. Sanz Pozo<sup>5</sup>, M. Rivera Teijido<sup>6</sup> y L.E. Morales Cobos<sup>5</sup>

<sup>1</sup>CS Pinto, Madrid. <sup>2</sup>CS San Blas, Parla. <sup>3</sup>CS Dr. Mendiguchía Carriche, Leganés. <sup>4</sup>CS Jaime Vera, Leganés. <sup>5</sup>CS Las Américas, Parla. <sup>6</sup>CS Isabel II, Parla. <sup>7</sup>CS Pintores, Parla.

**Objetivos:** Objetivo primario: determinar la creatinina y el filtrado glomerular estimado (EFG) en las poblaciones masculina y femenina del estudio SIMETAP. Objetivo secundario: comparar la creatinina y el EFG entre las poblaciones masculina y femenina con síndrome metabólico (SM) según ATP e IDF.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual y siguiendo las normas éticas de investigación nacionales e internacionales. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO()” de Microsoft®Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos. Sujetos analizados: 884 [(19,37% ilocalizables; 7,93% rechazan consentimiento; 6,46% no acudieron; 2,39% criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)]. Método de recogida de datos: se realizó una entrevista (solicitada tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas. Análisis estadístico: SPSS®Statistics 20. Estadísticos nominales: porcentajes

Tabla 1 Comunicación 211.

EFG	Hombres (N = 419)			Mujeres (N = 465)			Dif.%	p-valor <sup>r</sup>
	n	%	n	%				
< 30	2	0,48%	2	0,43%		0,05		0,9120
< 45	3	0,72%	3	0,65%		0,07		0,8996
< 60	14	3,34%	25	5,38%		-2,04		0,1403
< 90	160	38,19%	161	34,62%		3,57		0,2704
≥ 90	240	57,28%	274	58,92%		-1,64		0,6216

Tabla 2 Comunicación 211.

Población de estudio	Hombres			Mujeres			Dif. de medias	p-valor
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Creatinina (mg/dL)	419	0,94	0,24	465	0,74	0,25	0,20	0,0001
EFG (MDRD-4) (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )	419	97,04	27,32	465	97,88	31,08	-0,84	0,6700

Tabla 3 Comunicación 211.

Poblaciones con SM	Hombres			Mujeres			Dif. de medias	p-valor	
	N	Media	DE	N	Media	DE			
CON SM (ATP)	Creatinina (mg/dL) (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )	153	0,98	0,25	119	0,77	0,28	0,21	< 0,0001
	EFG (MDRD-4)	153	88,74	20,98	119	88,31	24,47	0,43	0,8763
CON SM (IDF)	Creatinina (mg/dL)	159	1,00	0,30	136	0,77	0,27	0,23	< 0,0001
	EFG (MDRD-4) (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )	159	88,74	20,98	136	88,79	21,78	-0,05	0,9840

con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. Estadísticos escalares: medias con desviación típica ( $\pm$  DE); diferencias de medias: Prueba t para igualdad de medias tras evaluar la prueba de Levene para igualdad de varianzas. Variables de estudio: creatinina (mg/dL) y EFG (según método MDRD-4) =  $186 \times (\text{creatinina})^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,210 \text{ si raza negra})$  (mL/min/1,73 m<sup>2</sup>).

**Resultados:** Variables descriptivas: población estudiada 884 pacientes de los cuales 51,98% (48,68-55,27) son mujeres y 48,02% varones (44,73-51,32). La edad media de la población de estudio fue 49,63 ( $\pm$  16,46) años, siendo 49,95 ( $\pm$  15,62) años en la población masculina, y 49,33 ( $\pm$  17,20) años en la femenina. La prevalencia de SM (ATP) fue 30,77% (27,78 - 33,88), y 33,44% (30,38 - 36,62) según IDF. Variables de resultado: la creatinina media fue 0,83 ( $\pm$  0,27) mg/dL. La media de la EFG (MDRD-4) fue 87,48 ( $\pm$  29,34 mL/min/m<sup>2</sup>). Las prevalencias de los estudios de EFG se muestran en la tabla 1. Variables de estudio: en la población de estudio, las diferencias de las medias de creatinina y de EFG entre hombres y mujeres se muestran en la tabla 2. En la población con SM (ATP/IDF), las diferencias de las medias de creatinina y de EFG entre hombres y mujeres fueron las que se presentan en la tabla 3.

