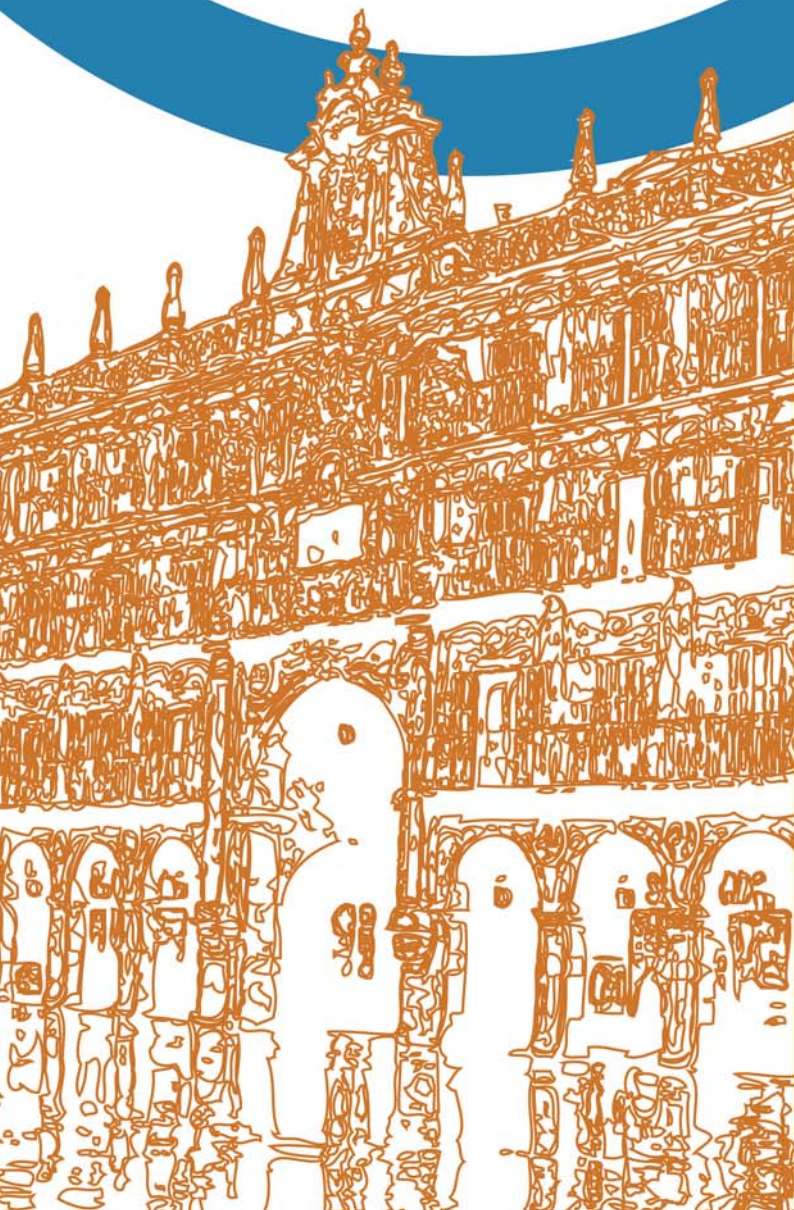


Jornadas Diabetes SEMERGEN

I JORNADAS NACIONALES DIABETES **SEMERGEN**

14 - 15 Junio de 2013 **Salamanca**

Actualización en Diabetes



Avales científicos



Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES



Jornadas Diabetes SEMERGEN

I Jornadas Nacionales Diabetes de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.

Editor: Atención Primaria de Congresos S.L.

Lugar de Edición: Granada

Depósito Legal: GR 1264-2013

ISSN: 2340-339X

Copyright 2013. Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total ó parcial de éste material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia ó cualquier otro sistema de reproducción sin autorización expresa del propietario del Copyright.

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información obtenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto.

COMITÉS

Comité Organizador

Presidente

Dr. D. José Javier Mediavilla Bravo

Médico de Familia. Centro de Salud Burgos Rural. Burgos. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Miembros

Dr. D. Alfonso Barquilla García

Médico de Familia. Centro de Salud Trujillo. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Dr. D. Pablo Gregorio Baz Rodríguez

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Rodrigo. Salamanca. Miembro del Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN.

Dr. D. Emilio Blanco Tarrío

Médico de Familia. Centro de Salud Periurbana Norte. Salamanca. Presidente SEMERGEN Castilla y León.

Dr. D. José Manuel Comas Samper

Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Dr. D. José María de Dios Hernández

Médico de Familia. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca. Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.

Dr. D. Gustavo C. Rodríguez Roca

Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo. Secretario General y Responsable de Congresos y Jornadas de SEMERGEN.

Comité Científico

Presidenta

Dra. D^a. Margarita Alonso Fernández

Médico de Familia. Centro de Salud de La Ería. Oviedo. Asturias. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Miembros

Dr. D. Francisco Carramiñana Barrera

Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Gerencia del Área de Salud de Badajoz-Zafra Llerena. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Dr. D. José Escribano Serrano

Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. San Roque, Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Dr. D. Ignacio González Casado

Médico de Familia. Centro de Salud M^a Auxiliadora. Béjar, Salamanca.

Dra. D^a. Carmen Huidobro Dosal

Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Dra. D^a. Flora López Simarro

Médico de Familia. Área Básica de Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN.

PATROCINADORES



Trabajando juntos en Diabetes



INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de celebración y sede

14 y 15 de junio de 2013.

Hospedería Fonseca.

Universidad de Salamanca.

C/ Fonseca, 2

37002 Salamanca

www.jornadasdiabetes.com

info@jornadasdiabetes.com

Secretaría Técnica

AP Congress.

C/ Narváez, 15-1º Izq. 28009 Madrid

Tfno.: 902 430 9601 Fax: 902 430 959

E-mail: info@apcongress.es



Secretaría Técnica para asistencia al congresista

Ubicación: La Secretaría Técnica se encuentra situada en el hall de la Sala Menor, en la planta baja para, entre otras funciones, entrega de documentación, información, incidencias, nuevas inscripciones, ponentes, expositores, prensa, certificados y objetos perdidos.

Horario de Secretaría Técnica:

Viernes 14 de junio: 14:00 – 20:00 horas

Sábado 15 de junio: 08:00 – 14:00 horas

Notas importantes

- ▶ La documentación se entregará en la Secretaría Técnica a partir del **Viernes 14 de junio a las 14.00 hs.** Le rogamos compruebe que dispone de todos los documentos que le corresponden.
- ▶ Los congresistas deberán llevar su acreditación en lugar visible para acceder a la sede y a las sesiones científicas.
- ▶ Los teléfonos móviles deberán permanecer desconectados en todas las salas con actividades científicas.
- ▶ Cualquier variación del programa oficial o novedad que pudiera surgir será anunciada oportunamente a través del tablón de anuncios y de la propia Secretaría Técnica.
- ▶ La presentación al personal auxiliar de las invitaciones o tickets de cualquier acto será obligatoria para poder acceder a todos los actos sociales que así lo requieran.

Acreditación



Actividad declarada de Interés Científico-Sanitario por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Fecha: 11/03

Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Junta de Castilla y León.

Control de Acceso

La asistencia a las actividades se controlará en la entrada y salida a las salas mediante Arcos de Control de Acceso. Para ello deberá llevar en lugar visible su tarjeta de acreditación. Sin ella, el sistema de seguridad no registrará su acceso a las salas.

El arco controla el tiempo de estancia en sala. Para recibir el certificado de Reconocimiento de Créditos de las diferentes actividades, el asistente deberá permanecer al menos el **80% del tiempo** de duración de la sesión en la sala.

Si tiene cualquier duda o consulta, dispondremos azafatas desde 10 minutos antes del comienzo y hasta 10 minutos después del mismo en las puertas de las salas.

Inscripción a Talleres

Le rogamos respete la política de talleres impuestos por la Organización:

- ▶ Es requisito indispensable estar inscrito a las Jornadas previamente para efectuar su inscripción a talleres.
- ▶ Los talleres están limitados en plazas según indicaciones de cada ponente o características de la sala. Por ello, en la inscripción a talleres se respetará estrictamente el orden de inscripción para la asignación de plazas.
- ▶ Si algún taller no se completara por ser el número de inscritos insuficiente para la operatividad del mismo, el Comité Científico se reserva el derecho de anularlo. En tal caso, la Secretaría Técnica contactará con las personas inscritas al taller en cuestión para informarles de las plazas disponibles en los demás talleres para proceder a su recolocación.
- ▶ Si usted ha elegido los talleres por orden de preferencia, la Secretaría Técnica le asignaría el siguiente taller en su lista donde quedasen plazas vacantes.

Premios

Se instaurarán los siguientes premios:

- **Mejor presentación oral** en las I Jornadas Nacionales de Diabetes de SEMERGEN: 1 iPad 2 con Wifi de 16 Gb.
- **Mejor presentación póster** en las I Jornadas Nacionales de Diabetes de SEMERGEN: 1 Ipad mini con Wifi de 16 Gb.

Durante el Acto de Clausura de las Jornadas se hará público el fallo y se realizará la entrega de Premios, por lo cual le rogamos su presencia en dicho acto.

Nota 1: Los premios previstos o alguna de sus categorías para esta edición podrán ser declarados desiertos en el caso que el Comité Científico lo considere oportuno.

