

Síndrome metabólico, prediabetes y diabetes

145. LA EDAD INFLUENCIA NEGATIVAMENTE EN EL CONTROL GLUCÉMICO Y PAPEL DEL RIESGO VASCULAR DE DIABÉTICOS TIPO 2

V. González Begines¹, M.L. Luque Escalante¹, F.J. Aranda Lara¹, L. Román Jiménez¹, E. Aires Eslava¹, E. García Martín¹, M. de la Calle Vélez¹, R. Guerola Segura³, E. Domínguez Sayago¹ y C.V. Almeida González²

¹CS Virgen de Consolación. UGC Utrera Sur, Utrera. ²Unidad de Estadística y Metodología de la Investigación; ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Objetivo: A fin de valorar la posible influencia positiva o negativa de la edad en el control glucémico y en el perfil de riesgo cardiovascular (RCV) comparamos 2 series de diabéticos de más y menos de 65 años atendidos en una consulta de Atención Primaria.

Métodos: En un estudio transversal comparamos dos muestras de pacientes con DM2 según edad ≥ 65 años, grupo A (n = 62, edad 75 ± 7 años, hombres: 39%, IMC: $30,2 \pm 5$ kg/m², perímetro abdominal: 104 ± 9 cm; presión arterial: $138 \pm 19 / 82 \pm 10$ mmHg, glucemia basal: 132 ± 40 mg/dl, HbA1c: $7 \pm 1\%$, tiempo de evolución DM2: 8 ± 4 años) y grupo B con edad < 65 años (n = 50, edad 55 ± 6 años, hombres: 68%, IMC: $30,4 \pm 3$, perímetro abdominal: 105 ± 7 cm, presión arterial: $134 \pm 15 / 81 \pm 10$ mmHg, glucemia basal: 143 ± 38 mg/dl, HbA1c: $7,1 \pm 1,7\%$, tiempo de evolución DM2: $6,5 \pm 3$ años). Se evaluó la prevalencia y grado de control FRV, así como el perfil de riesgo (LOD, ECV asociadas y estratos de riesgo según Guías ESH/ECS 2013). El análisis de los datos fue realizado con programa estadístico SPSS.

Resultados: Prevalencia FRV grupo A vs grupo B (%): HTA 85/88; dislipemia 62/64; tabaquismo 3,5/20(*); obesidad: 45/40(*); LOD (%): 42/16 (**), a expensas de HVI 19,4/8 (*) y cociente A/C: 18/8,5 (*); ECV asociadas (%): cardíacas 38,7/12 (**), renal: 25,8/4 (**), cerebral: 14/4 (*); EAP: 16,1/12 (ns). Retinopatía diabética: 22/19,2 (ns). Grado de control FRV (%): HTA: 72/69,5 (ns); dislipemia: 53/52 (ns); HbA1c $< 7\%$: 41,9 vs 32 (*). Tratamiento con insulina (%): 44/38 (*). Promedio ADO: $2,6 \pm 1,1/1,8 \pm 2$. RCV alto/muy alto (%): 80,7/68 (**). (*) $p < 0,05$ y (**) $p < 0,001$.

Conclusiones: En 2 grupos de diabéticos tipo 2 con similar IMC, grado de control de FRV y tiempo de evolución de DM2, la edad > 65 años parece influenciar negativamente en el control de la DM2 y perfil de RCV de estos pacientes.

146. FACTORES Y CONSECUENCIAS DEL DEFICIENTE CONTROL GLUCÉMICO EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

M.L. Luque Escalante¹, V. González Begines¹, L. Román Jiménez¹, F.J. Aranda Lara¹, E. García Martín¹, M. de la Calle Vélez¹, E. Aires Eslava¹, C.V. Almeida González², E. Domínguez Sayago¹ y R. Guerola Segura³

¹CS Virgen de Consolación. UGC Utrera Sur, Utrera. ²Unidad de Estadística y Metodología de la Investigación; ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Objetivo: Estudiar los factores que ocasionan mal control glucémico, así como sus consecuencias clínicas, en una consulta de Atención Primaria.

Métodos: Estudiamos comparativamente el perfil demográfico y clínico de dos grupos de diabéticos tipo 2 con HbA1c $\leq 7\%$ (n 70, edad: 63 ± 12 años, hombres 57,1%) y $> 7\%$ (n 42, edad 68 ± 11 años, hombres 42,9%) con similar tiempo de evolución de la DM2 (7 ± 4 vs $7,6 \pm 4,8$ años). Los pacientes fueron seguidos periódicamente y tratados con un enfoque multifactorial de su riesgo CV. Se aplicó la evaluación de RV propuesta por las guías 2013 de la SEH/SEC. El análisis de los datos se realizó con programa estadístico SPSS.

Resultados: Los valores medios de los pacientes con HbA1c $\leq y > 7\%$ fueron respectivamente: IMC (kg/m²): $29,7 \pm 3$ vs $31,1 \pm 5$ (*); PA (mmHg): $132/79$ vs $144/86$ (**); glucosa basal (mg/dl): 118 ± 26 vs 169 ± 82 (**); HbA1c (%): $6,3 \pm 0,5$ vs $8,3 \pm 1,4$ (**); cociente A/C (mg/g): 30 ± 94 vs 63 ± 212 (*). Frecuencias comparativas en pacientes con HbA1c $\leq y > 7\%$ en FRV (%): HTA: 86 vs 86; obesidad: 40 vs 47,6 (*); dislipemia 71,4 vs 90 (**); tabaquismo: 11,4 vs 9,5; LOD (%): 23,3 vs 28,6 (*); retinopatía (%): 22,9 vs 24. ECV asociadas (%): cardíaca 28,6 vs 23,8; cerebral 3,5 vs 4,6. EAP 11,5 vs 23,8 (*). Pacientes con RCV alto/muy alto según estratificación SEH/SEC 2013: 65,8/90,5 (**). (*) $p < 0,05$ (**) $p < 0,001$.

Conclusiones: En pacientes diabéticos tipo 2 con similar tiempo de evolución, además de un significativo peor perfil de RCV, el descontrol glucémico se acompaña de mayor edad, sexo femenino, mayores niveles de PA e IMC, así como mayor prevalencia de obesidad y dislipemia.

147. PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA O NO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA

L. Román Jiménez¹, V. González Begines¹, M.L. Luque Escalante¹, E. Aires Eslava¹, E. Domínguez Sayago¹, E. García Martín¹, M. de la Calle Vélez¹, C.V. Almeida González¹, F.J. Aranda Lara¹ y R. Guerola Segura³

¹CS Virgen de Consolación. UGC Utrera Sur, Utrera. ²Unidad de Estadística y Metodología de la Investigación; ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Objetivo: Analizar el perfil de riesgo cardiovascular en una población de diabéticos tipo 2 dependiendo de la presencia o no de retinopatía diabética.

Métodos: Realizamos un estudio, descriptivo y prospectivo, desarrollado en una consulta de atención primaria de un centro de salud urbano. Analizamos 98 pacientes diabéticos tipo 2 tratados y visitados en el último año con estudio de retinografía. Se dividió la muestra en dos grupos en función si presentaban retinopatía diabética o no. Se analizaron las siguientes variables: antecedentes familiares y personales, parámetros antropométricos, factores de riesgo cardiovascular, lesiones de órganos diana (LOD) y la presencia de enfermedad cardiovascular prematura, perfil glucémico y renal. Además se realizó índice tobillo-brazo (ITB), electrocardiograma y estimación del RCV según guías SEH-SEC 2013. Análisis estadístico SPSS v.22.0.

Resultados: Se presentan según, no retinopatía diabética (n=74) vs retinopatía (n=24): edad (años): $65 \pm 11/64 \pm 11$; varones (%): 56,8/50; fumador (%): 13,5/8,3; exfumador (%): 32,4/25(*); IMC(kg/m²): $29,6 \pm 3,4/31,2 \pm 4,6$ (*); Obesidad: (IMC ≥ 30) (%): 37,8/58,4(**); perímetro abdominal (cm): $104 \pm 8,5/105 \pm 7,2$; obesidad abdominal (mujer > 88 cm y varón > 102 cm) (%): 81,1/83,3; hemoglobina glucosilada (%): $7,08 \pm 1,45/6,9 \pm 1,12$; años de evolución de la diabetes: 9,72/14,16(**); hipertensos (%): 81,1/100(**); hipercolesterolemia (%): 73/100(**); Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura (%): 21,6/8,3(**); Lesión de órgano diana (%): 32,4/8,3(**) (distribuida: Enfermedad renal (%) 16,2/16,7; Enfermedad cerebral (%) 13,5/50(**); Enfermedad cardíaca (%) 29,7/25); Cociente albumina/creatinina (mg/g): $32,9 \pm 89,7/89,2 \pm 53,8$ (**); PAS (mmHg) $135 \pm 17,2/143 \pm 19,7$ (**); PAD (mmHg) $81,2 \pm 10,9/83 \pm 10,2$ (*); ITB alterado (%): 24,3/41,7(**); RCV SEH-SEC alto/muy alto (%): 78,3/75; claudicación intermitente (%): 13,5/33,3; hipertrofia ventricular izquierda (HVI) (%) (PDV-Cornell): 13,5/16,7 (*). $p < 0,05$ (*); $p < 0,001$ (**).

Conclusiones: Del estudio podemos concluir que en el grupo de pacientes con retinopatía diabética existe mayor presencia de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y obesidad, así como más años de evolución de la diabetes. A su vez tienen mayor PA media e incidencia de ITB patológico, claudicación intermitente e HVI.

148. LOS PACIENTES HIPERTENSOS OBESOS Y DIABÉTICOS TIENEN PRESIONES CENTRALES Y RESISTENCIAS PERIFÉRICAS MÁS ELEVADAS QUE LOS NO DIABÉTICOS

R. Cabrera Solé¹, C. Turpin Lucas¹, E. Luepke Estephan², S. García Ruiz¹, L. Urrera Rivera¹, E. Seguí Moya³ y M. Aguilera Saldaña¹

¹Hospital General Universitario de Albacete, Albacete. ²Hospital General Universitario de Madrid, Madrid. ³Facultad de Medicina de Albacete, Albacete.

Introducción: La asociación de hipertensión arterial (HTA) con obesidad (O) y diabetes (D), no es tan infrecuente en los países desarrollados, incrementando el ya elevado riesgo cardiovascular de los pacientes hipertensos y nos obliga a mejorar el control de los factores de riesgos en estos grupos.

Objetivo: Evaluar las presiones centrales (CBP), resistencias periféricas totales (TPR) y la rigidez arterial (AS) en pacientes obesos (BMI ≥ 30) hipertensos y diabéticos (OHD) comparados con los no diabéticos (OH) que tienen tensiones arteriales periféricas bien controladas.

Métodos: Estudiamos a 105 pacientes OHD (61 ± 6 años) y los hemos comparado con otro grupo de 55 OH (62 ± 4 años) que recibían tratamiento combinado según criterio de su médico de familia para mantener tensiones arteriales periféricas por debajo de 135/80 mmHg en la consulta y en quienes se realizó una medición de presiones centrales sistólica y diastólica (SCBP, DCBP), resistencia periférica total (TPR) y el índice de aumento (AI) para valorar la rigidez arterial. Se consideró también el número de fármacos antihipertensivos que tomaban los pacientes de cada grupo (Med). Los resultados de ambos grupos fueron comparados y se presentan en la tabla.

Conclusiones: El riesgo cardiovascular ya elevado de los pacientes OHD se ve incrementado por presentar también un aumento de las

presiones centrales y de la rigidez arterial de estos pacientes comparados con aquellos OH no diabéticos, señalando a un grupo en quienes debemos extremar los cuidados y recomendaciones al prescribir un tratamiento. No hemos observado diferencias en el número de fármacos antihipertensivos necesarios para el control de la HTA, pero sí en el número total de fármacos que cada grupo recibía.

149. EDINE: OPTIMIZACIÓN DE INSULINA BASAL EN DIABETES 2 DESDE LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA

A. Calderón Ortega¹, M. Guerrero González¹, G. del Campo Cortijo², J. Meléndez Luque¹, J. Nogales Estévez¹, L. Fernández Ramos¹, F. Fernández Hidalgo¹, A.M. Martínez Infantes¹, E. Serrato Gómez³ y E. Rosa Camacho⁴

¹Distrito Sanitario Atención Primaria Costa del Sol, Mijas.

²Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga. ³Distrito Sanitario Atención Primaria Málaga, Málaga. ⁴Hospital Costa del Sol, Marbella.

Objetivo: Evaluar el grado de optimización de dosis de insulina basal en pacientes con DM 2 gestionados en consulta de enfermería de Hospital, Centro de Especialidades y Atención Primaria de la provincia de Málaga. Conocer dosis medias reales de insulina de los pacientes con DM2 de la Provincia de Málaga y grado de control en los diferentes ámbitos de actuación.

Métodos: Estudio epidemiológico multicéntrico de corte transversal a una muestra de 214 personas. Los datos clínicos se recogen en el cuaderno de recogida de datos (CRD) diseñado a tal efecto. Criterios de inclusión: hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico documentado de DM2. Pacientes que hayan sido tratados con insulinas basales (una o dos dosis/día) con o sin antidiabéticos orales al menos 2 meses. Criterios de exclusión: pacientes en tratamiento concomitante con corticoides, con enfermedades intercurrentes graves, mujeres con diabetes gestacional y mujeres embarazadas. Variables: peso, IMC, HbA1c, glucemia basal, glucemia posprandial en cada comida. Bioquímica básica y perfil lipídico. Número hipoglucemias documentadas graves y no graves en el mes previo. Tratamiento ADO. Tratamiento no ADO, dosis diaria total de insulina/kg/día, dosis basal Kg/día, número de inyecciones. Análisis estadístico: descriptiva general de las variables incluidas en el estudio. Distribuciones de frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión (media, desviación típica, mediana, mínimo y máximo) de las variables cuantitativas, y los intervalos de confianza al 95%. Análisis estadístico con SPSS 17.0. Test de hipótesis de chi cuadrado. Se determinará la proporción de pacientes que están en el objetivo de HbA1c $< 7\%$ y la relación con la dosis y peso.