**Conclusiones:** En la población de estudio, no había diferencias de la EFG (MDRD-4) entre hombres (97,0) y mujeres (97,9). La EFG (MDRD-4) era similar en las poblaciones masculinas y femeninas con SM (ATP/IDF). La creatinina era significativamente mayor (0,20 mg/dL) en hombres (0,94) que en mujeres (0,74). En la población con SM (ATP), la creatinina era significativamente mayor (0,21 mg/dL) en hombres (0,98) que en mujeres (0,77). En la población con SM (IDF), la creatinina era significativamente mayor (0,23 mg/dL) en hombres (1,00) que en mujeres (0,77).

## 212. HIPERGLUCEMIA DE ESTRÉS COMO FACTOR PREDISPONENTE DE DIABETES MELLITUS

M. González Lorenzo<sup>1</sup>, R.P. Garrido Chamorro<sup>2</sup>, M.R. Sánchez Guillamón<sup>3</sup>, J. Abellán Huerta<sup>3</sup>, P. Vila Arteaga<sup>3</sup>, M. Leal Hernández<sup>3</sup> y J. Abellán Alemán<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Intensiva; <sup>2</sup>Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario, Alicante. <sup>3</sup>Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

**Objetivos:** Durante su ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva, algunos de nuestros pacientes presentan hiperglucemia de estrés, pero no disponemos de datos sobre la posterior evolución de esta descompensación glucémica, por lo tanto este estudio pretende investigar la evolución de los pacientes que presentan hiperglucemia de estrés tras su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Interesa saber la evolución glucémica de los pacientes que desarrollan hiperglucemia de estrés después de su ingreso en una unidad de medicina intensiva polivalente, valorando la posibilidad de desarrollar diabetes en los 12 meses siguientes al ingreso.

**Métodos:** Estudio de casos y controles, prospectivo, abierto y observacional. Realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital General Universitario de Alicante, durante doce meses desde la fecha de ingreso. La población a estudio son las pacientes ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario de Alicante, que no tengan el diagnóstico previo de diabetes mellitus, ni presenten una hemoglobina glicosilada elevada al ingreso. Los pacientes son mayores de 18 años, ingresados en la UCI de adultos con una esperanza de supervivencia mayor de 48 horas. Se estudiaron 120 pacientes, 60 casos

o pacientes no diabéticos que desarrollan hiperglucemia de estrés durante el ingreso y 60 pacientes no diabéticos que no desarrollan hiperglucemia de estrés durante el ingreso (siendo este último el grupo control). Se incluyeron los 60 primeros pacientes de cada grupo que ingresaron en la Unidad desde el 1 de agosto del 2011 y completaron su evolución al año.

**Resultados:** Recogimos 120 pacientes de ellos durante su estancia en UCI, 60 no desarrollaron hiperglucemia de estrés y otros 60 sí presentaron hiperglucemia de estrés. Siendo diagnosticados de diabetes mellitus 35 pacientes de los 120 sometidos a estudio, 9 pertenecientes al grupo control (no desarrolló hiperglucemia de estrés) y 26 del grupo que sí presentó hiperglucemia de estrés (casos). El valor de la ji-cuadrado es de 11,66. Por tanto podemos afirmar que hay una probabilidad mayor del 99% de que haya asociación entre las dos variables siendo esta relación fuertemente significativa, por lo que podemos afirmar que el 43% de los pacientes que presentan hiperglucemia de estrés están diagnosticados de diabetes mellitus al año del ingreso frente a sólo un 15% de los pacientes que no sufren hiperglucemia de estrés.

**Conclusiones:** La aparición de diabetes mellitus presenta una relación fuertemente significativa con el padecimiento previo de hiperglucemia de estrés durante su ingreso en UCI, apareciendo al año en el 43% de los pacientes que la presentan durante su ingreso.

### 213. HIPERGLUCEMIA DE ESTRÉS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M. González Lorenzo<sup>1</sup>, R.P. Garrido Chamorro<sup>2</sup>, J. Abellán Huerta<sup>3</sup>, M.R. Sánchez Guillamón<sup>3</sup>, P. Vila Arteaga<sup>3</sup>, M. Leal Hernández<sup>3</sup> y J. Abellán Alemán<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Intensiva; <sup>2</sup>Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario, Alicante. <sup>3</sup>Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

**Objetivos:** Durante su ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva, algunos de nuestros pacientes presentan hiperglucemia de estrés, este estudio pretende investigar la relación de los pacientes entre el desarrollo de hiperglucemia de estrés y la presencia de factores de riesgo cardiovascular (HTA, DL, obesidad y hábito tabáquico).