Leyenda de Acreditaciones

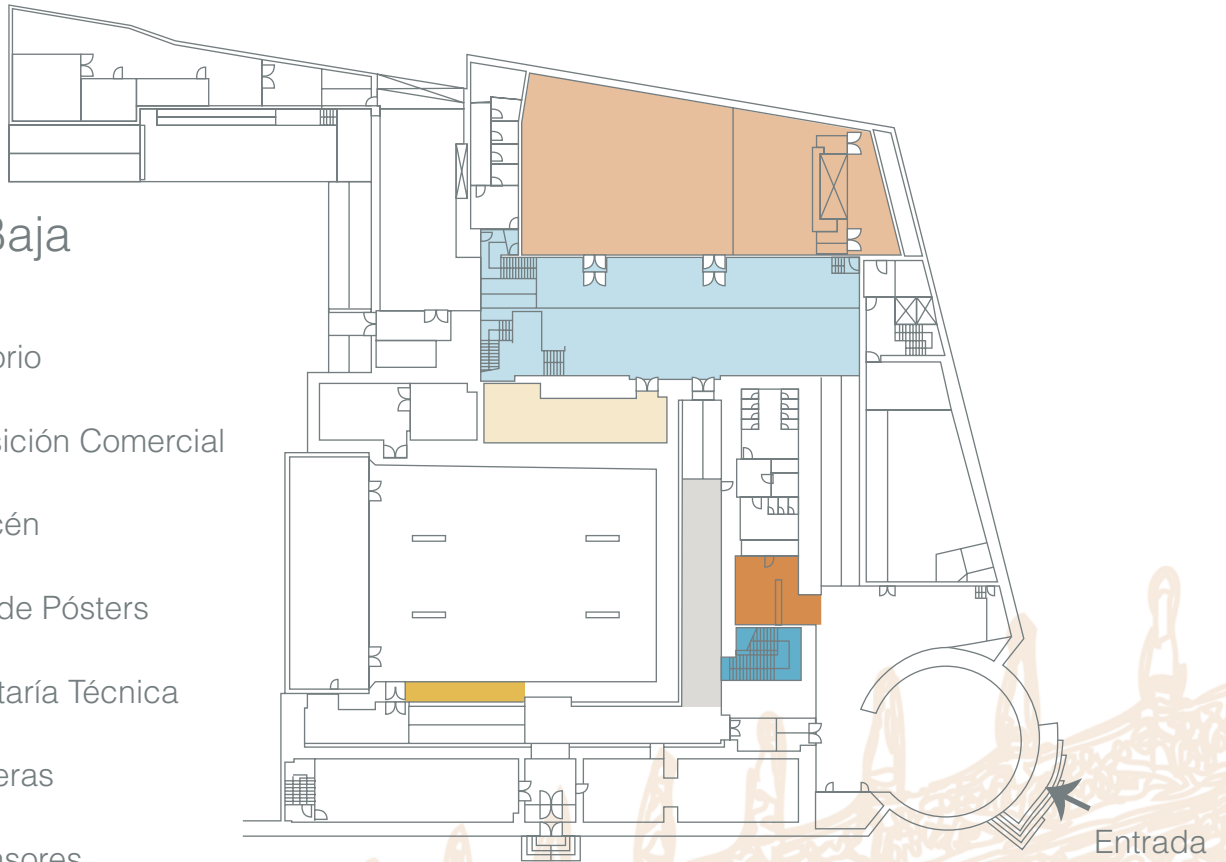
- **Rojo:** Comité
- **Azul:** Ponente
- **Verde:** Congresista
- **Amarillo:** Invitado
- **Malva:** Expositor
- **Gris:** Prensa
- **Blanco:** Secretaría Técnica

PLANOS

Plano de la Sede

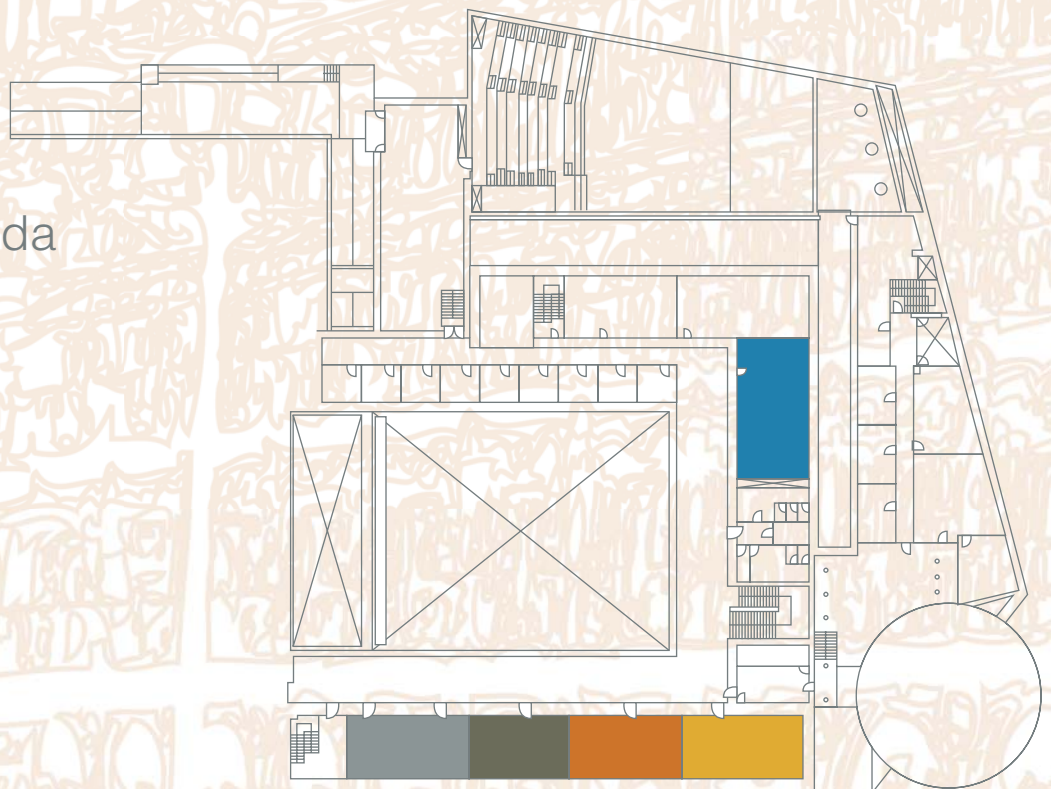
Planta Baja

- Auditorio
- Exposición Comercial
- Almacén
- Zona de Pósters
- Secretaría Técnica
- Escaleras
- Ascensores

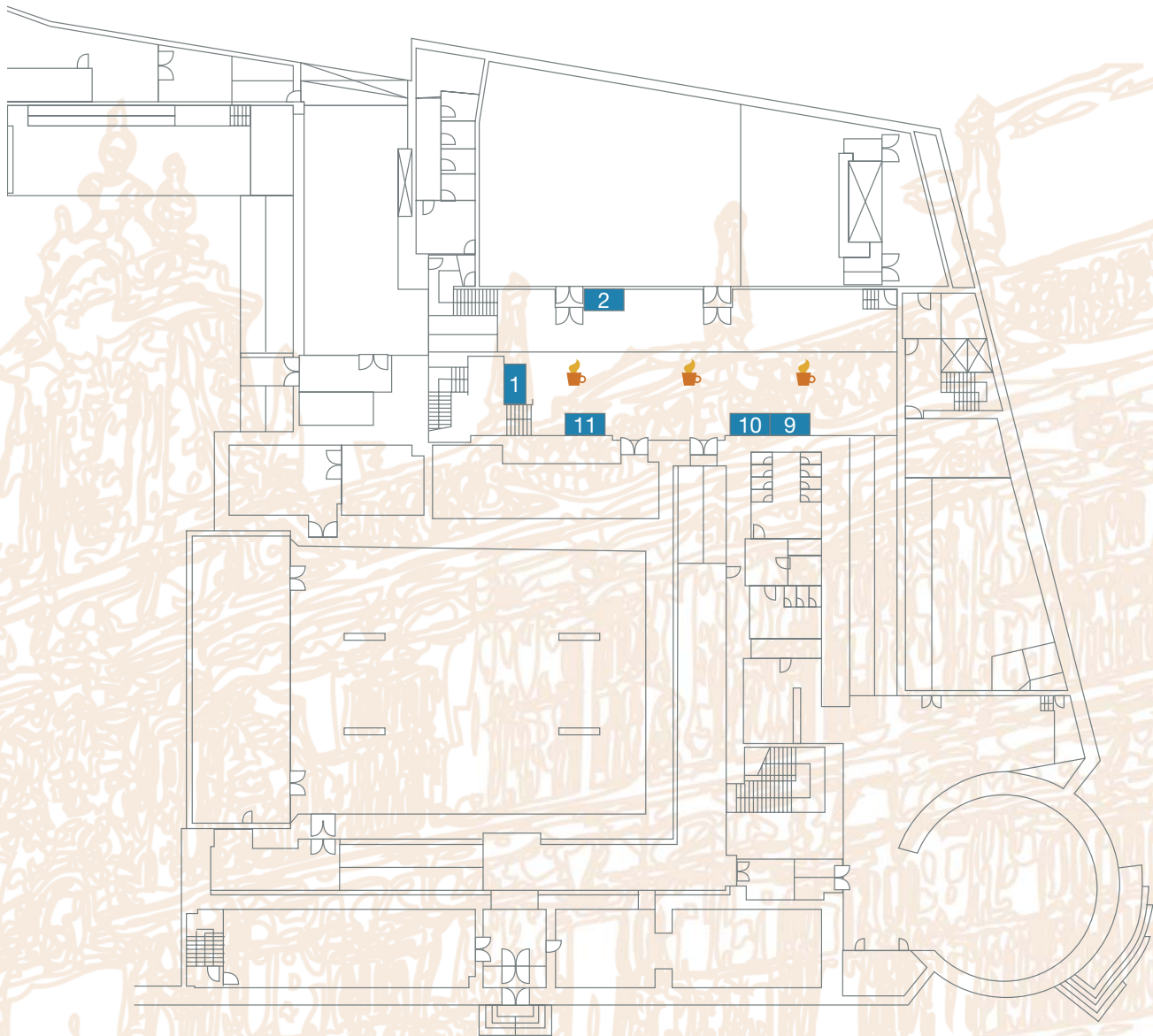


Planta Segunda

- Aula 2.3
- Aula 2.4
- Aula 2.5
- Aula 2.6
- Aula 2.7



Plano de Exposición Comercial



Leyenda stands

Nº	EMPRESA
1	BOEHRINGER INGELHEIM Y LILLY
2	ALIANZA BRISTOL -ASTRAZENECA
9	LILLY
10	LABORATORIOS VIÑAS, S.A.
11	JANSSEN

PROGRAMA CIENTÍFICO

Viernes 14 de Junio de 2013

16:00 -16:30 horas - **Inauguración de las I Jornadas Nacionales de Diabetes**

Sala Auditorio

16:30 - 18.00 horas - **Sesiones de actualización.**

Sala Auditorio

Moderadora:

Dra. D^a. Margarita Alonso Fernández

Médico de Familia. Centro de Salud La Eria. Oviedo. Asturias. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

16:30 - 17:15 horas - **Ponencia actualización 1: Prevención y abordaje de la Diabetes Mellitus tipo 2 mediante modificaciones en el estilo de vida.**

Ponente:

Dr. D. Javier Escalada San Martín

Especialista en Endocrinología. Departamento de Endocrinología y Nutrición de la Clínica Universitaria de Navarra.