Resultados: El tiempo de insulinización media es de 62 meses. Un 58,2% de los pacientes ha aumentado de peso respecto a la insulinización. Del total de los pacientes insulinizados el 73,4% toman también algún tipo de ADO de éstos el 59,8% son tratados con metformina, frente al 24,8% sulfonilureas. Respecto al tratamiento concomitante el 91,1% son tratados por alguna patología asociada de los antihipertensivos los ARAll son los más usados (46,2%), las estatinas el 67,2% y son antiagregados el 90,3% (AASS: 23,1%, otro antiagregante 67,2%).

Tabla Comunicación 148.

| DATA | SCBP | DCBP | TPR | AI | MED (N°) |
|------|--------------|--------------|-----------------|--------------|-------------|
| OHD | 111 ± 2 | 88 ± 4 | 1.7 ± 0.3 | 38 ± 5 | 4.2 ± 2 |
| OH | $97 \pm 4^*$ | $79 \pm 3^*$ | $0.7 \pm 0.3^*$ | $28 \pm 4^*$ | 3.3 ± 2 |

Valor de $p \leq 0,05$.

Conclusiones: Suponemos que el grado de control metabólico de los pacientes con DM2 tratados con insulina no es el óptimo, sin embargo la visión global de la situación actual en el ámbito de la AP nos proporcionará datos para implantar estrategias sugeridas por diferentes investigadores en la línea de acercarnos al óptimo control metabólico, con el fin de disminuir las complicaciones tardías de la enfermedad.

150. SÍNDROME METABÓLICO Y DAÑO RENAL

C.J. Cebrián Andrada, S. González Sanchidrián, M. Jiménez Herrero, P.J. Labrador Gómez, J.P. Marín Álvarez, V. García-Bernalt Funes, I. Castellano Cerviño, S. Gallego Domínguez, J. Deira Lorenzo y J.R. Gómez Martino Arroyo

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: Los pacientes con síndrome metabólico presentan un riesgo cardiovascular elevado respecto a la población general. También se ha descrito su asociación con la diabetes mellitus y la aparición de insuficiencia renal.

Objetivo: Analizar si la presencia de los componentes bioquímicos del síndrome metabólico se relaciona con daño renal (filtrado glomerular disminuido y/o albuminuria) en población general.

Métodos: En las analíticas realizadas en población general a lo largo de un año se identificó a aquellos sujetos que reunían los tres factores bioquímicos del síndrome metabólico (Glucemia basal > 100 mg/dL, HDL-colesterol bajo y triglicéridos > 150 mg/dL). Comparamos la presencia de daño renal en dicha población mediante la estimación del filtrado glomerular a través de la ecuación CKD-EPI y cociente albuminuria/creatininuria frente a pacientes sin síndrome metabólico bioquímico.

Resultados: En el conjunto total de analíticas realizadas, identificamos que reunían criterios de síndrome metabólico bioquímicos 1.309 sujetos, 51,8% varones, con edad media $63 \pm 14,3$ años. La prevalencia de filtrado glomerular estimado < 60 mL/min/1,73 m² fue en dichos pacientes 13,7% vs 7,6% en pacientes sin criterios bioquímicos de síndrome metabólico, $p < 0,001$. La presencia de albuminuria y proteinuria fue 16,5% vs 8,4% y 4,4% vs 1,1% respectivamente en sujetos con y sin síndrome metabólico ($p < 0,001$). Para evitar un posible sesgo debido a la inclusión en el grupo con criterios de síndrome metabólico de pacientes diabéticos, realizamos el mismo análisis excluyendo a los sujetos con glucemia basal > 125 mg/dL. En este caso la prevalencia de filtrado glomerular estimado < 60 mL/min/1,73 m² fue 11,9% en pacientes con síndrome metabólico vs 7% en pacientes sin síndrome metabólico, $p < 0,001$. Mientras la presencia de albuminuria y proteinuria fue 11,6% vs 6,6% y 3,7% vs 0,7% respectivamente en sujetos con y sin síndrome metabólico ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes con criterios bioquímicos de síndrome metabólico muestran una mayor prevalencia de lesión de órgano diana renal, que se mantiene incluso si se excluyen a los sujetos diabéticos. Consideramos que estos pacientes deberían ser considerados de alto riesgo de desarrollar insuficiencia renal.

151. ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS HIPERTENSOS CON DIABÉTICOS NO HIPERTENSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

F.J. del Castillo Tirado¹, M.P. Segura Torres², M. Navas Avellaneda¹, M. Sánchez Martínez¹, L. Garrido Torres¹ y A. Liébana Cañada¹

¹Centro de Salud Virgen de la Capilla, Jaén. ²Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Introducción: La diabetes mellitus afecta a 347 millones de personas en todo el mundo. En 2004 fallecieron 3,4 millones de perso-

nas como consecuencias del exceso de glucemia, y se espera que esta cifra se duplique hacia 2030. La información obtenida del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Andalucía indica que los FRV son la principal causa de estancia hospitalaria. Además, se estima que el 50% de los pacientes con diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (sobre todo cardiopatía y accidente vascular cerebral), además de justificar al 10 a 20% de las causas de insuficiencia renal.

Objetivo: Comparar el perfil cardiovascular de paciente diabéticos hipertensos y diabéticos no hipertensos.

Métodos: Estudio observacional, analítico y transversal. Seleccionamos una muestra de 161 pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Integrado Andalúz de Diabetes Mellitus de un centro de salud entre los meses de junio a agosto de 2013.

Resultados: Muestra de 161 pacientes incluidos en el Proceso Asistencial de Diabetes Mellitus. Tenemos 68,3% de hipertensos con un tiempo medio de evolución de la HTA $9,2 \pm 7,1$ años. Encontramos diferencias en cuanto a la edad media (HTA sí 74 ± 11 vs no 63 ± 17 años; $p < 0,001$), antecedentes de hipercolesterolemia (HTA sí 57,4% vs no 36,5%; $p = 0,01$), y toma de estatinas (HTA sí 45,8% vs no 25%; $p = 0,01$) siendo la más frecuente simvastatina, con cifras de colesterol total (HTA sí 196 ± 49 vs no 213 ± 43 mg/dL; $p = 0,06$), LDL (HTA sí 114 ± 41 vs no 134 ± 34 mg/dL; $p = 0,009$), HDL (HTA sí 48 ± 13 vs no 53 ± 14 mg/dL; $p = 0,06$), también encontramos diferencias en antecedentes de cardiopatía isquémica (HTA sí 17,9% vs no 5,9%; $p = 0,04$) y arritmias (HTA sí 9,3% vs no 0%; $p = 0,02$). No encontramos diferencias en las cifras de TAS (HTA sí 131 ± 15 vs no 128 ± 16 mmHg; $p = \text{NS}$), ni TAD (HTA sí 73 ± 10 vs no 74 ± 9 mmHg; $p = \text{NS}$) a expensas de mayor toma de diurético (HTA sí 57,4% vs no 2%; $p < 0,001$) siendo el más frecuente la hidroclorotiazida (HTA sí 41% vs no 0%; $p < 0,001$), toma de IECA (HTA sí 33,3% vs no 7,8%; $p < 0,001$), siendo el más frecuente el enalapril (HTA sí 19,6% vs no 3,8%; $p = 0,01$), toma de ARA II (HTA sí 50% vs no 0%; $p < 0,001$), siendo el más frecuente losartán (HTA sí 13% vs no 0%; $p < 0,001$), toma de calcioantagonistas y betabloqueantes. No encontramos diferencias en cuanto al sexo varón (HTA sí 52,3% vs no 55,8%; $p = \text{NS}$), tiempo de evolución de la diabetes, ni con respecto al tipo de tratamiento con antidiabéticos orales ni insulina, ni niveles de glicosilada, ni antecedentes de ACV, ni enf. Arterial periférica, ni HVI, ni tabaquismo, ni alcoholismo, alfabloqueantes, fibratos, alopurinol, presencia de nefropatía diabética, niveles de Cr ni presencia de pie diabético.

Conclusiones: 1. Los diabéticos hipertensos han sufrido más episodios de arritmias y de cardiopatía isquémica que los diabéticos no hipertensos. 2. Los pacientes diabéticos hipertensos tienen más edad, más antecedentes de hipercolesterolemia y toman más estatinas por ese motivo que los diabéticos no hipertensos.

152. MANEJO CLÍNICO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE DIABETES MELLITUS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Sánchez Martínez¹, M. Navas Avellaneda¹, L. Garrido Torres¹, F.J. del Castillo Tirado¹, M.P. Segura Torres² y A.M. Pozo Cascajosa³

¹Centro de Salud Virgen de la Capilla, Jaén. ²Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén. ³Centro de Salud Virgen de la Cabeza, Andújar.

Introducción: En Andalucía durante el año 2009 el 38% de las muertes fueron relacionadas con factores de riesgo cardiovascular (FRV), debido en parte al envejecimiento de la población. La información obtenida del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Andalucía indica que los FRV son la principal causa de estancia hospitalaria. Sin embargo, mientras mayor sea el riesgo cardiovas-

cular, mayor es el beneficio obtenible del correcto tratamiento de estos pacientes, de ahí la importancia de conocer en profundidad las características de este colectivo.

Objetivo: Describir las características clínicas y el manejo de los pacientes incluidos en el Proceso de Diabetes Mellitus de un Centro de Salud.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Seleccionamos una muestra de 161 pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Integrado Andaluz de Diabetes Mellitus de un centro de salud entre los meses de junio, julio y agosto de 2013. En total existen 262 pacientes incluidos en el proceso dentro de una población objetivo de 4.353 usuarios.

Resultados: Muestra de 161 pacientes incluidos en el Proceso Asistencial de Diabetes Mellitus. Edad media $70,4 \pm 14,1$ años. Los hombres eran un 53,7% del total. El 39,1% se encontraba en tratamiento antidiabético oral en monoterapia, 18% con doble terapia oral y 1,9% en triple terapia, en 15,5% no figuraba y el 25,5% estaban insulinizados. De los pacientes insulinizados 46,3% se encontraba en monoterapia con insulina y 53,7% con insulina + antidiabéticos orales. De cara al tratamiento, el 63% estaba tratado con metformina, la dosis diaria era de 1.710 ± 524 mg. Un 19,5% tomaba sulfonilureas, de los cuales 35,3% gliclazida, 35,5% glimepirida, 25,8% glibenclamida y 3,2% glipizida. Un 20,1% tomaba tratamiento con IDPP4, de los cuales el 50% era sitagliptina, el 46,9% vildagliptina y el 3,1% linagliptina. Sólo un 5,6% de nuestros pacientes tomaba repaglinida y nadie tomaba análogos de GLP1. De los 25,5% estaba en tratamiento con insulina, 28,6% insulina prolongada, 26,2% insulina mixta, 26,2% insulina bolo basal + rápida, 9,5% otras combinaciones, 4,8% insulina intermedia y 4,8% insulina rápida. Un 68,3% estaban clasificados como hipertensos, un 39% estaban en tratamiento con estatinas, siendo la más utilizada la simvastatina (56,5%) seguida de atorvastatina (35,5%). El 3,8% tenían tratamiento para hipertrigliceridemia y 7,5% para hiperuricemia. De los pacientes hipertensos, un 34% usaba ARAII, 25,2% IECAs, 20,1% usaban antagonistas del calcio, 13,2% usaban betabloqueantes y 3,1% usaba alfabloqueantes.

Conclusiones: 1. La metformina es el antidiabético oral más utilizado, siendo la dosis media de 1,7 g/día. 2. El 25,5% de nuestros pacientes diabéticos estaban insulinizados. 3. Existe un predominio hombres entre los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus. 4. El 39% de los pacientes usaban estatinas. 5. El 68,3% de los pacientes diabéticos asociaban hipertensión arterial.

153. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE DIABETES MELLITUS EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Garrido Torres¹, F.J. del Castillo Tirado¹, M. Sánchez Martínez¹, M. Navas Avellaneda¹, A.M. Pozo Cascajosa² y M.P. Segura Torres³

¹Centro de Salud Virgen de la Capilla, Jaén. ²Centro de Salud Virgen de la Cabeza, Andújar. ³Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Introducción: En Andalucía durante el año 2009 el 38% de las muertes fueron relacionadas con factores de riesgo cardiovascular (FRV). La información obtenida del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Andalucía indica que los FRV son la principal causa de estancia hospitalaria. Sin embargo, mientras mayor sea el riesgo cardiovascular, mayor es el beneficio obtenible del correcto tratamiento de estos pacientes, de ahí la importancia de conocer en profundidad las características de este colectivo.

Objetivo: Describir el perfil de riesgo cardiovascular de los pacientes incluidos en el proceso asistencial integrado andaluz de Diabetes Mellitus de un Centro de Salud.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Seleccionamos una muestra de 161 pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Integrado Andaluz de Diabetes Mellitus de un centro de salud entre los meses de junio, julio y agosto de 2013. En total existen 262 pacientes incluidos en el proceso dentro de una población objetivo de 4.353 usuarios.