**Métodos:** Estudio de casos y controles, prospectivo, abierto y observacional. Realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital General Universitario de Alicante. La población a estudio son los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario de Alicante, que no tengan el diagnóstico previo de diabetes mellitus, ni presenten una hemoglobina glicosilada elevada al ingreso. Los pacientes son mayores de 18 años, ingresados en la UCI de adultos con una esperanza de supervivencia mayor de 48 horas. Se estudiaron 120 pacientes, 60 pacientes no diabéticos que desarrollan hiperglucemia de estrés durante el ingreso y 60 pacientes no diabéticos que no desarrollan hiperglucemia de estrés durante el ingreso (siendo este último el grupo control). Se incluyeron los 60 primeros pacientes de cada grupo que ingresaron en la Unidad desde el 1 de agosto del 2011 y completaron su estudio evolutivo al año.

**Resultados:** La hipertensión arterial estaba presente en 56 enfermos, el 47% de los pacientes estudiados. La proporción de diabetes mellitus en los casos y los controles es similar (aproximadamente 60/30) por lo cual el antecedente de hipertensión arterial no presenta diferencias significativas ni entre los casos y controles ni entre los pacientes que desarrolla diabetes mellitus (DM) en ambos grupos. Al analizar los pacientes que evolucionan a DM en el primer año tras ingreso en función de si son o no dislipémicos, observamos como si bien las diferencias no son significativas, en el grupo de los pacientes con hiperglucemia de estrés hay un claro

aumento de pacientes dislipémicos que desarrollan DM en el año siguiente a su ingreso. La asociación del hábito tabáquico en general fue del 55%. La distribución del hábito tabáquico en el grupo control sin desarrollo de hiperglucemia fue del 58%; mientras que en el grupo con desarrollo de hiperglucemia de estrés es del 52%. Observamos que el 66% de los pacientes presenta un aumento del peso corporal. Llama la atención que el 27% de los controles son obesos frente a sólo un 5% de los hiperglucémicos.

**Conclusiones:** Los pacientes que presentan hiperglucemia de estrés que evoluciona a DM tienen una relación fuertemente significativa con la dislipemia, en nuestro estudio el 71% de los pacientes con dislipemia e hiperglucemia de estrés desarrollan DM. Existe relación pero levemente significativa para el desarrollo de DM entre la hiperglucemia de estrés y el hábito tabáquico (48% de casos de DM en el primer año) y el sobrepeso (59% de casos de DM en el primer año). No existe relación significativa entre la hiperglucemia de estrés y el desarrollo de DM con la hipertensión arterial.

### 214. VALORACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LAS POBLACIONES CON Y SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

A. Ruiz García<sup>1</sup>, E. Arranz Martínez<sup>2</sup>, R. Rico Pérez<sup>1</sup>, J.C. García Álvarez<sup>2</sup>, P. Simonaggio Stancampiano<sup>4</sup>, J. Reguillo Díaz<sup>5</sup>, J.L. Velasco Zumarrán<sup>6</sup>, S. Redondo de Pedro<sup>3</sup>, R. Rodríguez Sánchez<sup>7</sup> y M.J. Villar Redondo<sup>5</sup>

<sup>1</sup>CS Pinto, Madrid. <sup>2</sup>CS San Blas, Parla. <sup>3</sup>CS Mendiguchía Carriche, Leganés. <sup>4</sup>CS San Martín de la Vega, Madrid. <sup>5</sup>CS Valdemoro, Madrid. <sup>6</sup>CS El Restón, Valdemoro. <sup>7</sup>CS Pintores, Parla.

**Objetivos:** Objetivo primario: determinar las medias de las presiones arteriales sistólica y diastólica en las poblaciones con o sin síndrome metabólico (SM) según ATP e IDF. Objetivo secundario: comparar las medias de las presiones arteriales sistólica y diastólica en las poblaciones con o sin SM según ATP e IDF.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las normas de International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, cumpliendo lo establecido en la LOPD 15/1999 y en la Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “= ALEATORIO()” de Microsoft® OfficeExcel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos, siendo 910 los sujetos analizados al ser ilocalizables el 19,37%; rechazan consentimiento el 7,93%; no acudieron el 6,46%; y tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados) el 2,39%. Método de recogida de datos: se realizó una entrevista concertada (al solicitarla tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas. Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. Estadísticos nominales: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. Estadísticos escalares: medias con desviación típica ( $\pm$  DE); diferencias de medias: Prueba t para igualdad de medias tras evaluar la prueba de Levene para igualdad de varianzas.

