

cia un aumento del riesgo cardiovascular (CV), independientemente del grado de HTA. Las evidencias han señalado la necesidad de individualizar el tratamiento antidiabético (ADO) pues la variabilidad del control de la glucemia y la aparición de hipoglucemias están directamente relacionadas con una mayor morbilidad y mortalidad. La monitorización continua de glucosa (MCG) es una herramienta útil para este cometido.

Objetivo: Evaluar mediante MCG la variabilidad de la glucemia y necesidad de posología del ADO en una población de hipertensos con DM2 que no han recibido ADO.

Métodos: Inclusión de pacientes hipertensos con DM2, Hb glicosilada entre 6,5-7%, que no han iniciado ADO para evaluación mediante MCG (iPro2, Medtronic Inc) durante 72 horas. Definimos como excursiones hiperglucémicas: glucemias > 140 mg/dl y como hipoglucemias: glucemias < 70 mg/dl.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes (62,5% varones, edad 59,2), media 3,81 años desde el diagnóstico de DM2, IMC 30,275 kg/m², Hb glic 6,75%, 87,5% no fumadores, media de PA en consulta 136/77 mmHg, 100% dislipémicos. La glucemia promedio fue de 139 [90-211], con importante variabilidad (DE 28,12 [11-52] mg/dl, % de diferencia media absoluta 10,57 [4,3-17,5]), el nº de excursiones medio 7,12 [0-15] y de hipoglucemias de 0,75 [0-5]. Se observaron perfiles marcadamente heterogéneos en el MCG en los 16 pacientes. El dispositivo fue bien tolerado y la adaptación por parte de los pacientes, muy buena.

Conclusiones: La variabilidad de la glucemia en pacientes hipertensos, naïve de tratamiento ADO, es muy elevada, lo que señala una necesidad horaria del tratamiento individualizada para evitar iatrogenia.

169. ESTATINAS EN DIABÉTICOS TIPO 2: ¿ES SUFICIENTE 2 DE CADA 3?

J.B. Gómez, E. Martínez, M. Leal, M. Tomás, B. Palazón, M. Lozano, P. Sánchez y J. Abellán

CS Docente de San Andrés.

Objetivo: Conocer cuál es la prevalencia de empleo de estatinas en diabéticos tipo 2 (db 2) y valorar si “nos quedamos cortos” en su indicación en este tipo de pacientes.

Métodos: Se incluyen todos los pacientes db 2 (n = 100) de un cupo de atención primaria (1.300 pacientes: 7,7% prevalencia de diabetes 2), de los cuales predominan los varones: 55 (55%) y cuya edad media es de 67 años con un rango de 34 años (varón) hasta los 95 años (mujer).

Resultados: Se clasifican los db 2 en 3 grupos de pacientes dependiendo del tratamiento hipolipemiante recibido. 1 el grupo más numeroso (65%) tomaba estatinas (rango de edad: 34-88 años. Edad media 67). 2 el siguiente grupo (28%) no recibía ningún hipolipemiante (edad media 67,5 años), aunque 9 de estos pacientes tenían LDL por encima de 130 mg. 3. El último grupo lo formaban los pacientes que recibían fibratos (10%), aunque 3 de ellos recibían tratamiento combinado (estatina y fibrato), con edad media más joven de 61,7 años. En definitiva, estaría indicado tomar estatinas el 74% de los pacientes con db 2.

Conclusiones: 1) Existe un alto porcentaje de db2 tratados con estatinas: dos de cada tres, pero podría aumentar hasta tres de cada cuatro (aumentando su indicación en pacientes que no reciben hipolipemiantes). 2) No reciben tratamiento hipolipemiante el 28%. 3) reciben tratamiento con fibratos sólo 1 de cada 10 y el tratamiento combinado (3%) debería ser mayor para mejorar el riesgo residual.

170. EL ÍNDICE VASCULAR CARDIO-TOBILLO SE ASOCIA CON LESIÓN DE ÓRGANO DIANA Y PARÁMETROS DE ESTRUCTURA Y FUNCIÓN VASCULAR EN LOS PACIENTES DEL ESTUDIO LOD-DIABETES

L. Gómez, L. García, M.C. Patino, J.I. Recio, C. Martín, A. de Cabo, B. Sánchez, C. Rodríguez, M. Gómez y M.A. Gómez

Unidad de Investigación de la Alamedilla.