17:15 - 18:00 horas - **Ponencia actualización 2: Diabetes tipo 2 en el anciano.**

Ponente:

Dr. D. José Javier Mediavilla Bravo

Médico de Familia. Centro de Salud Burgos Rural. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

18:00 - 18:30 horas - **Pausa-café**

18.30 - 20.00 horas - **Sesiones de actualización.**

Sala Auditorio

Moderadora:

Dra. D^a. Flora López Simarro

Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

18:30 - 19:15 horas - **Ponencia actualización 3: El papel de los GLP-1 en Atención Primaria.**

Ponente:

Dr. D. Francisco Javier García Soidán

Médico de Familia. Centro de Salud de Porriño. Pontevedra. Miembro de la REDGDPS.

19:15 - 20:00 horas - **Ponencia actualización 4: Cirugía como tratamiento en la Diabetes Mellitus tipo 2.**

Ponente:

Dr. D. Jordi Pujol Gebelli

Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Sábado 15 de Junio de 2013

08:00 - 08:50 horas - **Defensa de Comunicaciones**

Defensa de Comunicaciones orales 1

Sala Auditorio

Moderadores:

Dra. D^a. Margarita Alonso Fernández

Médico de familia. Centro de Salud la Eria. Oviedo. Asturias. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Dr. D. Francisco Carramiñana Barrera

Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Gerencia del Área de Salud de Badajoz-Zafra Llerena. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Defensa de Comunicaciones orales 2

Sala Aula 2.3

Moderadores:

Dra. D^a. Carmen Huidrobo Dosal

Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Dr. D. José Manuel Comas Samper

Médico de Familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Defensa de Comunicaciones orales 3

Sala Aula 2.5

Moderadores:

Dra. D^a. Ana de Santiago Nocito

Médico de Familia. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Guadalajara. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Dr. D. José Escribano Serrano

Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Cádiz. Miembro del Grupo de Diabetes de SEMERGEN.

09:00 - 10:00 horas - **Talleres simultáneos* (1ª sesión)**

10:00 - 11:00 horas - **Talleres simultáneos* (2ª sesión)**

10:00 - 14:00 horas - **Actividad Comunitaria. Jornadas Nacionales de diabetes SEMERGEN: Riesgo Cardiovascular.**

Plaza Los Bandos, Salamanca

10.00 horas - Inauguración Oficial

Sra. D^a. María José Fresnadillo

Concejala de Salud Pública del Ayuntamiento de Salamanca.

Responsables de la actividad:

Sra. D^a. Marina Cordón Rodríguez

Enfermera Centro de Salud Universidad Centro. Salamanca

Dr. D. Ignacio González Casado

Médico de Familia. Centro de Salud M^a Auxiliadora. Béjar. Salamanca

11:00 - 11:30 horas - **Pausa café**

11:00 - 11:30 horas - **Defensa de Comunicaciones Póster.**

Hall de la Sala Menor

Moderadores:

Dra. D^a. Carmen Huidrobo Dosal

Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Dr. D. Francisco Carramiñana Barrera

Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Gerencia del Área de Salud de Badajoz-Zafra Llerena. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

11:30 - 12:30 horas - **Talleres simultáneos* (3ª sesión)**

12:45 - 13:30 horas - **Encuentro con el experto: Nuevos fármacos en el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2: inhibidores de los SGLT2.**

Sala Auditorio

Moderador:

Dr. D. Javier Mediavilla Bravo

Médico de Familia. Centro de Salud Burgos Rural. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Ponente:

Dra. D^a. Olga González Albarrán

Especialista en Endocrinología. Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

13:30 - 14:00 horas - **Clausura de las I Jornadas Nacionales de Diabetes.**

Sala Auditorio

14:00 - 14:45 horas - **Almuerzo de Clausura**

Talleres simultáneos*

Taller 1:

Insulinoterapia en Diabetes Mellitus tipo 2.

Sala 2.3

Ponentes:

Dr. D. Antonio Hormigo Pozo

Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Dr. D. José Manuel Comas Samper

Médico de Familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Taller 2:

Determinación e interpretación del índice tobillo-brazo.

Sala 2.4

Ponentes:

Dr. D. Mateu Seguí Díaz

Médico de Familia. Unidad Básica de Salud Es Castell. Menorca. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes SEMERGEN.

Dr. D. Alfonso Barquilla García

Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria de Trujillo. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Taller 3:

Individualización del tratamiento en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2.

Sala 2.5

Ponentes:

Dr. D. José Mancera Romero

Médico de Familia. Centro de salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Dra. D^a. Celia Cols Sagarra

Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell Rural. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Taller 4:

Lectura de retinografías.

Sala 2.6

Ponentes:

Dr. D. José Escribano Serrano

Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Cádiz. Miembro del Grupo de Diabetes de SEMERGEN.

Dra. D^a. Paz Pérez Unanua

Médico de familia. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Taller 5:

Exploración del pie diabético.

Sala 2.7

Ponentes:

Dra. D^a. Flora López Simarro

Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Dra. D^a. Ana de Santiago Nocito

Médico de Familia. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Guadalajara. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Se desarrollarán 5 talleres de forma simultánea que se repetirán en tres sesiones para que cada asistente pueda asistir a tres talleres.

COMUNICACIONES ORALES

Sábado 15 de Junio 2013

08.00-08.50 horas Defensas de Comunicaciones orales 1

Sala Auditorio

Moderadores:

Dra. D^a. Margarita Alonso Fernández*Médico de familia. Centro de Salud la Eria. Oviedo. Asturias. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.***Dr. D. Francisco Carramiñana Barrera***Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Gerencia del Área de Salud de Badajoz-Zafra Llerena. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.*

103/1. ¿Qué fármacos utilizamos para tratar la Diabetes Mellitus tipo 2 en Atención Primaria?

Autores:

(1) Cols Sagarra, Celia; (2) Mancera Romero, José; (3) Iturralde Iriso, Jesús; (4) Hormigo Pozo, Antonio; (5) García Gallego, Francisco Antonio; (6) Fuster Bellido, Tomás.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Área Básica Sanitaria Martorell Rural. Barcelona.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Casco Viejo. Vitoria.; (4) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Puerta Blanca. Málaga.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Don Benito Este. Badajoz.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Gandia-Beniopa. Valencia.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer el tratamiento prescrito a los pacientes con diabetes tipo 2 de nuestros Centros de Salud.

Metodología

Estudio transversal, multicéntrico, observacional. Utilizando el historial clínico se recogió el tratamiento prescrito a una muestra aleatoria de pacientes con diabetes tipo 2 (N= 443), en 17 Centros de Salud.

Resultados

Edad media 68,9 años (DE=12), el 52% son mujeres. Evolución de la enfermedad 9,2 años (DE= 6,4). HbA1c media 7,38% (DCCT) (IC95% 7,24-7,52). De los pacientes tratados con monoterapia el 80% (IC95% 74,1-86,4) toma metformina, el 16,8% (IC95% 10,9-22,4) secretagogos y el 3% (IC95% 0,4-5,7) inhibidores de la DPP-4. La asociación más frecuente de dos fármacos orales es metformina + inhibidores de la DPP-4 (49%) (IC95% 39,2-58,8) y metformina + secretagogos (47%) (IC95% 37,2-56,8). La metformina forma parte del tratamiento del 70% (IC95% 65,7-74,2) de los pacientes mientras que solo el 1,1% recibe tratamiento con agonistas de GLP-1. El 29,1% (IC95% 24,7-33,1) están insulinizados, de ellos, el 56,6% la utiliza asociada a otros fármacos hipoglucemiantes. La pauta basal (52,3%; IC95% 43,7-61) y las mezclas (23,4%; IC95% 16,1-30,8) son las pautas más empleadas y la bolo basal la menos (10,2%; IC95% 4,9-15,4)

Conclusiones

Tal y como aconsejan las guías de práctica clínica, la metformina es el fármaco más prescrito en DM2. Como segundo fármaco asociado a la metformina, se utilizan secretagogos e Inhibidores de la DPP-4 en la misma proporción. En los pacientes insulinizados, las pautas intensivas son las menos empleadas.

103/6. Presencia de comorbilidades en pacientes con diabetes de un centro de salud urbano.

Autores:

(1) Muñoz González, Lorena; (2) Baca Osorio, Antonio; (2) Sánchez Pérez, María Rosa; (2) Kuhn González, María; (3) Hormigo Pozo, Antonio; (4) Mancera Romero, José.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

RESUMEN:

Objetivos

La coexistencia de patología vascular en pacientes con diabetes es muy frecuente y su presencia modula el nivel de riesgo.