Resultados: Muestra de 161 pacientes incluidos en el Proceso Asistencial de Diabetes Mellitus. Edad media $70,4 \pm 14,1$ años. Hombres 53,7%. Tipo de diabetes: 4,9% tipo 1, 89,5% tipo 2 y 5,6% desconocida. El tiempo medio de evolución de diabetes era de $9,02 \pm 8,49$ años. La media de hemoglobina glicosilada fue de $7,2 \pm 1,2\%$ (5,6-11,8%). El 68,3% eran hipertensos. El 50,6% tenían hipercolesterolemia, de los cuales el 39% tomaban estatinas y presentaban cifras medias de colesterol total 201 ± 48 mg/dL, HDL 49 ± 13 mg/dL, LDL 120 ± 40 mg/dL y el 33,1% presentaban hipertrigliceridemia de los cuales 3,8% tomaban terapia para disminuir los triglicéridos con cifras medias de 146 ± 75 mg/dL. Un 14% había padecido de cardiopatía isquémica. El 6,3% de ACV. El 10% estaba diagnosticado de nefropatía diabética. El 7,5% de retinopatía diabética, el 5,6% de pie diabético, el 1,9% de Isquemia de MMII y sólo un paciente había sufrido amputación. El 13,4% presentaba tabaquismo activo. El 3,8% ingieren alcohol. Un 6,3% de la muestra sufría FA. Un 4,4% constaba la existencia de signos de HVI. Las cifras medias de Tensión arterial sistólica 130 ± 15 mmHg, diastólica 73 ± 10 mmHg y TAM 92 ± 11 mmHg. El peso medio fue de $73,7 \pm 13,9$ kg. El IMC fue de $28,5 \pm 5,0$ kg/m² ($20,3-45,8$ kg/m²). La frecuencia cardiaca basal 75 ± 10 lpm. El 77,4% se había realizado analítica en el Centro de Salud en el último año. Los niveles de creatinina media eran de $1,03 \pm 0,43$ mg/dL. El cociente albúmina/creatinina fue de $40,6 \pm 106,8$ mg/g de Cr ($1-610,4$ mg/g), el aclaramiento Cockcroft: $65,7 \pm 24,8$ ml/min.

Conclusiones: 1. El 89,5% son diabetes mellitus tipo 2. 2. Existe un predominio de hombres diabéticos, 53,7%. 3. El 68,3% de los pacientes diabéticos son hipertensos y el 50,6% tienen hipercolesterolemia y 33,1% hipertrigliceridemia. 4. La media de LDL-colesterol estaba en 120 mg/dL. 5. El 13,4% de los pacientes diabéticos son fumadores.

154. ¿ES LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA EL DESPISTAJE DE ENFERMEDAD CORONARIA SILENTE EN PACIENTES DIABÉTICOS?

A.M. García Bellón¹, B. Pérez Villardón¹, M.A. Ramírez Marrero¹, A.M. González González¹, J.L. Delgado Prieto¹, R. Vivancos Delgado¹, J. Álvarez Rubiera¹, P. Aranda Lara¹, J.A. García Arnes² y M. de Mora Martín¹

¹Unidad de Gestión del Corazón y Enfermedades Vasculares;

²Servicio de Endocrinología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Objetivo: Las pacientes (p) con diabetes mellitus (DM) muestran una condición proaterogénica que los caracteriza como uno de los grupos con alta probabilidad de enfermedad coronaria, siendo ésta la principal causa de muerte. La tomografía axial computarizada multicorte (TAC-M) ha facilitado el estudio no invasivo del territorio coronario a través de la determinación del score Agatston, así como la reconstrucción de éste sector vascular después de la inyección de contraste radiográfico. Nuestro objetivo es describir la prevalencia de enfermedad coronaria no diagnosticada en un grupo de pacientes sin clínica sugerente de la misma, diagnosticada mediante TAC-M.

Métodos: Estudio de casos-control, observacional y prospectivo en pacientes sin clínica sugerente de EC, derivados a la realización de TAC-M por diferentes motivos. Se analizó la prevalencia de EC significativa oculta (estenosis coronarias demostradas mayores o iguales al 50%) y su relación con la presencia de DM tipo 2. Para el estudio comparativo se utilizó el test de chi-cuadrado establecién-

Tabla Comunicación 154. Resultados TAC-M según presencia de DM tipo 2

| | Diabéticos tipo 2 | No diabéticos | p |
|----------------------|-------------------|---------------|------------|
| Score Agatston | 278,3 ± 235,8 | 128,3 ± 249,0 | p = 0,007 |
| Score Agatston > 400 | 13 (32,5%) | 4 (10%) | p = 0,027 |
| EC significativa | 20 (50%) | 8 (20%) | p = 0,0009 |
| Placas vulnerables | 9 (26,5%) | 8 (33,3%) | p = 0,770 |

dose nivel de significación $p < 0,05$. Se realizó modelo de análisis multivariante mediante regresión logística (IC95%).

Resultados: Se incluyó un total de 80 pacientes (40 diabéticos tipo 2 y 40 p no diabéticos), de los cuales el 60% eran varones. 66,3% eran hipertensos. 58,8% dislipémicos, 26,3% obesos. 27,5% fumadores. 32,5% exfumadores. 36,3% tenían antecedentes familiares. Indicación más frecuente para realización TAC-M: *screening* de enfermedad coronaria, con tests previos no concluyentes (26,3%), seguido de valoración previa a cirugía no cardíaca (25%). Los resultados del TAC-M quedan reflejados en la tabla. Tras el análisis de regresión logística binaria: el sexo masculino (OR = 4,3; $p = 0,035$), la presencia de DM tipo 2 (OR 3,5; $p = 0,048$) y el score Agatston > 400 (OR = 20,9; $p = 0,000$) fueron predictores independientes para la presencia de EC significativa diagnosticada mediante TAC-M.

Conclusiones: Encontramos una alta prevalencia de enfermedad coronaria oculta en pacientes diabéticos tipo 2 a pesar de situación clínica estable. En nuestra muestra la técnica del calcio score fue útil para detectar lesiones coronarias significativas mediante angiografía no invasiva.

155. PREVALENCIAS POBLACIONALES DE LAS VARIABLES LIPÍDICAS DEL SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

M.E. García Fernández¹, A. Ruiz García², L. Fernández Alonso³, H. Gomes de Matos³, J. Moreno Guerrero³, M. Ceballos de Diego³, C. Aragonese Isabel³, E. Sanz Ocón³, C. Duarte Fernández³ y B. Gil Cerezo³

¹Centro de Salud Griñón, Griñón. ²Centro de Salud Pinto, Pinto.

³Centro de Salud Lucero, Madrid.

Objetivo: Determinar las prevalencias poblacionales de las variables lipídicas del Síndrome Metabólico (SM), y compararlas entre sexos y entre las poblaciones de SM según IDF y ATPIII.

Métodos: Estudio observacional transversal realizado en 25 Centros de Salud del SERMAS. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “ = ALEATORIO()” de Microsoft® Excel) sobre los listados de 81.138 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 3.161 sujetos. Sujetos analizados: 2.194 [ilocalizables 17,97%; rechazan consentimiento 5,41%; no acudieron 4,68%; 2,31% con criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)]. 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 cuantitativos:* medias con desviación típica (\pm DE); diferencias de medias: Prueba t para igualdad de medias tras evaluar prueba de Levene para igualdad de varianzas.

Resultados: El 55,10% (53,00-57,20) de la población era femenina (tabla 1). La prevalencia poblacional de SM fue 39,15% (37,10-41,23), siendo 32,59% (30,63-34,60) según criterios de ATPIII, y 36,10% (34,09-38,15) según IDF, siendo la diferencia entre ambos criterios (3,51%) significativa ($p = 0,0144$) (tabla 2). Las prevalencias poblacionales de las variables lipídicas relacionadas con el SM fueron: triglicéridos ≥ 150 mg/dL: 24,99% (23,18-26,87) y C-HDL < 40/50 (H/M) mg/dL: 24,29% (22,48-26,16) (tabla 3). Las prevalencias de estas variables según SM (ATPIII vs IDF) y sus diferencias se muestran en la tabla 4. No existieron diferencias significativas en las prevalencias de estas variables lipídicas entre las poblaciones con SM (ATPIII) y con SM (IDF).

Conclusiones: Las prevalencias poblacionales de las variables lipídicas relacionadas con el SM fueron: hipertrigliceridemia ≥ 150 mg/dL: 25,0%; C-HDL < 40/50 (H/M): 24,3%, siendo ambas significativamente mayores en los hombres. Las prevalencias de hipertrigliceridemia en las poblaciones con SM (ATPIII) y con SM (IDF) fueron 52,1% y 50,3% respectivamente, no siendo la diferencia significativa. Las prevalencias de C-HDL bajo en las poblaciones con SM (ATPIII) y SM (IDF) fueron 42,8 y 42,6%, respectivamente, no siendo significativa la diferencia.

Tabla 1 Comunicación 155.

| | Población | | Hombres (H) (n = 985) | | Mujeres (M) (n = 1.209) | | | |
|------------------------|-----------|----------|--------------------------|----------|----------------------------|----------|-------------------|----------|
| | Media | \pm DE | Media | \pm DE | Media | \pm DE | Dif. medias (H-M) | p-valor |
| Edad (años) | 50,71 | 16,94 | 51,58 | 16,23 | 49,99 | 14,47 | 1,59 | 0,0284 |
| Triglicéridos (mg/dL) | 120,54 | 88,80 | 135,97 | 105,77 | 108,16 | 70,01 | 27,81 | < 0,0001 |
| Colesterol HDL (mg/dL) | 54,11 | 14,26 | 48,52 | 12,08 | 58,59 | 14,30 | -10,07 | < 0,0001 |

Tabla 2 Comunicación 155.

| | Con SM ATPIII (n = 715) | | Con SM IDF (n = 792) | | | |
|------------------------|-------------------------|----------|----------------------|----------|-------------|---------|
| | Media | \pm DE | Media | \pm DE | Dif. medias | p-valor |
| Edad (años) | 61,65 | 14,32 | 60,59 | 14,78 | 1,06 | 0,1585 |
| Triglicéridos (mg/dL) | 158,22 | 92,80 | 159,50 | 114,46 | -1,28 | 0,8130 |
| Colesterol HDL (mg/dL) | 48,95 | 13,16 | 48,63 | 12,65 | 0,32 | 0,6319 |

Tabla 3 Comunicación 155.

| | Hombres | Mujeres | Dif. % | p-valor |
|--|---------|---------|--------|---------|
| Triglicéridos \geq 150 (mg/dL) | 27,92% | 13,95% | 13,97 | 0,0001 |
| Colesterol HDL $<$ 40/50 (H/M) (mg/dL) | 20,14% | 13,53% | 6,61 | 0,0076 |

Tabla 4 Comunicación 155.

| | Con SM ATPIII | Sin SM ATPIII | Dif. % | p-valor |
|--|---------------|---------------|--------|------------|
| Triglicéridos \geq 150 (mg/dL) | 52,10% | 11,68% | 40,42 | $<$ 0,0001 |
| Colesterol HDL $<$ 40/50 (H/M) (mg/dL) | 42,82% | 15,09% | 27,73 | $<$ 0,0001 |
| | Con SM IDF | Sin SM IDF | | |
| Triglicéridos \geq 150 (mg/dL) | 50,25% | 10,51% | 37,74 | $<$ 0,0001 |
| Colesterol HDL $<$ 40/50 (H/M) (mg/dL) | 42,62% | 13,65% | 28,97 | $<$ 0,0001 |

156. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

M.E. García Fernández¹, A. Ruiz García², J.C. Recio Velasco³, B. Álvarez Álvarez³, A. Manzanas González³, P. Arribas Álvaro⁴, A. Sosa Alonso⁵, L.A. Villar Salazar⁶, S. Luna Ramírez⁶ y S. Duce Telo⁷

¹Centro de Salud Griñón, Griñón. ²Centro de Salud Pinto, Pinto.

³Centro de Salud Andrés Mellado, Madrid. ⁴Centro de Salud Campamento, Madrid. ⁵Centro de Salud Los Yébenes, Madrid.

⁶Centro de Salud Eloy Gonzalo, Madrid. ⁷Centro de Salud Orcasitas, Madrid.

Objetivo: Comparar las diferencias del tratamiento farmacológico hipolipemiente entre las poblaciones con o sin síndrome metabólico (SM) según se apliquen los criterios diagnósticos de IDF y ATP III.