Objetivo: El índice vascular cardio tobillo (CAVI) es un nuevo parámetro que valora la rigidez total de la arteria desde el origen de la aorta hasta el tobillo. Este índice puede estimar el riesgo de aterosclerosis. El objetivo fue encontrar la relación entre el CAVI y lesión de órganos diana (LOD), parámetros que evalúan la estructura y la función vascular, y los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes de raza blanca con diabetes mellitus tipo 2 o síndrome metabólico.

Métodos: Se incluyeron 110 sujetos del estudio LOD-Diabetes, media de edad fue 61 ± 11 años, y el 37,3% eran mujeres. Las mediciones de CAVI, Velocidad de la onda de pulso tobillo-brazo (ba-VOP), y el índice tobillo-brazo (ITB) fueron tomadas con el dispositivo VaSera. También se midieron los factores de riesgo cardiovascular, la función renal mediante la creatinina, la tasa de filtración glomerular, y el índice albúmina creatinina, así como LOD cardiaca con ECG y LOD vascular con grosor íntima-media en carótida (GIM), VOP carótida femoral (cf-VOP), y el índice de aumento central y periférico (CAIx y PAIx). La escala de Framingham-D'Agostino se utilizó para medir el riesgo cardiovascular.

Resultados: Los valores medios de CAVI 8,7 ± 1,3. Los sujetos con CAVI ≥ 9 presentan valores superiores de HbA1c, presión arterial sistólica, riesgo cardiovascular estimado, GIMc, cf-PWV, ba-PWV, y PAIx, y más bajos de colesterol total y LDL colesterol. Más de la mitad (54%) de los participantes tenía una o más LOD (10% cardiaca, 13% renal, 48% vascular), 13% tienen ba-VOP ≥ 17,5 m/seg. Los pacientes con cualquier LOD tuvieron valores más altos de CAVI: diferencias de 1,14 (IC95% 0,68 a 1,60, p < 0,001) en LOD vascular; 1,30 (IC95% 0,51 a 2,10, p = 0,002) en tLOD cardiaca y 0,48 (IC95% -0,27 a 1,22, p = 0,206) en LOD renal. CAVI presento una correlación positiva con la edad (r = 0,647; p < 0,01), con la HbA1c y la presión arterial sistólica y diastólica, y una correlación negativa con la circunferencia de la cintura y el índice de masa corporal. CAVI presento asociación positiva con la IMT (β = 0,29; p < 0,01), con cf-VOP (β = 0,83; p < 0,01), con ba-VOP (β = 2,12; p < 0,01), con Caix (β = 3,42; p < 0,01), y con Paix (β = 5,05; p = 0,04) tras ajustarla por el riesgo cardiovascular, el índice de masa corporal, y toma de fármacos antihipertensivos, hipolipemiantes y antidiabéticos.

Conclusiones: El CAVI muestra asociaciones positivas con, cf-PWV, ba-PWV, CAIX y PAIx, independientes de riesgo cardiovascular, el índice de masa corporal, y el tratamiento farmacológico utilizado. Los pacientes con LOD cardiaca o vascular tienen valores más altos de CAVI.

171. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PARÁMETROS DE ESTRUCTURA Y FUNCIÓN VASCULAR EN PACIENTES CON AUMENTO DE LA RESISTENCIA A LA INSULINA, DIFERENCIAS POR GENERO. LOD-DIABETES

L. Gómez, M. Gómez, C. Agudo, C. Hernández, B. Sánchez, A. de Cabo, C. Rodríguez, C. Castaño, C. Montero y M.A. Gómez

Unidad de Investigación de la Alamedilla.

Objetivo: Evaluar los factores que influyen en evolución durante 5a en parámetros de estructura y función vascular en pacientes con aumento de resistencia a la insulina.

Métodos: Estudio prospectivo. 110 pacientes. 41 mujeres. Seguimiento 5a, 4 medidas realizadas. Mediciones: FRCV, función renal,

ECG. Ecografía carotídea para medir grosor íntima media de carótida (GIM). SphygmoCor para medir VOP carótida femoral (cf-VOP) e índice de aumento central y periférico (CAIx y PAIx).