Nuestro objetivo es conocer qué factores de riesgo vascular y qué complicaciones (macro y microvasculares) están presentes en las personas incluidas en el proceso asistencial integrado (PAI) diabetes de nuestro centro.

Metodología

Estudio descriptivo transversal. Auditoría. Centro de salud urbano con 40.000 habitantes. 20 médicos de familia. Hay 2554 personas incluidas en el PAI diabetes. Muestreo aleatorio sistemático con 426 casos seleccionados, con representación proporcional a las personas con diabetes de cada cupo médico. Año 2012. Variables: factores de riesgo vascular (hipertensión y dislipemia), complicaciones macrovasculares: cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral y enfermedad arterial periférica) y complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía). Los datos se recogen de la historia clínica digital (lista de problemas). Medidas de frecuencia y de asociación.

Resultados

426 pacientes. Edad media de 66 años (DE 12,8), 53% mujeres.

En 329 pacientes (77%) aparece algún tipo de patología vascular.

Tipo de comorbilidades:

Hipertensión arterial: 251 (59%), dislipemia 168 (39%), cardiopatía isquémica 50 (12%), enfermedad vascular cerebral 23 (5%), enfermedad arterial periférica 9 (2%), retinopatía diabética 36 (8%), nefropatía 25 (6%) y neuropatía 14 (3%).

No hubo diferencias significativas entre sexos. A mayor edad más comorbilidades.

Número de comorbilidades:

Sin patología 97 (23%), una patología 163 (38%), dos patologías 109 (26%), tres patologías 39 (9%), cuatro patologías 17 (4%) y con cinco patologías 1.

No hubo diferencias significativas entre sexos.

Conclusiones

1. Probablemente haya una falta de registro de ciertas patologías.
2. La hipertensión está presente en 2/3 de nuestros pacientes.
3. Se hace necesario insistir en el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica y la neuropatía.

103/8. Antiagregación en diabetes, ¿Lo estamos haciendo bien?

Autores:

(1) Pérez Unanua, M^a Paz; (2) Rodríguez Valderrama, Carlos; (3) Muñoz González, Yolanda; (3) Roca Guardiola, Manuel.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Do Norte. Madrid.; (2) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Madrid.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Madrid.

RESUMEN:**Objetivos**

Analizar cuantos pacientes diabéticos reciben tratamiento antiagregante y valorar si la indicación se ajusta a las recomendaciones actuales de las sociedades científicas.

Metodología

Estudio descriptivo transversal, historia clínica informatizada. Diabéticos de cupo urbano de 1839 pacientes. Parámetros analizados: sexo, edad, años evolución de la diabetes, control metabólico, microalbuminuria, presencia de enfermedad cardiovascular asociada, tabaco, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y antiagregación.

Resultados

Se analizaron 74 pacientes diabéticos (5.4 % pérdidas), el 61.4 % eran varones y 38.6 % mujeres, edad media 62.3 años, tiempo medio de evolución de la diabetes de 6.1 años. Los pacientes en prevención secundaria eran el 21.4 % (IC95% 11.8-31) y estaban correctamente antiagregados el 100 %, 6.6% anticoagulado. Los pacientes sin enfermedad cardiovascular asociada era el 88.6 % (IC95% 81.2-96), de este grupo de pacientes, el 21.8% (IC95% 10.9-32.7) estaban antiagregados como medida de prevención primaria. Un 75% (IC95% 50.5-99.5) de los diabéticos antiagregados en prevención primaria seguían las recomendaciones de la ADA. El 75.8 % de los pacientes antiagregados estaban en tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS).

Conclusiones

La antiagregación en la diabetes es una opción terapéutica discutida, la Asociación Americana de Diabetes (ADA) muestra una posición proclive al uso de antiagregantes en pacientes diabéticos pero tanto la European Association for the Study of Diabetes (EASD) como la European Society of Cardiology (ESC) muestran su desacuerdo en el tratamiento con AAS en prevención primaria, ya que no existen suficientes evidencias científicas para esta recomendación y la relación riesgo-beneficio sería desfavorable por aumento del riesgo hemorrágico. La antiagregación de los pacientes diabéticos en prevención secundaria es adecuada y prácticamente universal pero se deberían revisar las indicaciones de antiagregación en los pacientes diabéticos en prevención primaria.

103/24. Diabetes como factor de riesgo de hospitalización por gripe (Proyecto GR09/0030).

Autores:

(1) Martín Sánchez, Vicente; (2) Castilla Catalán, Jesús; (3) Godoy García, Pere; (4) Tamames Gómez, Sonia; (5) Delgado Rodríguez, Miguel; (6) Domínguez García, Ángela.

Centro de Trabajo:

(1) Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de León.; (2) Instituto de Salud Pública de Navarra. Pamplona.; (3) Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.; (4) Dirección General de Salud Pública. Desarrollo e Innovación. Junta de Castilla y León. Valladolid.; (5) Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Jaén.; (6) Departament de Salut Pública, Universitat de Barcelona.

RESUMEN:**Objetivos**

La vacunación anual frente a la gripe está recomendada en los pacientes con diabetes por el elevado riesgo de complicaciones. Sin embargo, las coberturas vacunales son subóptimas. El objeto del presente estudio es conocer el riesgo de hospitalización por gripe en pacientes diabéticos.

Metodología

Estudio casos y controles multicéntrico (36 hospitales de 7 CC.AA.). Temporadas 2009-10 y 2010-11. Los casos hospitalizados y ambulatorios fueron confirmados por RT-PCR. Los controles se aparearon por edad, fecha de hospitalización y provincia de residencia. Por cada caso hospitalizado (CaH) se seleccionó un caso ambulatorio (CaA) confirmado de gripe y un control ambulatorio (CoA). Mediante regresión logística no condicional se calculó el riesgo de hospitalización por gripe en los pacientes diabéticos ajustando por posibles variables confusoras (ORa). Se calculó la fracción atribuible (FA) como $((ORa-1)/ORa)*100$.

Resultados

La prevalencia observada de diabetes fue del 17,6% (120/682), 3,9% (29/739) y 9,9% (89/900 en CaH, CaA y CoA, respectivamente. La diabetes se asoció a mayor riesgo de hospitalización por gripe en la comparación con CaA (ORa=3,76; IC95%=2,16-6,53) y con los CoA (ORa=2,33; IC95%=1,54-3,51) y las FA's resultaron del 73% y 57%, respectivamente. El 19,1% (22/115) de los CaH, el 32,0% (8/25) de los CaA y el 45,1% (37/82) de los CoA estaban vacunados de la gripe. Entre los no vacunados de gripe la diabetes se asoció a un riesgo de hospitalización 5,96 veces mayor en la comparación con los CaA y de 2,21 mayor en comparación con los CoA. Las FA's fueron del 83% y 55%, respectivamente. No se observó aumento significativo del riesgo de hospitalización en diabéticos vacunados.

Conclusiones

El riesgo de hospitalización por gripe en los diabéticos es elevado. Deberían realizarse esfuerzos para aumentar las coberturas vacunales en estos pacientes.

Sábado 15 de Junio 2013

08.00-08.50 horas **Defensas de Comunicaciones orales 2**

Sala Aula 2.3

Moderadores:

Dra. D^a. Carmen Huidrobo Dosal

Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Dr. D. José Manuel Comas Samper

Médico de Familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

103/4. Tratamiento con insulina en pacientes con diabetes de un centro de salud urbano.

Autores:

(1) Muñoz González, Lorena; (1) Pérez Castro, Mercedes; (2) Paniagua Gómez, Francisca; (2) Sánchez Pérez, María Rosa; (3) Hormigo Pozo, Antonio; (4) Mancera Romero, José.

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga. Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

RESUMEN:**Objetivos**

Nuestro objetivo es conocer qué insulinas y en qué asociaciones utilizan las personas con diabetes del centro de salud.

Metodología

Estudio descriptivo transversal. Auditoría. Centro de salud urbano con 40.000 habitantes. 20 médicos de familia. Hay 2554 personas incluidas en el PAI diabetes. Muestreo aleatorio sistemático con 426 casos seleccionados, con representación proporcional a las personas con diabetes de cada cupo médico. Año 2012. Clasificamos a las insulinas de la siguiente manera: insulina NPH, insulina NPL (basal), lentas, mezclas y rápidas. Medidas de frecuencia y asociación.

Resultados

426 pacientes. Edad media de 66 años (DE 12,8), 53% mujeres. 100 pacientes (23,5%) utilizan insulinas.

Tipo de insulinas:

Insulina NPH: 10 (7 solas y 3 asociadas a otra insulina).

Insulina NPL (basal): 14 (13 solas y una asociada)

Insulinas lentas: 59 (35 solas y 24 asociadas a otra insulina).

Insulinas mezcladas: 20 (14 solas y 6 en asociación).

Insulinas rápidas: 26 (todas ellas asociadas a otra insulina).

Con respecto al número de insulinas utilizadas: 69 pacientes usan solamente un tipo de insulina y 41 algún tipo de asociación de insulinas.

No hubo diferencias en cuanto al sexo.

Conclusiones

1. Discreta utilización de las insulinas en el tratamiento de la diabetes en nuestro centro.
2. Las insulinas lentas son las más utilizadas.
3. Nuestros datos son parecidos a los obtenidos en el Distrito Sanitario y en la Comunidad Autónoma.

103/12. Características de los pacientes diabéticos de origen magrebí atendidos en un centro de atención primaria.

Autores:

Miravet Jiménez, Sonia; Migueles García, Susana; Cols Sagarra, Cèlia; Salvador Gareta, Juan Daniel; Jiménez Jiménez, Carmen María; Maya López, Jericó Ahiram.

Centro de Trabajo:

Área Básica de Salud Martorell. Barcelona.