Métodos: Estudio observacional transversal realizado en 25 Centros de Salud del SERMAS. Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo " = ALEATORIO() " de Microsoft® Office Excel) sobre los listados de 81.138 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 3.160

sujetos. Sujetos analizados: 2.194 [ilocalizables el 17,97%; rechazan consentimiento el 5,62%; no acudieron el 4,87%; y tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados) el 2,31%]. 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 cuantitativos: 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 de estudio tenía una edad media (\pm DE) de 50,71 (\pm 16,94) años, siendo femenina el 55,10% (53,00-57,20). La media (\pm DE) de las variables lipídicas fueron: triglicéridos: 120,54 (\pm 88,80) mg/dL; colesterol total: 193,27 (\pm 38,00) mg/dL; colesterol HDL: 54,11 (\pm 14,26) mg/dL; colesterol LDL: 115,44 (\pm 34,28) mg/dL. Variables de estudio y resultado: la prevalencia poblacional de SM fue 39,15% (37,10 - 41,23), siendo 32,59% (30,63-34,60) según criterios de ATPIII, y 36,10% (34,09-38,15) según IDF, siendo la diferencia entre ambos criterios (3,51%) significativa ($p = 0,0144$). El 20,42% (18,75-22,17) de la población de estudio utilizaban estatinas, y el 50,76% (47,89-52,11) de la población con SM. El tratamiento hipolipemiente fue

Tabla 1 Comunicación 156.

| | Con SM ATPIII (%) (n = 715) | Sin SM ATPIII (%) (n = 1.479) | Dif. % | p-valor |
|-----------|-----------------------------|-------------------------------|--------|------------|
| Estatinas | 57,48 | 2,50 | 54,98 | $<$ 0,0001 |
| Fibratos | 5,59 | 0,20 | 5,39 | $<$ 0,0001 |
| Ezetimibe | 3,36 | 0,07 | 3,29 | $<$ 0,0001 |
| Omega 3 | 0,70 | 0,07 | 0,63 | 0,0083 |
| Resinas | 0,42 | 0,00 | 0,42 | 0,0126 |
| Esteroles | 0,14 | 0,07 | 0,07 | 0,6138 |

Tabla 2 Comunicación 156.

| | Con SM IDF (%) (n = 792) | Sin SM IDF (%) (n = 1.402) | Dif. % | p-valor |
|-----------|--------------------------|----------------------------|--------|------------|
| Estatinas | 48,36 | 4,64 | 43,72 | $<$ 0,0001 |
| Fibratos | 4,42 | 0,57 | 3,85 | $<$ 0,0001 |
| Ezetimibe | 2,78 | 0,21 | 2,56 | $<$ 0,0001 |
| Omega 3 | 0,63 | 0,07 | 0,56 | 0,0156 |
| Resinas | 0,38 | 0,00 | 0,38 | 0,0209 |
| Esteroles | 0,13 | 0,07 | 0,05 | 0,6556 |

Tabla 3 Comunicación 156.

| | Con SM ATPIII (%) (n = 715) | Con SM IDF (%) (n = 792) | Dif (%) | p-valor |
|-----------|-----------------------------|--------------------------|---------|---------|
| Estatinas | 57,48 | 48,36 | 9,12 | 0,0004 |
| Fibratos | 5,59 | 4,42 | 1,17 | 0,2969 |
| Ezetimibe | 3,36 | 2,78 | 0,58 | 0,5136 |
| Omega 3 | 0,70 | 0,63 | 0,07 | 0,8672 |
| Resinas | 0,42 | 0,38 | 0,04 | 0,9021 |
| Esteroles | 0,14 | 0,13 | 0,01 | 0,9579 |

significativamente diferente en las poblaciones con o sin SM (tablas 1 y 2). Al comparar las poblaciones con SM (ATPIII) vs con SM (IDF), las estatinas eran más utilizadas en las poblaciones con SM (ATPIII). No hubo diferencias significativas en otros tratamientos hipolipemiantes (tabla 3).

Conclusiones: El 20,4% de la población de estudio utilizaban estatinas y el 50,8% de la población con SM. Todos los fármacos hipolipemiantes fueron más utilizados en las poblaciones con SM (ATPIII/IDF) que en la que no padece SM, a excepción de los esteroides. Las estatinas se utilizaban un 9,1% más en la población con SM_ATPIII (57,5%) que en la población con SM_IDF (48,4%).

157. EVALUACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

M.E. García Fernández¹, A. Ruiz García², M.S. Moreno Muñoz³, M. Castelo Jurado³, J. Alonso Fernández⁴, S. Ruiz Escolar⁴, J. Martínez Irazusta⁵, M. Sánchez Herráiz⁵, M. Sáinz-Maza Aparicio⁶ y B. Jerez Baurco⁶

¹Centro de Salud Griñón, Griñón. ²Centro de Salud Pinto, Pinto.

³Centro de Salud Federica Montseny, Madrid. ⁴Centro de Salud Valdebernardo, Madrid. ⁵Centro de Salud Brújula, Torrejón de Ardoz. ⁶Centro de Salud Alpes, Madrid.

Objetivo: Determinar y comparar los perfiles lipídicos en las poblaciones con o sin Síndrome Metabólico (SM) según IDF y ATPIII.

Métodos: Estudio observacional transversal realizado en 25 Centros de Salud del SERMAS. Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “ = ALEATORIO()” de Microsoft® Excel) sobre los listados de 81.138 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 3.160 sujetos. Sujetos analizados: 2.112 [ilocalizables el 19,42%; rechazan consentimiento el 6,07%; no acudieron el 5,26%; y tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados) el 2,50%]. 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 cuantitativos: 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: La media (\pm DE) de edad de la población fue 50,71 (\pm 16,94) años, siendo femenina el 55,10% (53,00-57,20). Las medias (\pm DE) de las variables lipídicas fueron (mg/dL): triglicéridos: 120,54 (\pm 88,80); colesterol total: 193,27 (\pm 38,00); C-HDL: 54,11 (\pm 14,26); C-LDL: 115,44 (\pm 34,28); C-VLDL: 23,19 (\pm 12,71); colesterol No-HDL: 139,26 (\pm 38,72); Índice C-total/C-HDL: 3,78 (\pm 1,16). La prevalencia poblacional de SM fue 39,15% (37,10-41,23), siendo 32,59% (30,63-34,60) según criterios de ATPIII, y 36,10% (34,09-38,15) según IDF, siendo la diferencia entre ambos significativa ($p = 0,0144$) (tablas).

Conclusiones: El perfil lipídico de la población con SM_ATPIII fue (mg/dL): TG: 158; CT: 195; C-HDL: 49; C-LDL: 115; Col-No HDL: 146. El perfil lipídico de la población con SM_IDF fue (mg/dL): TG: 159; CT: 197; C-HDL: 49; C-LDL: 117; Col-No HDL: 148. En las pobla-

Tabla Comunicación 157.

| (mg/dL) | Con SM ATPIII | | | Sin SM ATPIII | | | Prueba t homogeneidad de medias | |
|---------------|---------------|--------|----------|---------------|--------|----------|---------------------------------|----------|
| | n | Media | \pm DE | n | Media | \pm DE | Dif. de medias | p-valor |
| C-total | 713 | 195,15 | 42,36 | 1399 | 192,31 | 37,15 | 2,84 | 0,1134 |
| C-LDL | 699 | 114,88 | 37,27 | 1365 | 115,73 | 32,65 | -0,85 | 0,5940 |
| C-VLDL | 699 | 30,33 | 14,70 | 1365 | 19,53 | 9,71 | 10,80 | < 0,0001 |
| Col. No-HDL | 710 | 146,13 | 41,69 | 1372 | 135,70 | 36,60 | 10,43 | < 0,0001 |
| C-HDL | 710 | 48,95 | 13,16 | 1372 | 56,78 | 14,09 | -7,83 | < 0,0001 |
| C-Total/C-HDL | 710 | 4,21 | 1,29 | 1372 | 3,56 | 1,03 | 0,65 | < 0,0001 |
| Triglicéridos | 714 | 158,22 | 92,80 | 1396 | 101,26 | 80,14 | 56,96 | < 0,0001 |

| (mg/dL) | Con SM IDF | | | Sin SM IDF | | | Prueba t homogeneidad de medias | |
|---------------|------------|--------|----------|------------|--------|----------|---------------------------------|----------|
| | n | Media | \pm DE | n | Media | \pm DE | Dif. de medias | p-valor |
| C-total | 788 | 197,17 | 40,99 | 1324 | 190,95 | 37,59 | 6,22 | 0,0004 |
| C-LDL | 770 | 117,31 | 36,21 | 1294 | 114,34 | 33,04 | 2,97 | 0,0569 |
| C-VLDL | 770 | 29,96 | 14,28 | 1294 | 19,16 | 9,65 | 10,80 | < 0,0001 |
| Col. No-HDL | 785 | 148,48 | 40,32 | 1297 | 133,68 | 36,62 | 14,80 | < 0,0001 |
| C-HDL | 785 | 48,63 | 12,65 | 1297 | 57,42 | 14,17 | -8,79 | < 0,0001 |
| C-Total/C-HDL | 785 | 4,27 | 1,26 | 1297 | 3,49 | 0,99 | 0,78 | < 0,0001 |
| Triglicéridos | 789 | 159,50 | 114,64 | 1321 | 97,26 | 57,70 | 62,24 | < 0,0001 |

ciones con SM (ATP/IDF), todos los parámetros del perfil lipídico fueron significativamente mayores (menor en C-HDL) que los de la población sin SM, excepto el C-LDL.

158. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE DIABETES TIPO 2 TRAS 1 Y 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO

A. Rivas Viloria, V. Valerio Ureña, M.J. Conesa Nicolás, A. Bruján García, M. Sacristán Román, R. Suero Sierra, A. Hernández Cervantes, A. González Albert, J.E. Pereñíguez Barranco y M.T. Martín Jiménez

Centro de Salud de Espinardo, Murcia.

Objetivo: Evaluar la evolución de un programa de diabetes tipo 2 de un cupo de Medicina de Familia al año y a los tres años de seguimiento.

Métodos: Atendiendo a criterios de calidad en el control del paciente diabético tipo 2, se estudia la evolución de la diabetes de los pacientes seleccionados de una muestra representativa de un cupo de Medicina de Familia. Criterios de selección: se seleccionan los mismos pacientes estudiados en la evaluación previa. Criterios de exclusión: aquellos que no acuden a los controles en el último año y pacientes que están controlados en consultas externas/Hospital. Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, con un tamaño muestral de 60 pacientes diabéticos de un total de 208. Como criterios de control de calidad mantenemos los de ADA 2010: HbA1c < 7%, colesterol LDL < 100 mg/dL, triglicéridos < 150 mg/dL, microalbuminuria < 30 mg/g, tensión arterial < 130/80 mmHg y glucemia plasmática < 126 mg/dL.

Resultados: De la muestra observamos que no contamos con datos de 8 pacientes, lo que puede deberse a fallecimiento o cambio de domicilio de los mismos. De los 52 pacientes estudiados encontramos 26 varones y 26 mujeres. Los grupos de edad más representativos son: mayores de 70 años (48,07%) y entre 60 y 69 años (19,23%). Presentaremos los datos en forma de porcentaje comparando el control al año y a los tres años: GLU 51,9-34,6; TA 28,8-15,3; MAL 78,8-90; TG 55,7-53,8; LDL 57,9-53,8 y HbA1c 64'9-52'6. También evidenciamos que estos parámetros de control han empeorado, exceptuando la microalbuminuria.

Conclusiones: El empeoramiento de los criterios estudiados podría deberse por un lado a la inercia terapéutica evidenciada en un estudio previo (control del 1^{er} año), y por otra parte, al aumento de la edad y por ende de la comorbilidad de los pacientes, sin embargo, sería interesante revalorar estos pacientes según los nuevos criterios de la ADA, donde se flexibilizan ciertos parámetros mientras mayor sea el paciente, lo que podría traducirse en un mejor control de la enfermedad. Por último, es una sorpresa para el investigador la mejoría del control de la MAL, cuando el resto de parámetros han empeorado.

159. PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN UNA POBLACIÓN DIABÉTICA UTILIZANDO LA FÓRMULA MDRD-4

G. Mediavilla Tris¹, J. Iturralde Iriso¹, I. Mendaza de la Hoz¹, L. Agirregomez korta Salaberria², A. Alcalde Lozano¹, J.M. Vera-Fajardo Belinchón¹, M. Berrade Zubiri¹, E. Pérez Urrutia¹, J. Cora Bardeci¹ y A. López de Viñaspre Muguerza¹

¹Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz. ²CS Aretxabaleta, Aretxabaleta.

Objetivo: Conocer la prevalencia de insuficiencia renal oculta en una población diabética utilizando la formula MDRD-4.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se recogen los datos de una población diabética de 7 centros de salud durante 3 meses,

según muestreo y de los datos de la historia clínica electrónica (OSABIDE). Se ha estudiado a pacientes diabéticos con una creatinina menor de 1,4 mg/dl. Se les ha calculado la formula MDRD-4 a todos ellos.

Resultados: La muestra recogida ha sido de 562 pacientes diabéticos. El 50% son mujeres. La edad media de la muestra es de 69,83 ± 13,47 años. Los años de diagnóstico de la diabetes es de 9,64 ± 5,67. El filtrado glomerular calculado es 85,13 ± 21,68. La prevalencia de insuficiencia renal oculta según esta fórmula es de 11,2% con un total de 63 pacientes. Con un filtrado calculado menor de 45 son el 1,2%, no existiendo ninguno por debajo de 30. La edad media de los pacientes con insuficiencia renal oculta es 78,17 ± 9,69 años. El 74,6% son mujeres. El 80,95% son hipertensos. La creatinina media es 1,16 ± 0,14 mg/dl. La microalbuminuria media en orina 47,11 ± 93 mg/l. Los años de diagnóstico de la diabetes son 12,63 ± 6,5. La última tensión sistólica registrada es 134 ± 16,9 mmHg y de diastólica es 76,9 ± 11,3 mmHg.

Conclusiones: Alta prevalencia de insuficiencia renal oculta según la fórmula MDRD-4 en nuestros pacientes diabéticos, aunque es una población de edad media alta, por lo que debemos tenerlo en cuenta a la hora de poner tratamientos en los cuales saber la función renal es importante. Muchos de ellos son hipertensos, por lo que debemos tener en cuenta su control de tensión para no empeorar más la función renal.

160. USO DE INHIBIDORES DEL ENZIMA CONVERTIDOR DE ANGIOTENSINÓGENO EN PACIENTES DIABÉTICOS HIPERTENSOS

G. Mediavilla Tris¹, J. Iturralde Iriso¹, A. López de Viñaspre Muguerza¹, L. Agirregomez korta Salaberria², I. Mendaza de la Hoz¹, B. Barrios Núñez¹, M.I. Ortega García¹, T. Esparza Otero¹, M.T. Amiano Arregui¹ y E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹

¹Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz. ²CS Aretxabaleta, Aretxabaleta.