**Resultados:** Variables descriptivas: la población estudiada tenía una edad (media  $\pm$  DE) de  $49,63 \pm 16,46$  años, siendo femenina el 51,98% (48,68-55,27). La prevalencia poblacional de SM según ATP fue del 30,77% (27,78-33,88), y según IDF del 33,44% (30,38-36,62). La prevalencia de PA  $\geq 130/85$  mmHg fue 36,37% (33,24 - 39,59), la de HTA fue 29,12% (26,19 - 32,19), y la prevalencia conjunta de PA  $\geq 130/85$  mmHg o en tratamiento farmacológico antihipertensivo fue 49,23% (45,93-52,53). Variables de estudio y resultado: la po-

Tabla 1 Comunicación 214.

Con SM (ATP)		Sin SM (ATP)		Prueba T homogeneidad medias	
Media	DE	Media	DE	Dif. de medias	p-valor
PAS (mmHg)	128,32	14,25	117,77	14,60	10,55
PAD (mmHg)	77,24	9,72	72,27	9,97	4,97

Tabla 2 Comunicación 214.

Con SM (IDF)		Sin SM (IDF)		Prueba T homogeneidad medias	
Media	DE	Media	DE	Dif. de medias	p-valor
PAS (mmHg)	128,10	14,00	117,46	14,65	10,64
PAD (mmHg)	77,50	9,43	71,94	9,99	5,56

blación de estudio presentó una media de PA sistólica (PAS): 121,01 ( $\pm 15,28$ ) mmHg; media de PA diastólica (PAD): 73,80 ( $\pm 10,15$ ) mmHg. Existían diferencias significativas en las medias de PA entre las poblaciones con o sin SM (ATP) (tabla 1). Existían diferencias significativas en las medias de PA entre las poblaciones con o sin SM (IDF) (tabla 2). La diferencia de medias de PAS (0,22 mmHg) entre las poblaciones con SM según ATP y con SM según IDF no era significativa ( $p = 0,851$ ). La diferencia de medias de PAD (-0,26 mmHg) entre las poblaciones con SM según ATP y con SM según IDF no era significativa ( $p = 0,743$ ).

**Conclusiones:** En la población con SM (ATP), la PAS media fue 128 mmHg y la PAD media fue 77 mmHg, siendo 11 y 5 mmHg superiores respectivamente que en la población sin SM. En la población con SM (IDF), la PAS media fue 128 mmHg y la PAD media fue 78 mmHg, siendo 11 y 6 mmHg superiores respectivamente que en la población sin SM. Existen diferencias significativas de PAS y de PAD entre las poblaciones con SM y sin SM, tanto si se siguen criterios de ATP como criterios IDF. No existen diferencias significativas de PAS o de PAD entre las poblaciones con SM según ATP y con SM según IDF.

## 215. EVALUACIÓN DEL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN ÁLAVA

A.A. Rodríguez Fernández<sup>1</sup>, G. Mediavilla Tris<sup>1</sup>,  
J.M. Iturralde Irizo<sup>1</sup>, A. Ruiz de Loizaga Arellano<sup>1</sup>,  
E. López de Uralde Pérez de Albéniz<sup>1</sup>, M. Pinel Monge<sup>1</sup>,  
A.R. Solar Peche<sup>1</sup>, J.L. Hurtado Mendoza<sup>1</sup>, J.A. Sancho Esteras<sup>2</sup>  
y J. Ocharán Corcuerá<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz. <sup>2</sup>HUA Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz.

**Introducción:** Una de las propuestas de la estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud es: "garantizar que el tratamiento y seguimiento del enfermo diabético cumple con los mejores criterios y estándares de calidad asistencial". La diabetes mellitus (DM) tipo II es una enfermedad crónica que requiere cuidados médicos y educación a los pacientes para prevenir las complicaciones a largo plazo. Además es diagnosticada y atendida mayoritariamente por los médicos de Atención Primaria. Nuestro objetivo es ver el grado de control que hemos logrado en nuestros pacientes en el último año.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en Septiembre de 2012 en Comarca Araba. Se empleo el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de Buena Atención al paciente diabético del Contrato Programa de este año 2012.

Tabla 1 Comunicación 215.