RESUMEN:**Objetivos**

Conocer las características principales de los pacientes diabéticos de origen magrebí atendidos en un centro de atención primaria y analizar los factores determinantes del mal control metabólico en esta población.

Metodología

Estudio descriptivo transversal realizado en un centro de atención primaria. N: 31 pacientes magrebíes del total de pacientes DM2 asignados al centro. Se han recogido de la historia clínica del paciente variables demográficas, años de evolución de la DM2, grado de control metabólico, tratamientos utilizados, despistaje de retinopatía y nefropatía diabéticas, grado de frecuentación (nº visitas para control de DM2/año). Análisis: media y DE en variables cuantitativas, proporciones en variables cualitativas. Chi cuadrado para proporciones y pruebas no paramétricas.

Resultados

Sexo: 51,6% mujeres. Edad: 50,9 años (DE 11,43). Años de evolución DM2: 3,23 (DE 2,46). Tienen realizado el cribado ocular el 80,6% de los pacientes (71% fondo de ojo normal). Tienen

determinado el índice alb/creat el 20% de los pacientes. HbA1c media 7,49 (DE 1,11). Pacientes con HbA1c >7%: 57,1% (de los cuales el 29% reciben tratamiento con antidiabéticos orales (ADO) y 43% con ADOs e insulina). Presentan mayor frecuentación los pacientes mal controlados (8,31 vs 6,83) sin alcanzar la significación estadística. Los pacientes con mal control metabólico, tienen más años de evolución de la enfermedad ($p < 0.001$). No se ha encontrado relación entre la presencia de retinopatía y mal control metabólico.

Conclusiones

Los pacientes diabéticos magrebíes de nuestro centro son relativamente jóvenes, con pocos años de evolución de la enfermedad y escasa realización de despistaje de nefropatía diabética. El mal control metabólico está relacionado con más años de evolución de la DM2.

103/18. Comparación de la Función Renal entre pacientes hipertensos no diabéticos y diabéticos tipo 2 sometidos a MAPA.

Autores:

(1) García Gallego, Francisco Antonio; (2) Matías Orozco, Nicolás; (3) Cordero Hernández, Teresa; (4) Pérez Castán, José Fernando; (5) Velasco Bernardo, Miguel Ángel; (6) Baños Regalado, Laura.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Don Benito Este. Badajoz; (2) Medico residente de Medicina de Familia.; (3) Medico de Familia. Area de Salud de Badajoz; (4) Médico de Familia. Tecnico de Salud. Gerencia Don Benito-Merida; (5) DUE de CS Don Benito Este; (6) DUE del CS Don Benito Este.

RESUMEN:**Objetivos**

Valorar la función Renal mediante estimación del filtrado glomerular según función MDRD entre dos poblaciones de hipertensos, diabéticos y no diabéticos tipo 2.

Metodología

Estudio observacional y trasversal en pacientes hipertensos con y sin diabetes tipo 2, sometidos a MAPA en nuestro Centro de Salud. Se han recogido 104 pacientes con HTA, 52 de ellos diabéticos tipo 2 y otros 52 no diabéticos. Para el análisis de datos se usó el paquete estadístico SPSS 10. Para el contraste de hipótesis se ha usado la T de Student para medias comparadas

Resultados

De los 104 pacientes un 62 % eran hombres y un 38 % mujeres con proporción similar en ambos grupos y un 74 % de edades comprendidas entre los 45 y los 75 años. El valor medio de MDRD obtenidos en los hipertensos no diabéticos ha sido de 73,61 ml/m, con un IC de 63,12, -84,09, mientras que en los hipertensos diabéticos ha sido de 80,77 ml/m con un IC de 70,97-90,58. Con una $p: 0.3$

Conclusiones

No se han observados diferencias significativas de Filtrado Glomerular entre ambos grupos.

103/20. Descompensación diabética en una anciana por tratamiento con esteroides.

Autores:

(1) Sánchez Nava, Gabriel; (1) Reynoso de los Santos, Karina; (1) Fuentes Mendoza, Ruben Cristino; (2) Muruaga Campos, Miriam; (3) Martín Chamorro, Ana.

Centro de Trabajo:

(1) Medico de Atención Primaria. Los Navalmorales. Toledo; (2) Medico geriatra; (3) Atención Primaria.

RESUMEN:**Descripción del Caso**

Mujer de 92 años, con severa pluripatología y deterioro orgánico con déficit cognitivo asociado. Desde hace unos días presenta tumefacción y dolor en hemifacies derecha, en probable relación con patología obstructiva de parótida; inicia tratamiento con amoxicilina/clavulínico. Se envía a urgencias hospitalarias por empeoramiento general.

Antecedentes.

No alergias conocidas.

HTA, dislipemia, obesidad, DM2 de larga evolución (con lesión de órganos diana: neuropatía, nefropatía y retinopatía)

Nefropatía diabética estadio IV, insuficiencia renal crónica con hiperparatiroidismo secundario.

Enfermedad de Paget, artrosis y afectación ósea incapacitante.

Anemia de trastornos crónicos.

Insuficiencia cardíaca congestiva crónica.

Valvulopatía degenerativa (insuficiencia mitral y tricuspídea.)

Hipertensión pulmonar moderada.

Fibrilación auricular en tratamiento con betabloqueantes y antiagregada.

Ingresos hospitalarios previos con cuadros cetósicos.

Histerectomía por miomatosis.

Prótesis de cadera derecha.

Infecciones respiratorias y urinarias de repetición.

Tratamiento habitual.

Amlodipino 10 mgs, AAS 100 mgs, Carvedilol 6,25 mgs, Furosemida 40 mgs, Fentanilo parches 25mcg/h, Nitroparches 10 mgs. Omeprazol 40 mgs, Laxantes, Insulina glargina, insulina lispro. Alopurinol 100 mgs, Hidroxizina 25 mgs, paracetamol 1 gr y Metamizol 575 mgs.

Evolución.

Es valorada en urgencias de ORL, instaurando tratamiento con esteroides orales, analgésicos y antibióticos, siendo dada de alta para continuar tratamiento domiciliario. Tiene empeoramiento del estado general y elevación severa de glucemia capilar, por lo que se deriva nuevamente al hospital, decidiéndose ingreso.

Exploración y Pruebas Complementarias

La palpación de tumoración facial, es dolorosa, empastada, no móvil y causa deformidad.

Analítica al ingreso: Glucosa 593 mg/dl; Urea 261; Creatinina 3,79; Sodio 134, Potasio 6,09;

Hb 6,6; Hematocrito 20,5; Leucos 10.900.

Se realizó ecografía tiroidea encontrándose imágenes sugestivas de BMN e imagen de sialolitiasis parotídea derecha.

Durante su estancia se completó tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulínico. Además presentó hipoglucemias repetidas en la madrugada y episodio de broncoaspiración, tras la ingesta oral durante bajo nivel de consciencia.

Se inició tratamiento intravenoso con clindamicina por broncoaspiración, se modificó el horario de administración de insulina glargina con disminución de dosis. Precisó transfusión de cuatro concentrados de hemáties.

Analítica al alta. Glucosa 338 mg/dl; Urea 123; Creatinina 2,30; Sodio 141; Potasio 4,38;

Hb 10,4; Hematocrito 10,4;

Juicio Clínico

Diabetes Mellitus tipo 2, con descompensación de origen metaesteroideo.

Comentario Final

Nos hallamos ante una paciente pluripatológica con severa afectación y alto riesgo de descompensación, llegando a la indicación de insulización en terapia bolo basal como mejor opción, tras antecedentes de tratamiento con otras pautas (basal, mezclas, basal plus) sin control adecuado y elevada incidencia de hipo e hiperglucemias, con cetosis asociada.

La situación de cetosis, es una alteración metabólica atípica en una diabetes tipo 2 de inicio, que hizo plantearse el diagnóstico de encontrarnos ante una diabetes tipo 1 del adulto (LADA). No confirmada mediante estudio de anticuerpos (anti-GAD, ICA e IAA) ni determinación del péptido-C.

Ante una paciente con un acumulo tan extenso de patologías asociadas, refuerza la necesidad e indicación de realizar un abordaje individualizado orientado al mantenimiento de la capacidad funcional y mejor calidad de vida posible evitando el encarnizamiento terapéutico.

Bibliografía

- ▶ www.fisterra.com/guias-clinicas/diabetes-mellitus-2/ acceso 15 de mayo 2013
- ▶ www.diabeteshospitalcordoba.com/2012/06/28/diabetes-mellitus-tipo-lada/ acceso 15 de mayo 2013
- ▶ www.redgdps.org/gestor/upload/file/guias/guia_gedapspractica-clinica-2010.pdf acceso 15 de mayo 2013

Sábado 15 de Junio 2013

08.00-08.50 horas **Defensas de Comunicaciones orales 3**

Sala Aula 2.5

Moderadores:

Dra. D^a. Ana de Santiago Nocito

Médico de Familia. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Guadalajara. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Dr. D. José Escribano Serrano

Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Cádiz. Miembro del Grupo de Diabetes de SEMERGEN.

103/13. *Las diabetes, una variedad evidente...*

Autores:

(1) González Martín, Pablo; (2) de Menezes Falcao, Anna; (2) Maquiera Díez, María Elena.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud El Cristo. Oviedo.; (2) Médico Interno Residente de Familia. Centro de Salud El Cristo. Oviedo.

RESUMEN:**Descripción del Caso**

Varón, 39 años. Consulta a su médico de atención primaria por cuadro catarral y afectación del estado general. Obesidad (IMC=57'18 hace 11 años). Fumador de 23 paquetes/año. Exbebedor de 20 gramos de alcohol/ día hace 1 año.