Resultados: Edad 61,2 ± 11,2a; mujeres 62,2 ± 12a, varones 60,6 ± 11a (p = 0,483). Los valores medios del primer año fueron: IMT en mm: mujeres = 0,715, varones = 0,779 (p = 0,006); VOP en m/seg: mujeres = 9,74, varones = 9,31 (p = 0,393); CAIx mujeres = 36,23, varones = 25,97 (p < 0,001) y PAIx: mujeres = 101,27, varones = 91,91 (p = 0,041). Los valores medios del quinto año fueron: IMT: mujeres = 0,754, varones = 0,796 (p = 0,09); VOP: mujeres = 9,79, varones = 9,48 (p = 0,570); CAIx mujeres = 33,63, varones = 23,06 (p < 0,001) y PAIx mujeres = 104,05, varones = 84,63 (p = 0,001). Las diferencias entre las dos mediciones fueron: IMT: mujeres = 0,039, varones = 0,030 (p > 0,05); VOP: mujeres = 0,05, varones = 0,17 (p > 0,05); CAIx mujeres = -2,63, varones = -2,91 (> 0,05) y PAIx mujeres = 2,78, varones = -6,18 (p < 0,05). En el análisis de regresión múltiple ajustado por edad utilizando como variables dependientes las diferencias de GIM, de VOP, de CAIx y de PAIx y como variables independientes las diferencias en IMC, índice iatrogénico, presión arterial media, PCR, HbA1c, HOMA-IR, antihipertensivos, antidiabéticos e hipolipemiantes. Ninguna de las variables explica la diferencia de GIM, VOP ni CAIx en varones. La diferencia del CAIx en mujeres se explica por IAT (p = 0,018) y del PAIx por presión arterial media en varones (p = 0,041) y en mujeres por la HbA1c (p = 0,007).

Conclusiones: La IMT es mayor en Varones y VOP CAIx y PAIx es mayor en mujeres. Las variables que explican los cambios entre 1º y último año en el caso del CAIx en mujeres y en el PAIx la presión arterial media en varones y la HbA1c en mujeres. Ninguno de los factores analizados explica la evolución del GIM y VOP en ninguno de los dos géneros.

172. RELACIÓN DE PARÁMETROS DE ESTRUCTURA Y FUNCIÓN VASCULAR CON LA GLUCEMIA

M.A. Gómez, L. Gómez, M.C. Patino, J.I. Recio, C. Agudo, J.A. Maderuelo, E. Rodríguez, C. Castaño, M. Gómez y L. García

Unidad de Investigación del CS de la Alamedilla.

Objetivo: El objetivo del estudio es analizar las relaciones existentes entre diferentes formas de medida de la glucemia con varios parámetros de estructura y función vascular en sujetos de riesgo intermedio.

Métodos: Estudio trasversal. 500 pacientes, edad 35-74 años (media: 60,3 ± 8,4), 45,6% mujeres. Medición: con ecografía de carótida común el GIM medio y máximo. Con VASERA: velocidad onda de pulso brazo tobillo (ba-VOP) y cardio-vascular índice tobillo (CAVI); Con Mobil-O-Graph: carótida femoral (cf-VOP), Índice de aumento central (CAIx). Glucemia basal, glucemia postprandial y HbA1c.

Resultados: Hipertensos 80%; diabéticos: 27%; obesos 28%, fumadores 23% y dislipémicos 84%. La media de glucemia basal y postprandial fueron: 97 ± 30 119 ± 32 mg/dL; HbA1c: 5,9 ± 0,95%; GIM medio: 0,74 ± 0,09 mm; GIM máxima: 0,90 ± 0,11 mm; CAVI = 8,59 ± 1,1, 34,1% > 9; ba-PWV = 14,3 ± 2,4, 13,1% > 17,5 m/s; cf-PWV = 8,6 ± 1,3, 15,4% > 12 m/s; CAIx = 26,7 ± 13,8. Todas las medidas de glucemia presentaron correlaciones positivas con el GIM medio y máximo y con el CAVI y la ba-VOP y no se correlacionaron con el CAIx. La correlación mayor del GIM fue con la HbA1c: (r = 0,194 y r = 0,188 (p < 0,001) con GIM medio y máximo respectivamente. La correlación mayor del CAVI y de la ba-VOP fue con la glucemia postprandial: (r = 0,145 y r = 0,176 (p < 0,001 respectivamente). La cf-VOP solo se correlacionó con la glucemia postprandial r = 0,101 (p = 0,03). En el análisis de regresión múltiple utilizando como variables dependientes el GIM, el CAVI y la ba-VOP y como independientes la glucemia basal, postprandial y HbA1c y como variables