Población	301.333
Cribado de DM tipo II	66,35%
Nº diabéticos tipo II diagnosticados	16.380
Prevalencia DM tipo II	7,64%
Estudio analítico DM	42,86%
Control periódico: (IMC, ed. sanitaria)	42,03%
Cuidados del pie	50,83%
Fondo de ojo anual	67,98%
Buen control HbA1c (> 7%)	40,16%
Buen control TA (TA < 140/80 mmHg.)	36,12%
Cálculo riesgo coronario	55,58%
Buen control tabaquismo (no fumadores)	82,75%

**Resultados:** Se muestran en la tabla.

**Conclusiones:** Deberemos incrementar el número de pacientes que acuden a la consulta del control periódico con el fin de conseguir que aumente el cumplimiento de las indicaciones dietéticas, la práctica de una actividad física constante y la aplicación de la prescripción farmacológica como base para conseguir el éxito de la terapia implementada a nuestros diabéticos. Además teniendo en cuenta que el 75% de nuestros diabéticos mueren por enfermedad cardiovascular debemos mejorar su control tensional.

## 216. DM GESTACIONAL Y TEST DIAGNÓSTICO: ¿QUÉ PUNTO ES MÁS SIGNIFICATIVO?

S. Civantos Modino<sup>1</sup>, N. Martell Claros<sup>2</sup>, M. Abad Cardiel<sup>2</sup>,  
C. Navea Aguilera<sup>1</sup>, M. Merino Viveros<sup>1</sup>, G. Guijarro de Armas<sup>1</sup>,  
M. Durán Martínez<sup>2</sup> y B. Flández González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Getafe, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Cíncico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** La diabetes gestacional se define como la diagnosticada por 1<sup>a</sup> vez durante el embarazo independientemente de la necesidad de tratamiento insulínico, grado de trastorno metabólico o persistencias una vez finalizado el mismo. En la actualidad existen diferentes criterios para el diagnóstico. El aprobado por el Grupo Español de Diabetes y Embarazo consiste en una sobrecarga oral de glucosa (SOG) con 100 g de glucosa y determinación basal y a los 60, 120 y 180 min de glucosa en plasma. Sin embargo en las guías ADA 2012 se indica una SOG con 75 g y determinación de glucosa basal y a los 60 y 120 min. El objetivo de nuestro estudio es averiguar qué punto de la sobrecarga con

100 g es más significativo para el diagnóstico de diabetes gestacional.

**Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo realizado en 1.630 mujeres diagnosticadas de diabetes gestacional en la consulta monográfica del H.U. de Getafe desde 1992 hasta 2011 tras someterse a una prueba diagnóstica con 100g de glucosa. Se consideró patológica si presentaban glucosa mayor o igual a los siguientes valores en 2 o más puntos: basal: 105 mg/dl, 60 min: 190 mg/dl, 120 min: 165 mg/dl y 180 min: 145 mg/dl de glucosa (según los criterios del grupo Nacional de Diabetes (NGDM)). A los 3 meses postparto se realizaba una reclasificación con SOG 75 g. Las características analizadas fueron: edad, glucemia plasmática en SOG con 100 g (basal, 60 min, 120 min, 180 min) y glucemia en test de reclasificación con 75 g, HbA1C previo al diagnóstico y 3 meses tras el parto, uso de insulina durante el embarazo.

**Resultados:** Edad media materna: 32,4 ± 4,2 años. HbA1c inicial media: 5,3% ± 4 mg/dl. HbA1c tras 3 meses del parto: 5,2% ± 0,6. El 19,6% precisó tratamiento con insulina durante el embarazo. En test diagnóstico de SOG con 100 g: glucemia basal media: 91,6 ± 16,0 mg/dl, tras 60 min: 210,2 ± 27,7 mg/dl, tras 120 min: 187,4 ± 27,7 mg/dl y tras 180 min: 138,4 ± 37,0 mg/dl. En reclasificación 3 meses tras el parto, el 77,8% tuvieron SOG con 75 g normal, el 9,5 compatible con glucemia basal alterada (GBA), el 10,8 con intolerancia hidratos de carbono (IHC) y el 2,1% se diagnosticó de DM tras la gestación. De las pacientes que tuvieron 2 puntos patológicos en la SOG con 100 g, el 78,4% y el 88,9% tenían como puntos patológicos el 60 y 120 min mientras que solo un 20,3% y un 4,5% tenían como puntos patológicos el 180 min y el basal respectivamente. De las pacientes que precisaron insulina durante la gestación, el 88,2% 90,8% tuvieron patológicos los puntos 60 y 120 min mientras que solo el 46,4% y 40,3% tuvieron patológicos el 180 min y el basal. En relación a la reclasificación postparto, de las pacientes con diagnóstico final de GBA, IHC Y DM, el 90%, 88,4% y el 88,2% respectivamente tuvieron patológico el punto 60 min. El 80,8, 96% y 100% de estas pacientes tuvieron patológico el punto 120 min. Sin embargo el 38%, 49% y 71% tuvieron el punto 180 min patológico y el 38,5%, 20,5%, y 14,5% tuvieron patológico el basal.