Objetivo: Conocer el uso de Inhibidores del enzima convertidor de angiotensinogeno (IECA) en pacientes diabéticos hipertensos.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se recogen los datos de una población diabética de 7 centros de salud durante 3 meses, según muestreo y de los datos de la historia clínica electrónica (OSABIDE). Se ha estudiado a pacientes diabéticos con un diagnóstico registrado en historia clínica de hipertensión arterial.

Resultados: 379 pacientes diabéticos con una edad media de 73,03 ± 11,26 años. En cuanto al sexo, el 52,51% eran mujeres. Los años transcurridos desde el diagnóstico de su hipertensión son 10,58 ± 4,93. Con respecto a su diabetes, desde su diagnóstico han transcurrido 10,29 ± 5,9 años. El 45,38% toma un IECA. La media de microalbuminuria en orina 35,97 ± 140, con un cociente albumina/creatinina en orina de 51,35 ± 180. De los que no toman IECA, la media de microalbuminuria es 30,92 ± 67 y de los que toman IECA es 41,51 ± 190. De los que toman un IECA, el 61,05% toman enalapril, el 23,26% toman ramipril, el 7,56% toman lisinopril, el 2,91% toman perindopril, un 1,74% toman captopril, un 1,74% trandolapril, y un 0,58% fosinopril, quinapril y delapril.

Conclusiones: A pesar de estar indicado el uso de IECA en el tratamiento de la hipertensión arterial en el paciente diabético su uso solo se hace en menos de la mitad. Probablemente otros pacientes diabéticos hipertensos toman ARA II, fármacos con un perfil muy parecido a los IECA, aunque con un costo más alto. Vemos que la media de microalbuminuria es alta y que los pacien-

tes que los toman la tienen más alta. Insistir en el control de estos pacientes.

161. CONTROL LIPÍDICO EN POBLACIÓN DIABÉTICA DEL ÁREA DE SALUD DE CÁCERES

M.C. Jiménez Herrero, C. Cebrían Andrada, S. González Sanchidrián, P.J. Labrador Gómez, J.P. Marín Álvarez, V. García Bernalt Funes, S. Gallego Domínguez, M.I. Castellano Cerviño, J.R. Gómez-Martino Arroyo y J. Deira Lorenzo

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbi-mortalidad en los pacientes diabéticos. La reducción de LDL-colesterol en estos pacientes contribuye a disminuir la tasa de eventos cardiovasculares. Las guías de práctica clínica en pacientes diabéticos recomiendan reducir las cifras de LDL-colesterol con el empleo de estatinas.

Objetivo: Analizar el grado de control de LDL-colesterol en pacientes diabéticos.

Métodos: Hemos analizado en los controles analíticos realizados a lo largo de 2010 en población general del Área de Salud de Cáceres, que cumplían criterios de diabetes mellitus (glucemia basal > 125 mg/dL) el grado de control de LDL-colesterol (< 100 mg/dL, y < 70 mg/dL si filtrado glomerular estimado < 60 mL/min/1,73 m² o cociente albuminuria/creatininuria > 30 mg/g).

Resultados: Del total de analíticas realizadas, 3.022 correspondían a sujetos con glucemia > 125 mg/dL, 51,5% eran mujeres, y edad media 68,7 ± 12,2 años. Presentaban niveles de LDL-colesterol < 100 mg/dL el 34,2%, no hubo diferencias en el grado de control en función del sexo (34,3% en varones vs 34,1% en mujeres). El grado de control de LDL-colesterol se incrementó en los estadios de enfermedad renal más avanzados (ERC estadio 1-2, 30,5%; estadio 3a, 34,5%; estadio 3b, 38,8%; estadio 4 45,7%; y estadio 5, 46,2%, p = 0,002). En función del grado de albuminuria el control de LDL-colesterol fue: en pacientes sin albuminuria 34,8%, con microalbuminuria 38,2% y con proteinuria 45,2% (p = 0,26). Si establecemos como punto de corte en diabéticos con filtrado glomerular estimado < 60 mL/min/1,73 m² o cociente albuminuria/creatininuria > 30, niveles de LDL-colesterol < 70 mg/dL, el grado de control en pacientes con filtrado glomerular disminuido sería 10,8%, mientras que en pacientes con albuminuria sería 13,8%.

Conclusiones: Sólo uno de cada tres pacientes diabéticos alcanza un control de LDL-colesterol < 100 mg/dL. Aunque este porcentaje aumenta a medida que disminuye el filtrado glomerular, si establecemos en esta población el punto de corte < 70 mg/dL, sólo uno de cada 10 lo alcanzaría. Consideramos que un mejor control lipídico sería fundamental para reducir los eventos cardiovasculares en dicha población.

162. USO DE ANTICOAGULANTES EN PACIENTES DIABÉTICOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR

E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, J. Iturralde Iriso¹, G. Mediavilla Tris¹, A. López de Viñaspre Muguerza¹, L. Agirregomezkorta Salaberria², I. Mendaza de la Hoz¹, J.M. Vera-Fajardo Belinchón¹, A. Alcalde Lozano¹, M.T. Amiano Arregui¹ y J. Cora Bardeci¹

¹Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz. ²CS Aretxabaleta, Aretxabaleta.

Objetivo: Conocer el uso de anticoagulantes orales en pacientes diabéticos diagnosticados de fibrilación auricular.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se recogen los datos de una población diabética de 7 centros de salud durante 3 meses, según muestreo y de los datos de la historia clínica electrónica (OSABIDE). Se ha estudiado a pacientes diabéticos con un diagnóstico registrado en historia clínica de fibrilación auricular.

Resultados: Un total de 55 pacientes. El 54,55% son mujeres. La edad media es de 80 ± 7,9 años. El 76,36% son hipertensos, con una media de años de diagnóstico de su hipertensión de 11,94 ± 4,98. La media de años que llevan con el diagnóstico de diabetes es de 10,83 ± 6,36. El 10,91% tienen diagnóstico de accidente cerebro vascular previo. El 29,09% tiene diagnóstico de insuficiencia cardíaca. El 87,27% de todos ellos está anticoagulado con acenocumarol. El 20% están antiagregados con ácido acetilsalicílico. Un 5,45% de ellos está antiagregado con clopidogrel. El 14,15% de ellos está en tratamiento conjunto con acenocumarol y ácido acetilsalicílico. El 7,27% no toma ni acenocumarol ni ácido acetilsalicílico.

Conclusiones: Siendo los diabéticos mayores de nuestra muestra mayores de 63 años con varios factores de riesgo además de la diabetes, en todos está indicado la anticoagulación, por lo que debemos insistir en ella para poder evitar accidentes vasculares en estos pacientes.

163. IMPORTANCIA DE LA GLUCEMIA BASAL ALTERADA

G. Lucía Ramos, P. Vicente Prieto, M.A. Iglesias Salgado, C.M. Becerro Muñoz y J. Palomo del Arco

Centro de Salud Miguel Armijo Moreno, Salamanca.

Objetivo: Establecer el desarrollo de eventos isquémicos en pacientes que presentan glucemia basal alterada. Ver la influencia de factores de riesgo cardiovascular asociados.

Métodos: Partiendo de un cupo de 1.559 pacientes, vemos que el 4,5% prestan glucemia basal alterada, de los cuales el 63,3% son mujeres y el 36,6% son hombres presentando una media de edad de 70,69 años. Junto a esto, se ha estudiado la presencia o no de otros factores de riesgo cardiovascular asociados (HTA, dislipemia, edad, sexo, RCV).

Resultados: Del total de pacientes que presentaban la glucemia basal alterada, el 9,85% ha presentado un evento isquémico (incluyendo enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica). De ellos, el 7,04% son mujeres y el 2,81% son hombres. La media de edad de los pacientes que han desarrollado un evento isquémico es de 76,14 años. Estos pacientes presentan un riesgo cardiovascular medio de 3,14, es decir, riesgo moderado. De la misma muestra, estudiando por un lado a los pacientes que solo son hipertensos y los que solo son dislipémicos, calculamos la incidencia de eventos isquémicos, siendo del 15,5% en pacientes hipertensos y el 11,36% en pacientes dislipémicos. Del 9,85% que desarrollan eventos isquémicos 71,4% presentan dos factores de riesgo cardiovascular asociados (HTA y DL), 28,57% presentan un solo factor de riesgo (HTA) y no hay ninguno que no presente alguno de estos dos factores de riesgo.

Conclusiones: Se ha observado el desarrollo de eventos isquémicos en pacientes que presentan glucemia basal alterada. El buen control de la GBA, previene el desarrollo de DM, que se considera un factor de riesgo cardiovascular y aumenta la incidencia de eventos isquémicos. A mayor edad de los pacientes, mayor riesgo de sufrir eventos isquémicos. El control de los factores de riesgo cardiovascular y del RCV asociado a los mismos, disminuye la incidencia de desarrollar eventos isquémicos.

164. EVALUACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

N. Maraón Henrich¹, A. Ruiz García², R. Cabrera Vélez³, E. Giñes Hurtado de Saracho⁴, C. Sánchez Íñigo⁴, M.D. García Granado⁵, T.F. Casaseca Calvo⁵, M.T. Plata Barajas⁶, A.M. Rey López y T. Pascual Val⁶

¹Centro de Salud Las Olivas, Aranjuez. ²Centro de Salud Pinto, Pinto. ³Centro de Salud Espronceda, Madrid. ⁴Centro de Salud Goya, Madrid. ⁵Centro de Salud Casa de Campo, Madrid. ⁶Centro de Salud Los Ángeles, Madrid.

Objetivo: Principal: determinar las medias de las presiones arteriales sistólica (PAS) y diastólica (PAD) en las poblaciones con o sin síndrome metabólico (SM) según IDF y ATPIII. Secundario: comparar las medias de la PAS y de la PAD entre las poblaciones con o sin SM según IDF y ATPIII.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 25 Centros de Salud del SERMAS. Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo " = ALEATORIO()" de Microsoft® Office Excel) sobre los listados de 81.138 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 3.160 sujetos. Sujetos analizados: 2.194 [ilocalizables el 17,97%; rechazan consentimiento el 5,62%; no acudieron el 4,87%; y tenían criterios exclusión (gestantes, inmobilizados) el 2,31%]. 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 cuantitativos: 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: en la población de estudio, la media (\pm DE) de edad fue 50,71 (\pm 16,94) años, siendo femenina el 55,10% (53,00 - 57,20). La media (\pm DE) de la PAS de la población fue 120,47 (\pm 15,55) mmHg. La media (\pm DE) de la PAD fue 73,23 (\pm 9,96) mmHg. Variables de estudio y resultado: la prevalencia poblacional de SM fue 39,15% (37,10-41,23), siendo 32,59% (30,63-34,60) según criterios de ATPIII, y 36,10% (34,09-38,15) según IDF, siendo la diferencia entre ambos criterios (3,51%) significativa ($p = 0,0144$). Existían diferencias significativas en las medias de PAS/PAD entre las poblaciones con y sin SM según ATPIII (tabla 1). Igualmente, existían diferencias significativas en las medias de PAS/PAD entre las poblaciones con y sin SM según IDF (tabla 2). Al comparar entre las poblaciones con SM según ATP y con SM según IDF, las diferencias de medias la edad (1,06 años), de PAS (0,53 mmHg), y de

PAD (-0,09 mmHg), ninguna fue significativa ($p = 0,1585$; $p = 0,4787$; $p = 0,8542$ respectivamente).

Conclusiones: En la población con SM (ATPIII), la media de PAS fue 128,4 mmHg, y la media de PAD fue 76,6 mmHg, siendo 11,7 y 5,1 mmHg superiores respectivamente que en la población sin SM. En la población con SM (IDF), la media de PAS fue 127,8 mmHg y la media de PAD fue 76,7 mmHg, siendo 11,5 y 5,5 mmHg superiores respectivamente que en la población sin SM. No existen diferencias significativas de PAS o de PAD entre las poblaciones con SM según ATPIII y con SM según IDF.

165. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR SILENTE Y DM TIPO 2

J. Martí, B. Lasa, I. Frago, K. Leizaola y J.M. Bereciartua
Hospital Zumárraga, Zumárraga.

Introducción: Los pacientes con DM presentan un mayor riesgo para la enfermedad cerebrovascular aguda (ECVA) comparado con los no diabéticos. Si la duración de la DM es superior a 10 años el riesgo se incrementa por 3. En el estudio de Ong CT et al. la presencia de infartos silentes por TAC o RMN alcanzaba un 20% de pacientes ingresados por ECVA sin historia previa, aunque en otros estudios oscila entre 10-37%. En el estudio Rotterdam la presencia de infartos silentes aumenta 3 veces el riesgo de ictus.

Objetivo: Conocer las características de la enfermedad cerebrovascular asintomática en pacientes DM tipo 2 ingresados por ECVA.

Métodos: Analizamos los pacientes ingresado por ECVA y DM 2 durante un periodo de 3 años, con exclusión de pacientes diabéticos con diagnóstico previo de evento cerebro-vascular. Se han estudiado los siguientes parámetros: edad, sexo, comorbilidades, Hb1Ac, perfil lipídico, características radiológicas de las lesiones, tratamiento de la DM y de los FRCV y la evolución.