de ajuste la edad, el sexo la PA sistólica, el IMC y el no HDL colesterol, la asociación se mantiene, siendo en todos los casos la mayor asociación con la HbA1c ((β = 0,260 IC95% 0,140-0,380 con el GIM medio; β = 0,267 IC95% 0,139-0,394 con el CAVI y β = 0,130 IC95% 0,040-0,220 con ba-VOP (p < 0,01 en todos los casos)).

Conclusiones: La glucemia basal, postprandial y la HbA1c presentan correlación positiva con el GIM, el CAVI y la ba-VOP. En el análisis de regresión múltiple la asociación se mantiene en todos los casos, pero es mayor con la HbA1c, después de ajustarla por factores de confusión en una muestra de pacientes de riesgo intermedio.

173. SÍNDROME METABÓLICO Y ALTERACIONES EN EL RITMO CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

B.C. Gracia, V.A. Alastrué, M.M. Rodero, C. Josa, G. Verdejo, J.L. Sierra, J. Rubio, E. Tari, A. Martínez-Berganza y J. Cebollada

Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Objetivo: Analizar la asociación entre la presencia de síndrome metabólico y las alteraciones del patrón circadiano de presión arterial medidas mediante monitorización ambulatoria (MAPA) en pacientes con HTA.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo realizado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, en la Unidad de Hipertensión Arterial. La muestra está formada por pacientes hipertensos que se seleccionaron de forma consecutiva durante el año 2013 y que habían sido estudiados mediante MAPA (Microlife Watch BP03). Se excluyeron aquellos pacientes que presentaban hipertensión arterial secundaria, aquellos que seguían un ritmo sueño-vigilia variable y aquellos con registro de MAPA de calidad no aceptable. Se consideraron como alteraciones del patrón circadiano la presencia de HTA nocturna, el patrón no dipper y el aumento del pico matinal de presión arterial tanto al despertarse (definido por incremento de 30 mmHg) como el previo al levantarse (incremento de 19 mmHg). Se determinaron los valores de glucosa basal, triglicéridos y HDL colesterol. Así mismo, se realizó toma de presión arterial en la consulta y medición de perímetro abdominal. El diagnóstico de Síndrome Metabólico se ha establecido de acuerdo a los criterios de la AHA (2005): glucemia basal ≥ 100 mg/dl; triglicéridos ≥ 150 mg/dl; colesterol HDL < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl mujeres; cifras de presión arterial sistólica (PAS) ≥ 130 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 85 mmHg; perímetro abdominal ≥ 102 cm en hombres o ≥ 88 cm en mujeres. Se consideraron pacientes con Síndrome metabólico aquellos que cumplían 3 o más criterios. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 20.0.

Resultados: De la muestra de 77 pacientes, cumplían criterios de síndrome metabólico 36 pacientes (46,8%). De ellos, un 54% eran mujeres y un 39% eran fumadores activos, un 25% eran diabéticos, un 47% eran dislipémicos, un 86,1% presentaba obesidad abdominal según los criterios antes descritos y todos los pacientes cumplían criterios de HTA. Cabe destacar que el 90% de los pacientes diabéticos cumplían criterios de síndrome metabólico. Además, al analizar la presencia de lesión subclínica renal no se observaron diferencias significativas en relación al filtrado glomerular (p 0,403) aunque sí con la presencia de microalbuminuria (p 0,013). En el análisis de los datos se observa una tendencia en los pacientes con síndrome metabólico de presentar cifras más elevadas de PAS y PAD nocturnas, sin alcanzar la significación estadística. En cambio, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación con el síndrome metabólico y el porcentaje de descenso de PA nocturna (p 0,018), con una media de 11,5% en los pacientes sin síndrome metabólico vs 7,8% en los pacientes que sí lo presentaron.