**Conclusiones:** En el test diagnóstico de diabetes gestacional con 100 g de glucosa, la glucemia más relevante tanto para el diagnóstico como para la disglucosuria postparto es la determinada a los 60 y a los 120 min. Este hallazgo se encuentra en concordancia con lo expuesto en las recomendaciones de la ADA 2012.

## 217. HIPOGLUCEMIAS GRAVES Y FUNCIÓN RENAL EN DIABETES TIPO 2

O. González Albarrán, A. Matei, A. Galdón, J. Chacín, B. Calderón, C. Lafuente y C. Alvarado

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Se define hipoglucemia grave como aquella situación clínica derivada del descenso de los niveles de glucemia plasmática (generalmente < 50 mg/dl) que precisa la asistencia de otra persona para resolverla. En numerosas ocasiones son atendidos por los servicios de emergencias o llevados a las urgencias de los hospitales. El objetivo del estudio es describir las características clínicas de los pacientes con DM2 que acuden a urgencias del Hospital Ramón y Cajal por hipoglucemia severa y su relación con la función renal. Estudio retrospectivo de los episodios de hipoglucemias graves pacientes DM2. Se registraron datos sobre edad, sexo, HbA1c, fármacos hipoglucemiantes, función renal (creatinina sérica y TFG). Se registraron 101 episodios de hipoglucemias graves. Edad media fue 78 ± 9 años, mujeres (47,8%), 96% de origen español, 54% de los pacientes estaban seguidos por

MAP, tiempo de evolución de la diabetes 17,2 ± 11 años, gluc. media durante hipoglucemias: 36,64 ± 14 mg/dl, HbA1c media: 7,2 ± 1,5% (HbA1c < 7%: 68%); creatinina: 1,36 ± 0,8 mg/dl, TFG medio: 56 ± 27 mL/min. Según TFG > 60 mL/min = 44,55%, TFG entre 30-60 mL/min: 37,72% y TFG < 30 mL/min = 17,7%. Respecto al tratamiento: 41% en tratamiento exclusivamente con insulina, 30,8% en tratamiento combinado insulina más ADO, 28% sólo con ADO. Respecto a los ADO: 80,8% con metformina, 58% con SFU/glinida (56% era glibenclamida). Según las tasas de TFG, los porcentajes de utilización de insulina/Ado no difieren ni tampoco el tipo de ADO. De manera, que con TFG < 60 mL/min presentaba el 80% con metformina, el 58% con SFU (glibenclamida 52%); en los pacientes con TFG > 30 mL/min, 78% con metformina, 48% con SFU. El 53% de los pacientes había tenido otro episodio previo de hipoglucemias graves. El 59,6% requirieron ingreso hospitalario (60% con insulina y 30% con SFU). Los diabéticos tipo 2 con hipoglucemias severas que requieren atención hospitalaria presentan una edad avanzada, un control metabólico estrecho y un gran porcentaje de pacientes con deterioro de la función renal y un inadecuado uso de los ADO.

## 218. PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN DISTINTOS CRITERIOS VIGENTES

A. Genovés<sup>1</sup>, V. Giner<sup>2</sup>, J.V. Vaquer<sup>1</sup>, C. Pérez<sup>3</sup>, F. Pellín<sup>1</sup>, R. Valero<sup>3</sup>, R. Tomás<sup>1</sup>, B. Llopis<sup>3</sup>, C. Sánchez<sup>3</sup> y E. Viñes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atención Primaria, Departamento de Salud de Elda, Alicante.

<sup>2</sup>Unidad de HTA y Riesgo Cardiometabólico, Servicio de Medicina Interna, Hospital Verge dels Lliris, Alcoy. <sup>3</sup>Atención Primaria, Departamento de Salud de Alcoy, Alicante.