Hace una década pesaba 175 Kg y había perdido 35 Kg de manera progresiva con dieta hasta el año pasado. Desde entonces refiere pérdida de 60 Kg de peso, polidipsia (>4 litros de agua al día) y poliuria, acompañándose de astenia y dolores tipo "quemazón" en miembros inferiores en los últimos 2-3 meses.

Se realiza una glucemia capilar, siendo de 411mg/dl y se deriva a urgencias hospitalarias.

Se decide ingreso.

Exploración y Pruebas Complementarias

Al ingreso: Peso: 84Kg, Talla: 175 cm, (IMC: 27´45) FC: 91 lpm, TA: 118/78, Afebril. Hepatomegalia no dolorosa de 4 traveses de dedo y abundantes estrías cutáneas blanquecinas abdominales.

Analítica (ingreso): Hemograma normal, Glucosa: 323 mg/dl, Función renal normal, Amilasa: 44, Lipasa: 23, FA: 107, ALT: 19, Bilirrubina total <1. pH: 7´37, HCO₃⁻: 25´2. Coagulación: normal. Orina: Glucosa: +++++, Cuerpos cetónicos: ++, Leucocitos: -. TSH: 2´24 (Normal). Colesterol total: 194, HDL: 30, Triglicéridos: 118, LDL: 140. HbA1C: 14%.

Durante el ingreso: Fondo de ojo: Normal. Ecografía abdominal: Esteatosis hepática grado I.

Al 5º día: Péptido C: 1´01 (1´10-4´40) con una glucemia capilar de 268 mg/dl.

Al alta, diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 pendiente de anticuerpos antipancreáticos. Se inicia educación diabetológica y se pauta tratamiento: Metformina 850 mg 2 al día e Insulina mezcla subcutánea dos administraciones/día a dosis de 0,4 UI/Kg de peso.

Resultado de Anticuerpos: Anti glutámico descarboxilasa (anti-GAD): 66´47 (0-10), Anti insulina, Anti IA2, Anti transglutaminasa IgG e IgA: Indetectables con IgA <0´07 (0´8-4´41).

Finalmente se diagnostica al paciente de Diabetes Autoinmune Latente del Adulto y se modifica el tratamiento: Insulina-Glargina con análogo de rápida tres administraciones/día, retirándose Metformina.

Juicio Clínico

Diabetes Autoinmune Latente del Adulto.

Comentario Final

Diabetes Mellitus (DM) de reciente diagnóstico. La obesidad y sus 38 años de edad orientarían a una diabetes tipo 2. Sin embargo, la clínica larvada de un año de evolución, con síntomas cardinales y la gran pérdida ponderal, sugiere un patrón clínico de insulinopenia más propio de Diabetes tipo 1. En cualquier caso, se plantean dudas diagnósticas, por lo que se recurre a la determinación de anticuerpos antipancreáticos y a las pruebas de reserva pancreática (Péptido C).

La positividad para las pruebas autoinmunitarias (anti GAD), así como el curso clínico insidioso y la necesidad de insulinoterapia temprana en un paciente adulto joven, permite hacer el diagnóstico de Diabetes Autoinmune Latente del Adulto (LADA).

La clasificación clásica de la diabetes (tipo 1 y 2) supone una controversia en aquellos casos atípicos que forman parte de un espectro intermedio. Aunque la DM tipo LADA no está incorporada en la clasificación actual de la Diabetes, sus características clínicas permiten definirla como una entidad diferenciada. Es importante tenerla en cuenta en aquellos casos de "DM tipo 2" que evolucionan desfavorablemente o ante un debut clínico atípico.

Establecer un diagnóstico etiológico preciso facilitará la comprensión de los cambios que ocurrirán con el tiempo y un mejor control evolutivo de la enfermedad.

Bibliografía

- ▶ Serra E. Diagnóstico y manejo del paciente adulto con diabetes tipo 1A al inicio de la enfermedad. *Av Diabetol* 2013; 29 (2): 36-43.
- ▶ American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2013; 36, Supl 1.
- ▶ Fernández-Real JM, Ricart W, Algoritmo diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2. *Endocrinol Nutr.* 2006; 53 (Supl 2): 7-9.
- ▶ Figuerola Pino D, Reynals de Blasis E, Ruiz M, Ruiz Morosini ML, Vidal-Puig A, Castaño González I. Diabetes Mellitus. En Farreras Rozman editores. *Medicina Interna.* 16 ed. Barcelona: Elsevier; 2009. p 1955-1988.

- ▶ Powers AC. Diabetes Mellitus. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, editores. *Harrison Principios de Medicina Interna.* 16 ed. Mc Graw-Hill Interamericana; 2005. Vol. 2. p 2367-2397.
- ▶ Torres Barea I, López Tinoco C, Aguilar Diosdado M. Algoritmo diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 1. *Endocrinol Nutr.* 2006; 53 (Supl 2): 1-3.

103/19. Mal control glucémico en paciente obesa y diabética tipo 2 insulinodependiente.**Autores:**

- (1) Pineda Pérez, María Soledad; (2) Muñoz Sanz, Macarena; (3) Aberturo Alias, Mercedes; (3) Yanguas Moreno, Vanessa; (3) Moreno Moreno, Ana.

Centro de Trabajo:

- (1) Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz; (2) Médico Residente de 4º año. Centro de Salud San Roque. Badajoz; (3) Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

RESUMEN:**Descripción del Caso**

Paciente mujer de 72 años con antecedentes personales de HTA, DM Tipo II (Diagnosticado en 2005), DLP, exfumadora desde hace 6-7 años, hipotiroidismo, SAOS con CPAP nocturno, Obesidad mórbida. Tratamiento: Metformina, Glimepirida, Insulina glargina, Insulina lispro. Nos llega a consulta con un mal control glucémico a pesar del tratamiento. Nos planteamos la introducción de la liraglutida en su tratamiento.

Exploración y Pruebas Complementarias

Exploración física normal. Exploración del pie diabético: la inspección, la prueba del diapason, los reflejos osteotendinosos, el monofilamento y el índice tobillo-brazo fueron normales. Se cursa interconsulta a Oftalmología, fondo de ojo: no edema de papila, no hemorragia retiniana. Diagnosticándose de una Retinopatía Hipertensiva Grado I y descartamos la retinopatía diabética.: Glucosa 208 mg/dl, Hemoglobina Glicosilada 8.3%, Filtrado glomerular normal, microalbuminuria 25.63 mg/l, colesterol total en el límite alto, transaminasas elevadas, resto normal.

Juicio Clínico

Paciente DM Tipo II mal controlada en la que introducimos liraglutida.

Comentario Final

Paciente con obesidad con IMC de 44 con importantes limitaciones para las actividades de la vida diaria, con DM Tipo II con marcado aumento de peso desde que inicio el tratamiento con Insulina además de un mal control metabólico con hemoglobina glicada elevada, por lo que consideramos que se beneficiara mas de los análogos de GLP I, sobre todo por la pérdida de peso que originan que sería importante para disminuir la comorbilidad asociada (ICC, HTA). Liraglutida iniciando con dosis de 1.2mg una vez al día .

El análogo GLP-1 tiene una semivida de 12 horas. Se administra por vía subcutánea una sola vez al día, en dosis de 2 mg. Produce una recuperación de la primera fase de la secreción de insulina en el paciente con DM tipo 2, una mejora de la función de la célula β pancreática y un decremento de la Hb A1c del 1-1,5%. También disminuye la secreción de glucagón postprandial y modifica el apetito, observándose una pérdida ponderal continuada en buena parte de los pacientes. Sus efectos secundarios son náuseas y diarrea de intensidad leve a moderada pero frecuentes. La administración conjunta con sulfonilureas se asocia a un mayor riesgo de hipoglucemia, por lo que se aconseja reducir la dosis de esta última al combinar el tratamiento con liraglutida.

En el control a los 2 meses presento mejoría, con una pérdida de peso de 7kg, IMC 42.46, Glucosa 181 mg/dl, Hemoglobina Glicosilada 7.8%, Función renal normal, había comenzado a realizar ejercicio.

Continuo bajando de peso después de suspender la insulina glargina además de controlar las cifras de glucemia.

Bibliografía

Manejo terapéutico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. Antidiabéticos orales. M.V. Romero Reya, J.M. Álvarez Gutiérrez, E. Gómez Lucas
Medicine. 2012;11(18):1073-81

103/21. Diabetes con patología autoinmune e infección respiratoria.

Autores:

(1) Sánchez Nava, Gabriel; (2) Reynoso de los Santos, Karina; (3) Muruaga Campos, Miriam; (2) Fuentes Mendoza, Ruben Cristino; (1) Babiano Coronel, Gregorio.

Centro de Trabajo:

(1) Medico de Atención Primaria. Los Navalmorales. Toledo;
(2) Médico de Familia. La Puebla de Montalban. Toledo;
(3) Medico geriatra. La Puebla de Montalban. Toledo.

RESUMEN:

Descripción del Caso

Mujer de 67 años que acude a su médico por tos con expectoración verdosa, malestar general, dolor interescapular que aumentaba al toser, febrícula y disnea progresiva desde hace 7 días.

Antecedentes.

No alergias medicamentosas.

HTA, DM, diagnosticada hace 10 meses.

Dislipemia.

Posible lipoatrofia de origen autoinmune en relación con administración de insulina.

Asma bronquial.

Dolor torácico con cambios electrocardiográficos.

Hipotiroidismo primario autoinmune.

Dolor torácico con cambios electrocardiográficos.

Artritis reumatoide.

Síndrome depresivo.

Tratamiento habitual.

Tiotropio, fluticasona/salmeterol 50/500 mcg, lorazepam 1 mg, levotiroxina 100 mcgs, Leflunamida 20 mgs. Irbesartan 150 mgs, vitamina D3, AAS 100 mgs, omeprazol 20 mgs, Insulina levemir, insulina aspart, simvastatina 20 mgs. Tratamiento reciente por infección tuberculosa latente.