Resultados: Presentamos 63 pacientes, 27 varones y 36 mujeres, con una edad de $79,5 \pm 7,93$ años. La duración de la DM recogida en historia clínica fue de $10,62 \pm 3,62$ años. Comorbilidades: HTA 79%, dislipemia 61%, cardiopatía isquémica 22%, tabaquismo 14%, obesidad 20%, ERC 24%, arteropatía periférica 16%, FA 25%, retinopatía 10% y deterioro cognitivo 14%. Laboratorio: HbA1c: $6,9 \pm 1,2$ (80% < 7,5), LDL $88,6 \pm 32$ (60% < 100), triglicéridos $114,5 \pm 69,1$ (88% < 150), HDL 47 ± 16 . El diagnóstico fue ictus isquémico: TIA 35%, infartos hemisféricos 39%, infartos talámicos/cápsula interna 14%, siendo el resto hemorrágico (hemorragia subaracnoidea o hematomas intraparenquimatosos). En un 82% se objetivaron lesiones vasculares crónicas (leucoaraiosis 53%, infartos lacunares 25%, infartos

Tabla 1 Comunicación 164.

| | Con SM ATPIII (n = 715) | | Sin SM ATPIII (n = 1.479) | | Prueba t homogeneidad medias | |
|-------------|-------------------------|----------|---------------------------|----------|------------------------------|----------|
| | Media | \pm DE | Media | \pm DE | Dif. de medias | p-valor |
| Edad (años) | 61,65 | 14,32 | 45,41 | 15,52 | 16,24 | < 0,0001 |
| PAS (mmHg) | 128,37 | 14,64 | 116,65 | 14,51 | 11,72 | < 0,0001 |
| PAD (mmHg) | 76,64 | 9,60 | 71,58 | 9,72 | 5,06 | < 0,0001 |

Tabla 2 Comunicación 164.

| | Con SM IDF (n = 792) | | Sin SM IDF (n = 1.402) | | Prueba t homogeneidad medias | |
|-------------|----------------------|----------|------------------------|----------|------------------------------|----------|
| | Media | \pm DE | Media | \pm DE | Dif. de medias | p-valor |
| Edad (años) | 60,59 | 14,78 | 45,12 | 15,47 | 15,46 | < 0,0001 |
| PAS (mmHg) | 127,84 | 14,37 | 116,30 | 14,62 | 11,54 | < 0,0001 |
| PAD (mmHg) | 76,73 | 9,39 | 71,25 | 9,73 | 5,48 | < 0,0001 |

hemisféricos 3% otras lesiones vasculares 19%). Ecografía de TSA se realizó a 34 pacientes, objetivándose ateromatosis y/o estenosis carotídeas en un 61%. Tratamiento: metformina 48%, insulina 28%, sulfonilureas 21%, otros (DPP4, glinidas, glitazonas) 17%. Monoterapia 67%, doble terapia 28%, triple terapia 5%. Tratamiento para FRCV: IECAS/ARA2 41%, estatinas 39%, antiagregantes 26%, anticoagulación oral 83% (todos con fibrilación auricular). Evolución: fallecieron el 10%, un 64% fueron dados de alta sin secuelas y 4 pacientes presentaron un nuevo episodio durante el seguimiento.

Conclusiones: En nuestro estudio un 82% de los pacientes presentaban lesiones vasculares crónicas, superior a estudios previos, probablemente relacionado a la mayor edad de nuestros pacientes o la presencia de FA no diagnosticada previamente. La leucoaraiosis fue la lesión más observada. La HTA y la dislipemia son las principales comorbilidades, similares a otros estudios. Además, objetivamos un adecuado control de HbA1c.

166. HIPERTENSIÓN ARTERIAL. VALORACIÓN DE LA VITAMINA D

M.C.N. Espinosa Furlong¹, J. Ocharán Corcuera², A. Rodríguez Fernández², J. Iturralde Iriso² y G. Mediavilla Tris²

¹IMSS, Ciudad de México, Distrito Federal, México. ²HUA OSI Araba, Vitoria-Gasteiz.

Introducción: El tratamiento con vitamina D se ha relacionado con la mejoría de las cifras de presión arterial.

Objetivo: Valoración terapéutica de la vitamina D, en una población de pacientes con hipertensión arterial. Asimismo hay un grupo con enfermedad renal crónica. Se valora la seguridad y la eficacia en estos pacientes.

Métodos: Criterios de Inclusión: edad mayor de 18 años. Hemos completado un seguimiento terapéutico con los pacientes durante 8 semanas, según los niveles de 1-OH vitamina D menor de 20 ug/dl. Método con un estudio observacional, prospectivo, no aleatorio.

Resultados: Hemos completado un seguimiento terapéutico con 20 pacientes hipertensos durante 8 semanas (se). Dentro de nuestra población destacamos la edad y la diabetes. No hemos observado cambios con la proteinuria, la calciuria, la calcemia, la fosfatemia. Hemos comparado los datos basales de presión arterial sistólica (PAS) media (med) de 167 mmHg y de presión arterial diastólica 94 mmHg y de forma consecutiva hasta acabar el estudio en la 8 semanas. Y en ambos no hay cambios significativos. La eficacia y la seguridad han sido excelentes.

Conclusiones: El tratamiento de vitamina D no ha producido cambios analíticos. No hay modificación con la presión arterial. Un excelente control terapéutico, eficacia y una buena tolerancia farmacológica en estos pacientes.

167. DIABETES TIPO 2: PREVALENCIA Y GRADO DE CONTROL A TRAVÉS DE HBA1C EN CENTROS SOCIOSANITARIOS DE LA TERCERA EDAD EN GALICIA

M.A. Carreira Alonso¹, A. González Álvarez², A. Berciano Lobato³, J.M. López Pérez⁴, J. Pazos López⁴, S. Torreira Mouró⁵, J.M. Caamaño Mata⁴, S. Cinza Sanjurjo⁶, M. Pena Seijo¹ y A. Pose Reino¹

¹Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela. ²Residencia San José, Ourense. ³Centro Residencial Nuestra Señora de la Esperanza, Ourense. ⁴CS Concepción Arenal, Santiago de Compostela. ⁵CS Conxo, Santiago de Compostela. ⁶CS Porto do Son, Porto do Son.

Objetivo: Estudiar la prevalencia y el grado de control glucémico a través de la determinación de HbA1c pacientes institucional-

izados mayores de 65 años, incluyendo la DM oculta, según el riesgo, el nivel de dependencia y el deterioro cognitivo.

Métodos: Determinación de HbA1c en muestra de sangre capilar en una muestra de 239 pacientes institucionalizados mayores de 65 años.

Resultados: En los pacientes no diagnosticados de DM, un 6,81% tenían una HbA1c superior a 6,5%. El 100% tenía sobrepeso (IMC > 25). El 62,06% de los diagnosticados de DM2 sufría sobrepeso (IMC > 25) y el 27,6% eran obesos. El 41,38% de los diabéticos presentaron un resultado en el test de Pfeiffer ≥ 5 . Este porcentaje se ve reducido en 9 puntos porcentuales si nos referimos a los pacientes no diabéticos con el mismo resultado. Los pacientes diabéticos con Barthel < 40 representan el 44,83%; mientras que los no diabéticos un 36,93%. El 41,66% de los pacientes no diabéticos conocidos con una HbA1c > 6,5% obtuvieron un resultado en el test de Pfeiffer > 6.

Conclusiones: El 31% de los ancianos de la residencia padecen DM tipo 2. El 6,81% de los no diabéticos tenían una HbA1c > 6,5%. El 77,58% de los diabéticos estaban bien controlados con HbA1c < 7. Los pacientes diabéticos tenían un mayor grado de dependencia y un mayor grado de deterioro cognitivo determinado por el test de Pfeiffer. Una detección precoz y un control metabólico e integral de los factores de riesgo vascular del diabético desde el momento del diagnóstico podría mejorar el pronóstico a largo plazo de estos pacientes. Dada la elevada prevalencia de esta enfermedad entre la población geriátrica, debería de intensificarse su detección precoz en este grupo de población para evitar sus complicaciones.

168. HIPOGLUCEMIAS SEVERAS SECUNDARIAS A ANTIDIABÉTICOS ORALES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET ENTRE LOS AÑOS 2007 Y 2012

B. Roig Espert¹, M. Balaguer Catalan², O. Rubio Puchol², A. García Porras², C. Morillas Ariño², J.J. Tamarit García², A. Hernández Mijares² y A. Artero Mora²

¹Hospital de Manises, Manises. ²Hospital Universitari Dr. Peset, Valencia.

Objetivo: Analizar las características clínicas de los pacientes con DM TIPO 2 que requieren ingreso hospitalario por hipoglucemia secundaria a antidiabéticos orales (ADOS).

Métodos: Se analizan los ingresos por hipoglucemia secundaria a ADOS en pacientes con DM2 en el Hospital Doctor Peset (población asignada es de 368.637 habitantes) entre los años 2007 y 2012. Se analiza número de ingresos, sexo, edad, estancia media, ADO, clínica, factores predisponentes, HbA1c, función renal y hepática. Se excluyeron los pacientes en tratamiento insulínico.

Resultados: Un total de 225 pacientes requirieron ingreso hospitalario por hipoglucemia secundaria a ADOS. El número de ingresos por año disminuyó a lo largo del periodo estudiado. Comparando la media de ingresos del periodo 2007 a 2009 ($45,3 \pm 5,1$) con la del periodo 2010 a 2012 ($29,7 \pm 1,5$), se observa una reducción del número de ingresos del 34,44% ($p = 0,007$). Un 56,4% fueron mujeres y 43,6% hombres. La edad media en el momento del ingreso fue de $79,81 \pm 1,66$ años. La estancia media fue de $2,50 \pm 0,39$ días. En cuanto al ADO causante de la hipoglucemia, el más frecuente fue glibenclámda en un 30,7% de los casos, seguida por glimepirida 30,2 y repaglinida 24,4. En la mayoría de los casos los pacientes recibían monoterapia. El 76% presentó clínica neuroglucopénica (el 14,62% coma). En cuanto a los factores predisponentes, un 44% referían escasa ingesta los días previos (15,1% infección activa y un 9,8% proceso gastrointestinal). Un 9,8% presentaban demencia, 3,11% error de pauta y un 1,3% disfagia neurógena. El 24,4% de pacientes habían tenido al menos un episodio de hipoglucemia previa en domicilio y el 8,4% habían ingresado previamente por hipoglucemia por ADOS. La HbA1c media fue de $6,68 \pm 1,32\%$. El 12,9% de pacientes en tratamiento con sulfonilureas tenía un filtrado glomerular inferior a 30 ml/min/1,73 m² y

el 34,2% entre 30 y 60 ml/min/1,73 m² (CKD-EPI). De los pacientes de los que se disponía función hepática (15%), ninguno presentaba insuficiencia hepática.

Conclusiones: A partir de 2009, se ha producido una reducción importante del número de ingresos por hipoglucemia grave secundaria a ADO a la vez que la utilización de los inhibidores de la DPP4 ha ganado cuota de mercado. La utilización de fármacos secretagogos en filtrados renales no adecuados si bien se está reduciendo estos últimos años, continua siendo una de las causas más relacionadas con la incidencia de hipoglucemia.

169. FRECUENCIA DE HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATROSCLERÓTICA

A. Sánchez Martín¹, L. Beltrán Romero¹, I. Narrillos Martín¹, C. Velasco García¹, R. Torres Jiménez¹, J.J. Cruz Troca², J.R. Banegas Banegas² y J. García Puig¹

¹Unidad Metabólico-Vascular, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, IdiPaz, Madrid. ²Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, IdiPaz, Madrid.

Introducción y objetivo: La presencia de enfermedad cardiovascular aterosclerótica se ha asociado a un mayor riesgo de hipoglucemia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), pero desconocemos si esta complicación se relaciona con un mayor número de territorios vasculares afectados. Hemos determinado la frecuencia de hipoglucemias en pacientes con DM2 y patología vascular aterosclerótica de uno o ≥ 2 territorios.

Métodos: Estudio retrospectivo, transversal, de pacientes atendidos en la Unidad Metabólico-Vascular del Hospital Universitario La Paz (septiembre 2012 a noviembre 2013) con DM2 y al menos un evento cardiovascular aterosclerótico previo (cardíaco, cerebrovascular o arteriopatía periférica). Se evaluó la ocurrencia de algún episodio de hipoglucemia en los 14 meses de seguimiento (glucemia capilar < 70 mg/dL con síntomas asociados).

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes (hombres, 48 [84%]) con una edad media de 70 años (rango intercuartílico, 62-79). El tiempo medio desde el diagnóstico de DM2 fue (media \pm DE) 12,9 \pm 8,7 años. Cuarenta enfermos (72,4%) tenían un territorio vascular afectado y 16 (28,6%) dos o más. La afectación coronaria fue el territorio vascular más frecuentemente afectado (35/56 enfermos, 62,5%). En los 14 meses de seguimiento efectuamos 29 hipoglucemias en 11 pacientes (todas resueltas por el mismo enfermo), con una mediana de 2 hipoglucemias por paciente (rango intercuartílico, 1-4). La HbA1c media en los pacientes con un territorio arterial afectado fue de 6,4% (insulina, 9/40 enfermos) y los que tenían ≥ 2 territorios enfermos de 6,8% ($p = 0,09$) (insulina, 7/16 enfermos). En el análisis univariante la presencia de ≥ 2 territorios vasculares afectados se asoció de forma significativa con la ocurrencia de hipoglucemias (OR 6,8; IC95%, 1,6-28,4; $p = 0,009$). En el análisis multivariante que incluyó la edad, el filtrado glomerular y la HbA1c, la relación se mantuvo de forma consistente (OR 9,0; IC95%, 1,3-61,2; $p = 0,024$).