**Objetivos:** Caracterizar el síndrome metabólico (SM) en pacientes DM2 seguidos en AP de los Departamentos de Salud de Alcoy y Elda (Alicante) y determinar la concordancia entre las diferentes definiciones vigentes: ATPIII 2002, IDF 2005 y Consenso (Con) 2009.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal, multicéntrico, con reclutamiento consecutivo de pacientes mayores de 18 años con DM2 seguidos en AP al menos durante el año previo. Se incluye valoración antropométrica, anamnesis y revisión de historia clínica.

**Resultados:** Se analizan 97 de los 200 pacientes incluidos (edad: 70 ± 10,1 años; 44,3% varones) con HbA1c media de 7,1 ± 1,1% (56,7% HbA1c < 7%) y DM2 de 10,3 ± 7,4 años de evolución. Un 76,3% cumplía criterios de SM: 72,2% Con 2009, 71,1% IDF 2005, 61,9% ATPIII 2002. Independientemente de la definición aplicada, hubo diferencias significativas en pacientes con y sin SM en peso (79,4 ± 15,2 vs 71,1 ± 14,3 Kg; p = 0,033), IMC (30,9 ± 4,8 vs 28,2 ± 4,1 Kg/m<sup>2</sup>; p = 0,030), perímetro de cintura (104,1 ± 11,6 vs 93,2 ± 11,3 cm; p = 0,000), perímetro braquial derecho (30,3 ± 5,3 vs 27,4 ± 4,1 cm; p = 0,034), PA sistólica (144,3 ± 19,0 vs 131,2 ± 16,1 mmHg; p = 0,007) y diastólica (79 ± 9,1 vs 72,4 ± 6,6 mmHg; p = 0,008), PA < 135/85 mmHg (23,3% vs 17,8%; p = 0,000) y < 140/90 mmHg (40,9% vs 19,3%; p = 0,003). No hubo diferencias significativas en tratamientos recibidos o en otras variables de control del RCV. La prevalencia de criterios diagnósticos ATPIII fue: 89,7% glucemia basal ≥ 100 mg/dl; 70,1% obesidad central; 66% PA ≥ 130/85 mmHg; 23,7% TG ≥ 150 mg/dl y 25,8% HDL bajo. Las prevalencias en IDF 2005: 100% obesidad central; 85,6% glucemia basal ≥ 100 mg/dl y/o con antidiabéticos; 71,1% PAS ≥ 130/85 mmHg y/o con antihipertensivos; 33% con HDL bajo o en tratamiento específico; y 23,7% con TG ≥ 150 mg/dl y/o con fármacos específicos. Las prevalencias en Con 2009: 78,4% obesidad central; 87,6% glucemia basal ≥ 100 mg/dl

y/o tomando antidiabéticos; 74,2% PAS  $\geq 130/85$  mmHg y/o con antihipertensivos; 33% mostraba HDL bajo o con fármacos específicos; y un 21,6% TG  $\geq 150$  mg/dl y/o con fármacos específicos. Hubo importante concordancia diagnóstica entre los distintos criterios, siendo la mayor la objetivada entre IDF 2005 y Con 2009 (Kappa = 0,93; p < 0,0001) frente ATP III e IDF 2005 (Kappa = 0,63; p < 0,0001) y ATP III y Con 2009 (Kappa = 0,62; p < 0,0001).

**Conclusiones:** Con independencia del criterio empleado, el SM tiene una elevada prevalencia en población con DM2 (61,9-72,2%). Los DM2 con SM tuvieron mayor obesidad global y central y PA además de mayor control de la PA. Descartado el componente glucémico, los componentes más prevalentes fueron la PA y obesidad central. El grado de máxima concordancia entre criterios de SM se encontró entre IDF 2005 y Con 2009.

## 219. CONTROL METABÓLICO EN PACIENTE DIABÉTICOS ANCIANOS

E. Martínez Velado<sup>1</sup>, M.M. Chimeno Viñas<sup>1</sup>, P. Sánchez Junquera<sup>1</sup>, A. de la Vega Lanciego<sup>1</sup>, J.F. Soto Delgado<sup>1</sup>, M.M. Mateos Andres<sup>1</sup>, L. Mustapha Abadie<sup>1</sup>, V.M. López Mouriño<sup>2</sup>, P. García Carbo<sup>1</sup> y L.M. Seisdedos Cortes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Asistencial de Zamora, Zamora. <sup>2</sup>Hospital Comarcal de Monforte de Lemos, Lugo.