Exploración y Pruebas Complementarias

A la llegada a urgencias de centro de salud se hallan signos de deshidratación. Glucemia capilar 400 mg/dl, cetonuria +++. Auscultación cardiaca normal, auscultación pulmonar con disminución de murmullo vesicular y estertores crepitantes en base derecha. Se inicia rehidratación intravenosa con suero salino, oxigenoterapia y se deriva a hospital.

Bioquímica. Glucosa 573 mg/dl. Sistemático orina. 1.000 mg/dl, Cuerpos cetónicos 50 mg/dl

Gasometría arterial. pH 7,45; pCO₂ 42; pO₂ 59; HCO₃ 29,9; Saturación 91,4%.

Rx tórax. Dudoso infiltrado en llingula.

TAC. Sin hallazgos relevantes.

Zielh negativo, cultivo positivo para Sereptococo hemolítico sensible a quinolonas, Cultivo de hongos positivo para candidiasis.

Juicio Clínico

Infección respiratoria de vías bajas en contexto de diabetes e inmunosupresión por tratamiento de artritis reumatoide.

Descompensación hiperglucémica con cetoacidosis.

Los previos.

Comentario Final

Paciente con pluripatología de base autoinmune, polimedicada y con alto riesgo de descompensación de diabetes, unido a tratamiento inmunosupresor de artritis reumatoide y

posible iatrogenia en forma de infección respiratoria, empeoramiento del cuadro asmático y descompensación general. Se retira del tratamiento inmunosupresor con leflunamida, reajuste del tratamiento global y se pauta terapia insulínica bolo-basal con levemir 25-0-10 y novorapid 10-10-8.

Desde nuestra perspectiva como médicos de atención primaria y en base al trastorno autoinmune con rápida descompensación glucémica e indicación de tratamiento insulínico desde el inicio, planteamos la posibilidad de hallarnos ante una diabetes de tipo 1 del adulto (LADA) en el contexto de una afectación poliglandular (pancreática y tiroidea) y a nivel de aparato locomotor.

Bibliografía

- ▶ www.fisterra.com/guias-clinicas/diabetes-mellitus-2/ acceso 15 de mayo 2013
- ▶ www.fisterra.com/guias-clinicas/artritis-reumatoide/ acceso 15 de mayo 2013
- ▶ www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol27_neumonia.pdf acceso 15 de mayo 2013
- ▶ [www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Patients/Medications/Leflunomide_\(Arava\)/](http://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Patients/Medications/Leflunomide_(Arava)/) acceso 15 de mayo 2013
- ▶ Mediavilla JJ, Aguirre JC, Carramiñana FC; Carrión L, Cols C, Comas JM, et. al Guías clínicas diabetes tipo 2. SEMERGEN. Badalona: Plus Medica Alianza, A.I.E.; 2011.

103/25. Retinografía no midriática en una Zona Básica de Salud

Autores:

Muñoz Sanz, Macarena; Berrocal Acevedo, Ángela María; Guillén Álvarez, Paloma; Cayetano Cordero, Rocío; Mellado Vázquez, Isabel María.

Centro de Trabajo:

Médico Residente. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

RESUMEN:

Objetivos

En la evolución de la Diabetes Mellitus (DM) pueden aparecer complicaciones como la Retinopatía Diabética (RTPDM). El objetivo de este trabajo es describir los datos de los diferentes estadíos de la enfermedad con respecto al sexo, en los pacientes con RTPDM detectados en el Programa de Retinografía no midriática (RTGNM) de la Junta de Extremadura en un Centro de Salud Urbano (CSU).

Metodología

Estudio descriptivo transversal en el que se recogen los datos del último año de los pacientes de un CSU y se les realiza una RTGNM. Los resultados de la RTGNM son recogidos por los enfermeros del citado CSU.

Realizamos estudio estadístico con programa SPSS y evaluamos: valores de medias, desviación típica, valor máximo, valor mínimo y porcentaje con respecto del total, para cada categoría de RTPDM y por sexo.

Resultados

Obtenemos los siguientes valores para cada categoría de RTPDM y por sexo:

TABLA 1

SEXO

VARÓN-MUJER

-Normal.....	74,0%-77,1%
-Leve.....	12,2%-11,9%
-Moderada.....	8,9% -6,8%
-Grave.....	3,3% -0,8%
-Otras patologías...	1,6% -3,4%

Conclusiones

En los resultados obtenidos observamos que, en la retinopatía leve no hay diferencias significativas, en los grados moderados y grave si encontramos diferencias significativas siendo superior en hombre que en mujeres en ambos casos.

COMUNICACIONES PÓSTER**Sábado 15 de Junio 2013**

11.00-11.30 horas **Defensas de Comunicaciones Poster**

Hall de la Sala Menor**Moderadores:****Dra. D^a. Carmen Huidrobo Dosal**

Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Dr. D. Francisco Carramiñana Barrera

Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Gerencia del Área de Salud de Badajoz-Zafra Llerena. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

103/2. Características sociodemográficas y Adherencia Terapéutica en pacientes con Diabéticos tipo 2 controlados en Atención Primaria.**Autores:**

(1) Sierra Martínez, Leticia; (2) Martínez Fuerte, Rosario.

Centro de Trabajo:

(1) Centro de Salud Gamazo. Valladolid.; (2) Médico de Atención Primaria. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pilarica. Valladolid.

RESUMEN:**Objetivos**

Conocer la relación entre características Sociodemográficas y la adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos tipo 2(DM2) controlados en nuestra Zona Básica de Salud, con el fin de promover intervenciones desde la Consulta de Atención Primaria para mejorarla.

Metodología

Estudio descriptivo transversal aplicado a una selección de pacientes (n=104,52 hombres(H),52 mujeres(M)) escogidos por muestreo no probabilístico consecutivo, entre los DM2 que acudían a consulta incluidos en el Servicio Atención a pacientes diabéticos de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Sacyl. Contestaron encuesta que incluía: edad, estado civil, ¿Con quién vive?, nivel de estudios, situación laboral, Test de Morisky-Green-Levine para evaluar la adherencia terapéutica, 1-¿Se olvida alguna vez de tomar medicamentos?, Si/No.2-¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?, Si/No.3-Cuando se encuentra bien¿deja alguna vez de tomarlos?, No/Si.4-Si alguna vez le sientan mal¿deja de tomar la medicación? No/Si. Los datos se recogen en Excel y se analizan mediante SPSS 9.0Windows.

Resultados

1-Edad:

- 80-95a:15,39%(16pacientes,9hombres,17mujeres).
- 70-79a:27,88%(29pacientes,11hombres,18mujeres).
- 60-69a:43,27%(45pacientes,26hombres,19mujeres).
- 50-59a:13,46%(14pacientes,6hombres,8mujeres).

2-Estado civil:

- Soltero:9,62%(10pacientes,7hombres,3mujeres).
- Casado:73,08%(76pacientes,41hombres,35mujeres).
- Divorciado:2,88%(3pacientes,2hombres,1mujer).
- Viudo14,42%(15pacientes,2hombres,13mujeres).

3-¿Con quién vive?:

- Solo:12,50%(13pacientes,6hombres,7mujeres).
- Con familia:87,50%(91pacientes,46hombres,45mujeres).

4-Estudios:

- Sin estudios:20,19%(21pacientes,8hombres,13mujeres).
- Primarios:67,31%(70pacientes,36hombres,34mujeres).
- Secundarios:10,58%(11pacientes,6hombres,5mujeres).
- Universitarios:1,92%(2pacientes,2hombres,0mujeres).

5-Situación laboral:

- Trabajando:14,42%(15pacientes,11hombres,4mujeres).
- Paro:3,85%(4pacientes,1hombres,3mujeres).
- Jubilado:50,96%(53pacientes,40hombres,13mujeres).
- Ama de casa:30,77%(32pacientes,0hombres,32mujeres).

6-Adherencia-Terapéutica:Cumplidor si responde de forma correcta en el orden No,Si,No,No. Incumplidor si una respuesta no es correcta:De los varones 63,46% son cumplidores y el 36,54% incumplen y de las mujeres 71,15% son cumplidoras y el 28,85% incumplen.

Conclusiones

Se concluye que el 43,27% de los pacientes tienen entre 60-69 años, el 14,42% están viudos, el 12,50% vive solo, el 20% no tiene estudios, factores que interfieren para el manejo de la diabetes. Detectando que el 36,54% de los varones incumplen y el 28,85% de las mujeres. Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica:1-Intervenciones simplificadoras del tratamiento.2-Intervenciones informativas y educativas en las consultas de Atención Primaria y a través de dinámicas de grupos 3-Intervenciones de apoyo familiar y social. 4-Intervenciones de refuerzo conductual.5-Combinación de Intervenciones.

103/3. Relación entre diabetes tipo 2, enfermedad renal crónica y enfermedad cardiovascular en pacientes atendidos en atención primaria.**Autores:**

(1) Miravet Jiménez, Sonia; (1) Cols Sagarra, Cèlia; (2) Romaguera Lliso, María Desamparados; (1) Maya López, Jericó Ahiram.

Centro de Trabajo:

(1) Área Básica de Salud Martorell. Barcelona.; (2) Àmbit d'Atenció Primària Costa de Ponent. L'Hospitalet de Llobregat.

RESUMEN:**Objetivos**

Valorar la relación existente entre tres patologías de gran impacto en Atención Primaria: Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Enfermedad Cardiovascular (ECV) y Enfermedad Renal Crónica (ERC).

Metodología

Estudio descriptivo transversal realizado en un Centro de Salud. Población de estudio: población atendida >14 años en 2012 (18093 pacientes) en el ABS Martorell Urbano. Los datos se han recopilado de la explotación del programa de Historia Clínica

informatizada (e-CAP). Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de DM2, de ECV (Insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica, accidente vascular cerebral y cardiopatía isquémica) y de ERC (diagnosticados, o con filtrado glomerular <60ml/min o presencia de proteinuria). Se ha calculado la prevalencia de cada una de estas patologías y analizado su interrelación.