Conclusiones: En este estudio piloto la presencia de una mayor carga arteriosclerótica (≥ 2 territorios vasculares afectados) se asoció a una mayor frecuencia de hipoglucemias.

170. EDUCANDO EN DIABETES

N. Sanz González y CAP Sermas

Grupo Educación para la Salud Las Margaritas, Madrid.

Objetivo: La diabetes es una enfermedad crónica prevalente en nuestro medio y según el estudioidi@bet.es de CIBERDEM, los pa-

cientes con diabetes hacen poco caso de las recomendaciones sobre el estilo de vida que les damos en la consultas de AP. En nuestro medio existen pacientes con mal control glucémico por lo que se decidió realizar un grupo de educación para la salud.

Métodos: Se captan pacientes en las consultas de AP a lo largo de 2 meses y se realiza un grupo de 15 personas a los que se les informa sobre su enfermedad, se les explica hábitos higiénico-dietéticos a realizar y la conveniencia y tipo de tratamiento de su enfermedad desde el punto de vista médico y de estilos de vida.

Resultados: Se captan 13 pacientes 7 varones y 6 mujeres con edades comprendidas entre los 50 y 70 años se realizan 4 sesiones con una asistencia media de 7-8 pacientes realizando cuestionario pre y post finalización de las sesiones.

Conclusiones: Se puede realizar educación para la salud en centros de AP con pacientes motivados pero deberíamos realizar estudios de seguimiento para optimizar los recursos empleados valorando los resultados a largo plazo.

171. ELABORACIÓN DE UN “DOCUMENTO DE CONSENSO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DIABETES TIPO 2”

P. Segura Torres¹, M. Polaina Rusillo¹, A. Liébana Cañada¹, A. Moreno Carazo² y F. Molina Molina³

¹Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Nefrología; ²Servicio de Endocrinología y Nutrición; ³Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Objetivo: Elaborar un documento de consenso de fácil manejo de la enfermedad renal crónica y diabetes mellitus tipo 2.

Métodos: Se ha llevado a cabo una revisión de las últimas evidencias disponibles en cuanto al manejo integral del paciente diabético con enfermedad renal.

Resultados: Respecto a la valoración de la función renal se establecen determinaciones analíticas (al diagnóstico y 6-12 meses) para cálculo del filtrado glomerular (FG) y de la albuminuria. Para el FG de varias formas: cálculo del FG por MDRD o ClCr por Cockcroft-Gault, o por aclaramiento de Cr con orina de 24 horas en situaciones de peso extremo (IMC < 19 o > 35 kg/m²) o alteración masa muscular y con la creatinina C. Para la albuminuria mediante cociente albúmina/Cr (muestra aislada de primera orina de la mañana) considerándose los siguientes resultados: si < 30 mg/g de Cr se debe repetir al año y si > 30 mg/g de Cr se debe repetir a los 3-6 meses. En base a estos datos, y a la persistencia de las alteraciones analíticas por tiempo superior a 3 meses, clasificaremos la función renal del paciente de acuerdo con la Clasificación de la función renal según las Guías de KDIGO 2012. Se establece un tratamiento integral del paciente diabético con enfermedad renal basado en modificaciones en el estilo de vida (Abandono del hábito tabáquico, dieta, pérdida de peso en pacientes obesos o con sobrepeso y ejercicio aeróbico) y control de los factores metabólicos modificables (control glucémico, lipídico, de la presión arterial y trombótico). Respecto al objetivo de control glucémico se establece HbA1c $< 7\%$ con individualización del mismo. Respecto al objetivo de control de la presión arterial se establece TA $< 140/90$ mmHg como objetivo general, TA $< 130/80$ mmHg si existe albuminuria siendo de elección la utilización de IECA o ARA II. Respecto al objetivo de control de la dislipemia se establece LDL-c < 100 mg/dl en general, LDL-c < 70 mg/dl en pacientes con enf. cardiovascular declarada o en pacientes con ERC moderada o severa y triglicéridos < 150 mg/dl. Respecto al objetivo de control de antiagregación se establece en prevención secundaria el uso de AAS 100 mg y en prevención primaria el uso de AAS 100 mg a varones > 50 años o mujeres > 60 años que presentan al menos un factor de riesgo principal adicional.

Conclusiones: El tratamiento del paciente diabético debe incluir un abordaje multifactorial e intensivo de la glucemia y demás factores riesgo vascular.

172. LA VITAMINA D Y EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON HTA ESENCIAL

L. Vigil Medina¹, M. López Jiménez¹, E. Condés², C. Rodríguez¹, M. Varela Entrecañales¹, R. García Carretero¹ y J. Ruiz Galiana¹

¹Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles. ²Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón.

Objetivo: La deficiencia de vitamina D se ha relacionado con el riesgo del desarrollo y grado de control de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y con el síndrome metabólico (SM). El déficit de vitamina D puede afectar a la homeostasis de la glucosa aumentando la resistencia a la insulina y reduciendo su secreción. Nuestro objetivo fue estudiar los niveles de vitamina D [25(OH)D] en pacientes con hipertensión arterial esencial (HTA) y su relación con la presencia y grado de control de la DM2 y del SM.

Métodos: Estudio observacional, transversal, en pacientes con un diagnóstico de HTA esencial, remitidos a nuestra consulta. En todos ellos se realizó la determinación de hemoglobina glicosilada (HbA1c) (HPLC, calibración IFCC, Menarini) y de los niveles de 25(OH)D (HPLC, Roche Diagnóstico). El SM se diagnosticó según los criterios del ATP-III revisados, excluyendo a los pacientes con DM2.

Resultados: Incluimos a un total de 908 pacientes (51,4% mujeres), con una edad media de 62 ± 12 años. 265 (29%) estaban diagnosticados de DM2 y 254 (39,5%) de los 643 pacientes sin DM presentaban SM. Los niveles medios de 25(OH)D fueron de 30 ± 12 ng/ml y de HbA1c de $5,9 \pm 0,8\%$ ($6,7 \pm 1\%$ en los pacientes con DM2, $5,7 \pm 0,4\%$ en aquellos con SM y $5,5 \pm 0,3\%$ en ausencia de SM). Los niveles de 25(OH)D mostraron diferencias entre los pacientes con y sin SM ($28,9 \pm 11$ ng/ml vs $31,8 \pm 12$ ng/ml, $p = 0,004$). También los niveles de 25(OH)D fueron más bajos en los pacientes con DM2 comparados con aquellos sin SM ($27,6 \pm 12$ ng/ml vs $31,8 \pm 12$ ng/ml, $p = 0,025$). En el total de la muestra, los niveles de 25(OH)D mostraron una correlación negativa con la HbA1c ($r = -0,083$, $p = 0,013$), la glucemia ($r = -0,096$, $p = 0,004$), el índice de HOMA ($r = -0,127$, $p = 0,002$), el IMC ($r = -0,105$, $p = 0,002$), el perímetro abdominal ($r = -0,099$, $p = 0,005$) y con el FGe-MDRD ($r = -0,104$, $p = 0,002$). En el análisis multivariado (regresión lineal), ajustado para la edad, el único determinante independiente de los niveles de 25(OH)D fue la HbA1c (coef. B = $-2,23$, IC95%: $-3,63$ a $-0,83$, $p = 0,002$), quedando excluidas en el modelo final el resto de las variables estudiadas (sexo, IMC, perímetro abdominal, índice de HOMA, FGe-MDRD, TAS y nº de fármacos anti-hipertensivos).

Conclusiones: En nuestra muestra, los pacientes con DM2 y con SM presentaron unos niveles de vitamina D disminuidos con respecto a los controles sin SM. Los niveles de vitamina D estuvieron inversamente relacionados con la HbA1c. La administración de suplementos de vitamina D podría mejorar el perfil glucémico de los pacientes hipertensos con DM2 y SM.

173. ANÁLISIS DE LA COMPLEJIDAD DE SERIES DE GLUCEMIA EN PACIENTES CON HTA

L. Vigil Medina¹, C. Rodríguez¹, M. Varela Entrecañales¹, M. López Jiménez¹, E. Condés², R. García Carretero¹ y J. Ruiz Galiana¹

¹Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles. ²Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón.

Objetivo: Uno de los primeros signos de la disfunción en un sistema complejo es la simplificación de su rendimiento. Recientemente, los métodos no lineales de análisis estadístico, tales como la estimación de la entropía o el análisis de la complejidad, han sido aplicados al estudio de distintas señales biológicas. La hiper-

tensión esencial (HTA) es una enfermedad con riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Por lo tanto, el análisis de la complejidad (Detrended Análisis Fluctuación: DFA) en series temporales de glucemia puede ser una herramienta útil para estudiar las fases iniciales de la disfunción de la gluco-regulación en estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional, transversal, realizado en pacientes con un diagnóstico previo de HTA y atendidos en nuestra Unidad de Hipertensión. El síndrome metabólico (SM) se diagnosticó según los criterios de la ATP-III, revisados. Se excluyeron los pacientes con DM2. Las series de temporales de glucosa se midieron mediante un glucómetro iPro (Medtronic) durante un período de 48-72 horas consecutivas. La variabilidad de la glucosa en las series se midió mediante el MAGE (Mean Amplitude of Glycaemic Excursion) y la complejidad de la glucosa se midió mediante la DFA.

Resultados: Se incluyeron un total de 91 pacientes (51,6% mujeres), con una edad media de 59 ± 10 años. El IMC fue de 30 ± 5 , la presión arterial $134 \pm 13/77 \pm 8$ mmHg., la glucemia basal 98 ± 12 mg/dl y la HbA1c $5,8 \pm 0,2\%$. 41 pacientes (45%) cumplían criterios de SM. La DFA mostró una correlación significativa con el nº de criterios de SM ($r = 0,233$, $p = 0,026$) y con el MAGE ($r = 0,396$, $p < 0,0001$). También hubo diferencias significativas en la DFA, según la presencia o no de SM ($1,44$ vs $1,3$, $p = 0,018$). El MAGE no se asoció a la presencia de SM ni se correlacionó con el nº de criterios de SM. Dividendo la DFA en terciles, hubo diferencias en el MAGE (1º tercil 32 vs 3º tercil 45 , $p = 0,04$), en la TAD (2º tercil 79 mmHg vs 3º tercil 73 mmHg, $p = 0,24$) y en el índice de HOMA (1º tercil $2,8$ vs 2º tercil $4,5$, $p = 0,015$). No encontramos diferencias entre los terciles de DFA en la presencia de SM o en el número de criterios de SM. En el análisis multivariado (regresión lineal) los únicos determinantes independientes de los valores de DFA fueron el MAGE (beta = $0,002$, IC95%: $0,001$ - $0,004$, $p = 0,001$) y el perímetro abdominal (beta = $0,002$, IC95%: $0,000015$ - $0,004$, $p = 0,048$), resultando el resto de las variables analizadas (glucemia basal, hemoglobina glicosilada, nº de criterios de SM, edad, IMC, TAS y TAD, triglicéridos, HDL-colesterol e insulina basal) excluidas en el modelo final (R^2 : $0,45$).

Conclusiones: En nuestros pacientes con HTA, la DFA (complejidad) en las series de glucemia, a diferencia del MAGE (variabilidad), se asoció con la presencia de SM y con el nº de criterios del SM. El análisis de complejidad mediante la DFA parece capaz de detectar diferencias en las variables clínicas y analíticas relacionadas con el riesgo de evolución a DM2.

174. PREVALENCIAS DE HIPERGLUCEMIA Y DE DIABETES EN LA POBLACIÓN GENERAL Y EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

N. Zarzuelo Martín¹, A. Ruiz García², M.C. Baltuille Aller¹, P.L. Sanchidrián Fernández³, M. Colomo Rodríguez³, M. Nácher Conches³, C. Vargas-Machuca Cabañero⁴, I. Gutiérrez Sánchez⁴, P. Aguilera Reija⁴ y M.A. Fernández Abad⁴

¹Centro de Salud Las Olivas, Aranjuez. ²Centro de Salud Pinto, Pinto. ³Centro de Salud Aravaca, Madrid. ⁴Centro de Salud Guayaba, Madrid.

Objetivo: Principal: determinar las prevalencias de hiperglucemia y de diabetes mellitus (DM) en la población. Secundario: comparar las prevalencias de hiperglucemia y de DM entre las poblaciones con y sin síndrome metabólico (SM) según criterios de IDF y ATPIII.