**Objetivos:** La diabetes mellitus (DM) es uno de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) más importantes, con importantes repercusiones económicas del gasto farmacéutico, morbilidad y mortalidad. Frecuentemente coexisten otros FRCV que hacen necesario el abordaje conjunto de las diferentes patologías. En nuestra sociedad la prevalencia de dichas patologías se incrementa con la edad, por ello, cobra vital importancia su abordaje, se estima un incremento de las mismas en nuestra población en las próximas décadas por el aumento de la esperanza de vida, mejora en los tratamientos relacionados con la patología CV y por el aumento de la supervivencia en los pacientes que las padecen.

**Métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de 100 pacientes mayores de 75 años, elegidos aleatoriamente, que ingresaron en el servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen de la Concha de Zamora en el año 2012 con el diagnóstico previo de DM. Se analizó la edad, sexo, existencia asociada de HTA y/o dislipemia, tratamiento realizado previo al ingreso, niveles de hemoglobina glicosilada, motivo por el que ingresan y tratamiento al alta.

**Resultados:** De los 100 pacientes analizados, 48 fueron mujeres, siendo la edad media de 81 años. La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en los pacientes analizados fue del 81% y de dislipemia del 44%. Coexistían DM, HTA y dislipemia en un 40% de los mismos. El 28% de los pacientes realizaban tratamiento con insulina y casi la mitad de los pacientes analizados (48%) con metformina, sola o en combinación. Un 39% de los pacientes de nuestra serie, mostraban hemoglobinas glicosiladas comprendidas entre 7-7,9. El mayor número de ingresos fue por causas infecciosas: 34%, falleciendo durante el ingreso 7 pacientes. En un 4% la causa de institucionalización fueron alteraciones glucémicas. En el momento del alta, el nuevo fármaco más prescrito, fue la insulina (11%), precisando ajuste de dosis de otros fármacos ya empleados el 19% de los pacientes analizados.

**Conclusiones:** Existe una elevada prevalencia de factores de riesgo CV en la población analizada asociado posiblemente a una edad avanzada. La metformina es el fármaco más empleado incluso en población anciana. Importante número de paciente que pese a la edad realiza tratamiento con insulina. Infecciones como motivo más frecuente de ingreso.

## 220. EL SÍNDROME DE INSULINORRESISTENCIA Y LA ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

J. Montserrat Capdevila<sup>1</sup>, M. Vilanova Fillat<sup>1</sup>, D. Ríos García<sup>1</sup>, N. Miró Vallvé<sup>1</sup>, M. Roca Monsó<sup>1</sup>, A. Balcells Terés<sup>1</sup>, M. Mo Gasol<sup>2</sup>, V. Sánchez Fernández<sup>1</sup>, M. Pena Arnáiz<sup>1</sup> y F. Purroy García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ABS Pla d'Urgell, Mollerussa. <sup>2</sup>Servicio de Urgencias; <sup>3</sup>Unidad de Ictus, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) y de enfermedad arterial periférica (EAP) silente determinada a través de un índice tobillo brazo patológico en una cohorte de pacientes con AIT y compararla con la de un grupo control de pacientes con asociación de factores de riesgo cerebrovascular (FRCV) sin antecedente de ictus. Establecer cuáles son las variables asociadas a ambos parámetros biomédicos en los pacientes con AIT.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional de casos y controles formado por una cohorte de 434 casos prospectivos de AIT procedentes del estudio PROMAPA (Proyecto Español del Manejo y Evolución de los pacientes con un Ataque Isquémico Transitorio) y 231 controles obtenidos de una Área Básica de Salud. En ambas cohortes se registraron variables clínicas, datos de laboratorio (colesterol total, col-LDL, triglicéridos, leucocitos, creatinina) y en la cohorte AIT datos sobre la etiología. El SM se definió según la Adult Treatment Panel III (ATP-III) y la International Diabetes Federation (IDF). Se definió la EAP como un ITB  $\leq 0,9$ . Se realizó un análisis multivariante a través de modelos de regresión logística para determinar los predictores independientes de ambos parámetros.

**Resultados:** La prevalencia de EAP fue mayor en la cohorte AIT 22,8% vs 5,6%.

**Conclusiones:** La prevalencia de EAP silente es significativamente mayor en la cohorte de pacientes con AIT, no así el SM. Los dos parámetros están asociados a FRCV diferentes. La EAP podría ser un nuevo parámetro biomédico de recurrencia de ictus o de aparición de episodios vasculares extracraneales. Su presencia podría ser indicativa de extensión de la enfermedad ateromatosa. De esta forma, los pacientes con EAP se podrían beneficiar de estudios de extensión y de una terapia terapéutica dirigida.