Métodos: Estudio observacional, transversal realizado en 25 Centros de Salud del SERMAS. Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo " = ALEATO-

Tabla 1 Comunicación 174.

| Prevalencias (n = 2.194) | % | LI IC (%) | LS IC (%) |
|--------------------------|-------|-----------|-----------|
| Gluc ≥ 100 mg/dL | 23,97 | 22,20 | 25,82 |
| Gluc ≥ 110 mg/dL | 16,77 | 15,23 | 18,40 |
| Diabetes mellitus | 11,99 | 10,66 | 13,42 |
| DM-2 | 11,17 | 9,88 | 12,56 |
| DM-1 | 0,82 | 0,49 | 1,29 |

Tabla 2 Comunicación 174.

| Prevalencias | Hombres (n = 985) | Mujeres (n = 1.209) | Dif. % | p-valor |
|------------------|-------------------|---------------------|--------|----------|
| DM2 | 13,91% | 8,93% | 4,98 | 0,0002 |
| DM1 | 0,81% | 0,83% | -0,01 | 0,9588 |
| Gluc ≥ 100 mg/dL | 29,75% | 19,27% | 10,47 | < 0,0001 |
| Gluc ≥ 110 mg/dL | 20,51% | 13,73% | 6,78 | < 0,0001 |

Tabla 3 Comunicación 174.

| Prevalencias | Con SM ATPIII (n = 715) | Sin SM ATPIII (n = 1.479) | Dif. % | p-valor |
|------------------|-------------------------|---------------------------|--------|----------|
| Gluc ≥ 100 mg/dL | 54,55% | 9,20% | 45,35 | < 0,0001 |
| Gluc ≥ 110 mg/dL | 45,17% | 3,04% | 42,13 | < 0,0001 |
| DM2 | 31,47% | 1,35% | 30,12 | < 0,0001 |
| DM1 | 1,54% | 0,47% | 1,07 | 0,0091 |
| | Con SM IDF (n = 792) | Sin SM IDF (n = 1.402) | Dif. % | p-valor |
| Gluc ≥ 100 mg/dL | 53,16% | 7,49% | 45,67% | < 0,0001 |
| Gluc ≥ 110 mg/dL | 38,76% | 4,35% | 34,41% | < 0,0001 |
| DM2 | 26,64% | 2,43% | 24,22% | < 0,0001 |
| DM1 | 1,26% | 0,57% | 0,69% | 0,0850 |

RIO()” de Microsoft® Excel) sobre los listados de 81.138 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 3.161 sujetos. Sujetos analizados: 2.194 [ilocalizables: 17,97%; rechazan consentimiento: 5,41%; no acudieron: 4,68%; con criterios exclusión (gestantes, inmovilizados): 2,31%]. 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 cuantitativos: medias con desviación típica (\pm DE).

Resultados: La media (\pm DE) de edad fue 50,71 (\pm 16,94) años, siendo mujeres el 55,10% (53,00-57,20) (tablas 1 y 2). La prevalencia de SM fue 39,15% (37,10-41,23), siendo 32,59% (30,63-34,60) según ATPIII, y 36,10% (34,09-38,15) según IDF, siendo la diferencia (3,51%) significativa ($p = 0,0144$) (tabla 3). Al comparar las poblaciones con SM (ATPIII vs IDF), la diferencia de prevalencias de glucemia ≥ 100 mg/dL (1,39%) no fue significativa ($p = 0,5889$); la diferencia de prevalencias de glucemia ≥ 110 mg/dL (6,41%) sí fue significativa ($p = 0,0118$); la diferencia de prevalencias de DM-2 (4,83%) sí fue significativa ($p = 0,0389$); la diferencia de prevalencias de DM-1 (0,28%) no fue significativa ($p = 0,6433$).

Conclusiones: La prevalencia poblacional de DM fue 11,99%. La prevalencia poblacional de DM tipo 1 fue 0,8%. La prevalencia poblacional de DM tipo 2 fue 11,2%, habiendo diferencias significativas entre sexos (13,9% en hombres y 8,9% en mujeres). Las prevalencias poblacionales de las glucemias ≥ 100 mg/dL y ≥ 110 mg/dL fueron 24,0% y 16,8% respectivamente, siendo significativamente mayores en hombres que en mujeres. Las prevalencias de las glu-

cemias ≥ 100 mg/dL, ≥ 110 mg/dL, DM-2 y DM-1 fueron significativamente mayores en las poblaciones con SM (ATPIII/IDF) que en la población sin SM.

175. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO HIPOGLUCEMIANTE EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

N. Zarzuelo Martín¹, A. Ruiz García², M.C. Baltuille Aller¹, N. Cantero Fernández³, T. Bescós Cáceres³, C. Morán Tiesta³, C. Mora Casado⁴, M.C. Díez Pérez⁵, N. Doria Carlin⁵ y N. Iturmendi Martínez⁶

¹Centro de Salud Las Olivas, Aranjuez. ²Centro de Salud Pinto, Pinto. ³Centro de Salud Lucero, Madrid. ⁴Centro de Salud Maqueda, Madrid. ⁵Centro de Salud Los Cármes, Madrid. ⁶Centro de Salud General Fanjul, Madrid.

Objetivo: Determinar y comparar el tratamiento farmacológico hipoglucemiante en las poblaciones con o sin síndrome metabólico (SM) según IDF y ATPIII.

Métodos: Estudio observacional, transversal realizado en 25 Centros de Salud del SERMAS. Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “ = ALEATORIO()” de Microsoft® Excel) sobre los listados de 81.138 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 3.161 sujetos. Sujetos analizados: 2.194 [ilocalizables 17,97%; rechazan consentimiento 5,41%; no acudieron 4,68%; 2,31% con criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)]. Análisis estadís-

Tabla 1 Comunicación 175.

| Tratamiento hipoglucemiante | Con SM ATPIII (%) (n = 715) | Sin SM ATPIII (%) (n = 1.479) | Dif. % | p-valor |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------|----------|
| Metformina | 24,48 | 1,01 | 23,46 | < 0,0001 |
| Inh. DDP-4 | 6,15 | 0,07 | 6,09 | < 0,0001 |
| Insulinas | 6,01 | 0,54 | 5,47 | < 0,0001 |
| Sulfonilureas | 5,31 | 0,20 | 5,11 | < 0,0001 |
| Glinidas | 3,08 | 0,07 | 3,01 | < 0,0001 |
| Exenatide, liraglutide | 0,84 | 0,00 | 0,84 | 0,0004 |
| Inh. alfa-glucosidasa | 0,14 | 0,00 | 0,14 | 0,1501 |
| Pioglitazona | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |

Tabla 2 Comunicación 175.

| Tratamiento hipoglucemiante | Con SM IDF (%) (n = 792) | Sin SM IDF (%) (n = 1.402) | Dif.% | p-valor |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|-------|----------|
| Metformina | 20,33 | 2,07 | 18,26 | < 0,0001 |
| Inh. DDP-4 | 5,18 | 0,29 | 4,89 | < 0,0001 |
| Insulinas | 4,80 | 0,93 | 3,87 | < 0,0001 |
| Sulfonilureas | 4,55 | 0,36 | 4,19 | < 0,0001 |
| Glinidas | 2,27 | 0,36 | 1,92 | < 0,0001 |
| Exenatide, liraglutide | 0,76 | 0,00 | 0,76 | 0,0011 |
| Inh. alfa-glucosidasa | 0,13 | 0,00 | 0,13 | 0,1769 |
| Pioglitazona | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |

Tabla 3 Comunicación 175.

| Tratamiento hipoglucemiante | Con SM ATPIII (%) (n = 715) | Con SM IDF (%) (n = 792) | Dif (%) | p-valor |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------|---------|
| Metformina | 24,48 | 20,33 | 4,15 | 0,0530 |
| Inh. DDP-4 | 6,15 | 5,18 | 0,97 | 0,4150 |
| Insulinas | 6,01 | 4,80 | 1,21 | 0,2983 |
| Sulfonilureas | 5,31 | 4,55 | 0,76 | 0,4954 |
| Glinidas | 3,08 | 2,27 | 0,81 | 0,3287 |
| Exenatide, liraglutide | 0,84 | 0,76 | 0,08 | 0,8616 |
| Inh. alfa-glucosidasa | 0,14 | 0,13 | 0,01 | 0,9579 |

tico: 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 cuantitativos: medias con desviación típica (\pm DE).

Resultados: La media (\pm DE) de edad fue 50,71 (\pm 16,94) años, siendo mujeres el 55,10% (53,00-57,20). El 11,99% (10,66-13,42) tenía diabetes mellitus (DM), siendo el 11,17% (9,88-12,56) con DM tipo 2, y el 0,82% (0,49-1,29) con DM tipo 1. La prevalencia poblacional de SM fue 39,15% (37,10-41,23), siendo 32,59% (30,63-34,60) según criterios de ATPIII, y 36,10% (34,09-38,15) según IDF, siendo la diferencia entre ambos criterios (3,51%) significativa ($p = 0,0144$) (tablas 1 y 2). No hubo diferencias significativas en el tratamiento hipoglucemiante al comparar las poblaciones con SM (ATPIII) vs con SM (IDF) (tabla 3).

Conclusiones: Todos los fármacos hipoglucemiantes fueron más utilizados en las poblaciones con SM (ATPIII/IDF) que en la que no padece SM, a excepción de los inhibidores de la alfa-glucosidasa. Los fármacos hipoglucemiantes más utilizados en las poblaciones con SM (ATPIII vs IDF) fueron: metformina: 24,5% vs 20,3%, inhibidores de la DPP-4: 6,2% vs 5,2%, insulinas: 6,0% vs 4,8%, sulfonilureas: 5,3% vs 4,6% y glinidas: 3,1% vs 2,3%. No hubo diferencias significativas en el manejo farmacológico entre las poblaciones con SM (ATPIII) y con SM (IDF). No se encontraron pacientes que estuvieran en tratamiento con glitazonas.

176. EVALUACIÓN DE LA GLUCEMIA BASAL Y DE LA HbA1c EN LA POBLACIÓN GENERAL Y EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

N. Zarzuelo Martín¹, A. Ruiz García², M.C. Baltuille Aller¹, I. Vázquez Carrión³, M. Prieto Marcos⁴, M.J. Ramírez Vallejo⁴, M.C. Martín Calle⁴, S. Delgado Rodríguez⁴, M. Rubio Villar⁵ y M.L. Berbil Bautista⁵

¹Centro de Salud Las Olivas, Aranjuez. ²Centro de Salud Pinto, Pinto. ³Centro de Salud Daroca, Madrid. ⁴Centro de Salud Ntra. Sra. de Fátima, Madrid. ⁵Centro de Salud Abrantes, Madrid.

Objetivo: Principal: determinar la glucemia basal y la HbA1c en la población general. Secundario: comparar la glucemia basal y la HbA1c entre las poblaciones masculina y femenina, y entre las poblaciones con o sin Síndrome Metabólico (SM) según IDF y ATPIII.

Métodos: Estudio observacional transversal realizado en 25 Centros de Salud del SERMAS. Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo " = ALEATORIO() " de Microsoft® Excel) sobre los listados de 81.138 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 3.161 sujetos. Sujetos analizados: 2.194 [ilocalizables 17,97%; rechazan consentimiento 5,41%; no acudieron 4,68%; 2,31% con criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)]. Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. Esta-

Tabla 1 Comunicación 176.

| | Hombres | | | Mujeres | | | Prueba t | |
|------------------|---------|-------|-------|---------|-------|-------|----------------|----------|
| | n | Media | ± DE | n | Media | ± DE | Dif. de medias | p-valor |
| Edad (años) | 985 | 51,58 | 16,23 | 1209 | 49,99 | 17,47 | 1,59 | 0,0284 |
| Glucemia (mg/dL) | 942 | 97,94 | 28,54 | 1171 | 91,06 | 21,43 | 6,88 | < 0,0001 |
| HbA1c (%) | 652 | 5,67 | 1,05 | 730 | 5,50 | 0,98 | 0,17 | 0,7167 |

Tabla 2 Comunicación 176.

| | Con SM ATPIII | | | Sin SM ATPIII | | | Prueba t | |
|------------------|---------------|--------|-------|---------------|-------|-------|----------------|----------|
| | n | Media | ± DE | n | Media | ± DE | Dif. de medias | p-valor |
| Edad (años) | 715 | 61,65 | 14,32 | 1479 | 45,41 | 15,52 | 16,24 | < 0,0001 |
| Glucemia (mg/dL) | 713 | 108,83 | 35,90 | 1400 | 86,64 | 11,29 | 22,19 | < 0,0001 |
| HbA1c (%) | 559 | 6,11 | 1,21 | 823 | 5,22 | 0,64 | 0,89 | < 0,0001 |

Tabla 3 Comunicación 176.

| | Con SM IDF | | | Sin SM IDF | | | Prueba t | |
|------------------|------------|--------|-------|------------|-------|-------|----------------|----------|
| | n | Media | ± DE | n | Media | ± DE | Dif. de medias | p-valor |
| Edad (años) | 792 | 60,59 | 14,78 | 1402 | 45,12 | 15,47 | 15,47 | < 0,0001 |
| Glucemia (mg/dL) | 789 | 106,98 | 33,33 | 1324 | 86,47 | 13,61 | 20,51 | < 0,0001 |
| HbA1c (%) | 608 | 6,00 | 1,17 | 774 | 5,25 | 0,71 | 0,75 | < 0,0001 |

dísticos nominales: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. Estadísticos cuantitativos: 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: La edad media (\pm DE) de la población de estudio fue 50,71 (\pm 16,94) años, siendo femenina el 55,10% (53,00-57,20). La prevalencia de diabetes mellitus (DM) fue 11,99% (10,66-13,42). La media (\pm DE) de la glucemia basal en la población fue 94,13 (\pm 25,08) mg/dL, y el valor medio de HbA1c fue 5,58 (\pm 1,01)% (tabla 1). La prevalencia poblacional de SM fue 39,15% (37,10 - 41,23), siendo 32,59% (30,63-34,60) según criterios de ATPIII, y 36,10% (34,09-38,15) según IDF, siendo la diferencia entre ambos criterios (3,51%) significativa ($p = 0,0144$) (tablas 2 y 3).

Conclusiones: La media de glucemia basal en la población fue 94,1 mg/dL, siendo significativa la diferencia entre hombres (97,9 mg/dL) y mujeres (91,1 mg/dL). La media de glucemia basal de la población con SM_ATPIII (108,8 mg/dL) fue similar a la de la población con SM_IDF (107,0 mg/dL). El valor medio de HbA1c en la población de estudio fue 5,6%. No había diferencias significativas entre hombres (5,7%) y mujeres (5,5%), ni entre la población con SM_ATPIII (6,1%) y con SM_IDF (6,0%). Las medias de las glucemias basales de las poblaciones con SM (ATPIII/IDF) eran entre 20,5 y 22,2 mg/dL mayores que la de la población sin SM.