Resultados

2751 pacientes (15,2% población analizada) presentaban alguna de las patologías estudiadas. Edad media: 69,1 años (DE 13,42). Prevalencias: DM2 : 8,5% (1539 pacientes), Edad media 68,0 (DE 12,41). ECV: 6,6% (1195 pacientes). Edad 70,9 (DE 13,69). ERC: 5,4% (971 pacientes). Edad media 74,2 (DE 12,02).

- ▶ DM2: 25,93% presentaban ECV, 24,82% presentaban ERC y 10,40% tenían ECV y ERC.
- ▶ ECV: 33,39% presentaban DM2, 27,78% presentaban ERC y 13,39 tenían DM2 y ERC.
- ▶ ERC: 39,34% presentaban DM2, 34,19% presentaban ECV y 16,48% tenían DM2 y ECV.

Conclusiones

Existe una alta prevalencia de cada una de las patologías estudiadas. Los pacientes que presentan ERC tienen asociada mayor prevalencia de ECV y DM2.

Se ha de completar el estudio con el análisis de los determinantes que pueden estar presentes en estas interrelaciones.

103/5. Perfil diabetológico en población con demencia avanzada.

Autores:

(1) Prieto Matos, Juan; (2) Alonso Ingelmo, M^a José; (2) Isidro Hernández, M^a Marta; (2) Sánchez Martín, Ana; (2) Segurado Jiménez, Diana; (2) Morán Córdoba, Sara.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Asociación familiares de enfermos de Alzheimer. Salamanca.; (2) Enfermera. Asociación familiares de enfermos de Alzheimer. Salamanca.

RESUMEN:

Objetivos

Estimar la incidencia de diabetes, así como control analítico en una población con deterioro cognitivo fase moderada-severa. Valorar la respuesta, así como la idoneidad de tratamiento, en esta fase de la enfermedad.

Metodología

Diseño observacional, descriptivo y transversal. Emplazamiento: centro de día y residencial de una asociación especializada en Alzheimer y otras demencias. Muestra : a partir de la base de datos de pacientes diabéticos (22 pacientes de los 92 que forman parte de los servicios de la asociación) de sus dos centros de día y residencia, obtenidos en el año 2012 y 2013, analíticas en esos años y tratamiento específico de la diabetes

Resultados

Dislipemia: el 54,55% de los DM de nuestra muestra son dislipémicos, por el 45,45% que no lo son. El colesterol total medio es 176,86 y la media de LDL colesterol es 104,772.

En función del tratamiento: del total de la muestra, N=92, recogida en residencia y en nuestros centros de día 1 y 2, en función del grado de deterioro cognitivo, existen 22 pacientes que tienen DM (23,91%). De ellos 7/22 (31,82%) están con tratamiento ADO exclusivamente, 2/22 (9,09%) con ADO + Insulina, 10/22 (45,45%) sin tratamiento y 3/22 (13,63%) sólo con insulina.

En función del perfil diabetológico analítico: la media de HbA1C es 6,918, con una mediana de 6,4 (ya que uno de los valores era 14,2); y la glucemia media es 112,59.

Conclusiones

1. Un alto porcentaje de diabéticos (45%) con demencia avanzada de nuestra comunidad no reciben ningún tratamiento anti-diabético ,con un perfil analítico aceptable.
2. La incidencia de diabetes en nuestra comunidad es muy similar a la población general (23%).

103/7. Prevención y abordaje de la Diabetes Mellitus tipo 2 mediante modificaciones en el estilo de vida.

Autores:

(1) Sierra Martínez, Leticia; (2) Martínez Fuerte, Rosario; (3) Pérez Ubiera, Miguel David; (3) Mata Canela, Félix; (3) Ortiz Anglada, Rosina Giselle.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Gamazo. Valladolid.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Pilarica. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este. Valladolid.; (3) Gerencia de Atención Primaria. Valladolid Este. Valladolid.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer los estilos de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 de nuestra Zona Básica de Salud, con el fin de promover pautas de prevención y abordaje desde la Consulta de Atención Primaria.

Metodología

Los autores realizaron un estudio descriptivo transversal aplicado a una selección de pacientes (n=104, 52 hombres y 52 mujeres) escogidos por muestreo no probabilístico consecutivo, entre los pacientes entre diabéticos tipo2 que acudían a nuestra consulta que incluidos en el Servicio Atención a pacientes diabéticos de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Nuestra comunidad Autónoma. Contestaron a una encuesta cerrada sobre Estilos de vida: 1-Alimentación. 2-Descanso y ejercicio. 3-Hábito tabáquico y consumo de alcohol. Los datos se recogen en una hoja de cálculo Excel y son analizados mediante el programa SPSS 9.0 para Windows.

Resultados

- 1-Consumo de aceite de oliva para cocinar: 100% hombres. 96,15% mujeres.
- 2-Raciones(R)VERDURA/día: Hombres: 1-2R(75%). >2R(25%).
Mujeres: 1-2R(73%). >2R(27%).
- 3-Piezas(P)FRUTA/día: Hombres: 1-2P(50%).>2P(50%).
Mujeres: 1-2P(46,15%) .>2P(53,85%).
- 4-Raciones CARNE-ROJA/día: Hombres: 1-2R(71,15%). >2R(28,85%).
Mujeres:1-2R(75%). >2R(25%).
- 5-Raciones MANTEQUILLA/día: Hombres:1-2R(80,30%) y >2R(19,70%).
Mujeres:1-2R(88,46%) y >2R(11,54%).
- 6-Bebidas(B) CARBONATAS-AZUCARADAS/día: Hombres1B(92,30%).>1B(7,70%).
Mujeres1B(96,15%) y >1B(3,85%).
- 7-Litros(ls)AGUA/día: Hombres:1-2ls(90,38%).>2ls(9,62%).
Mujeres:1-2ls96,15%) y >2ls(3,85%).
- 8-RacionesLEGUMBRES/semana: Hombres1-2R(75%).>3R(25%).
Mujeres1-2R(84,61%).>3R(15,39%).
- 9-RacionesPESCADO/semana: Hombres1-2R(53,84%).>3R(46,16%).
Mujeres1-2R(50%).>3R(50%).
- 10-RacionesFRUTOS-SECOS/semana: Hombres1-2R(92,30%).>3R(7,70%).
Mujeres1-2R(78,845%).>3R(21,16%).

- 11-Raciones PRECOCINADAS/semana: Hombres<2R(67,30%).>2R(32,70%).
Mujeres1-2R(51,92%).>3R(42,08%).
- 12-Consumo preferente de POLLO:
Hombres SI(65,38%) y NO(34,62%)
Mujeres SI(80,76%) y NO(19,24%).
- 13-Edulcar alimentos con AZUCAR(A)/EDULCORNATES(E):
Hombres A(11,54%). E(88,46%)
Mujeres A(13,47%).E(86,53%).
- 14-Añade SAL a las comidas:
HombresSI(71,15%).NO(28,85%).
MujeresSI(76,92%).NO(27,08%).
- 15-¿FUMAN? -Si:21%pacientes. No:79%pacientes
- 16-HORAS QUE DUERME: 4-5h: 1 paciente,
5-6h: 16 pacientes,
6-7h: 18 pacientes,
7-8h: 13 pacientes,
8-9h: 20 pacientes,
9-10h: 5 pacientes,
10-11h: 5 pacientes,
no contesta: 26 pacientes.
- 17-PRACTICA ALGÚN DEPORTE: 1-NO:77%.
2-SI:11,5%.
3-No contestan:11,5%.
- 18-¿Bebe VINO?: Hombres SI (50%). NO (50%)
Mujeres SI (11,53%). NO (88,47%)

Conclusiones

Se detectan hábitos alimentarios incorrectos en los pacientes diabéticos encuestados, como alto consumo de mantequilla, bebidas carbonatadas o azucaradas y alimentos precocinados. Fuma el 21%, no practican deporte el 77% de pacientes y beben vino el 50% de los hombres y el 11,53% de las mujeres. Proponemos actuar sobre éstos hábitos mediante un Programa de Educación para la Salud que se llevará a cabo en nuestro Centro de Salud y promoción de pautas saludables desde la Consulta de Atención Primaria.

103/9. Estudio del control de factores de riesgo en diabéticos. ¿Realmente lo hacemos peor?

Autores:

Diego Abad, Lucía; Andecochea Hernández, Vanesa; González Pedraja, Ana María; Pérez Martín, Álvaro; Agueros Fernández, María José; López Lanza, José Ramón.

Centro de Trabajo:

Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria.

RESUMEN:

Objetivos

Estudio comparativo del grado de control de los diabéticos seguidos en atención primaria y atención hospitalaria, comparando el grado de control y la actitud del médico ante ellas.

Metodología

Estudio descriptivo transversal de los diabéticos seleccionados en tres cupos de atención primaria, (por orden de aparición en listado). Para calcular el buen control se ha usado los valores recomendados por la ADA 2012 (tensión arterial <130mmHg y <80 mmHg, LDL <100mg/dl). Para valorar la insuficiencia renal se consideró <60 de filtrado). Para variables cuantitativas se ha utilizado la media y la desviación típica (en caso de distribución normal) y para variables cualitativas porcentajes.

Resultados

Se seleccionaron 60 sujetos, las características de los pacientes son (primaria/especializada) edad media de 73.06vs56.1, predominio masculino (52%vs55.6%); los valores medios

encontrados fueron HbA1c 7.2vs8.4%, glucemia 141.6vs172.3, LDL 97.7vs109.7mm/dl, TAS 143.4vs137.4mmHg y TAD 75.6vs77.1mmHg. Presentaban cifras de insuficiencia renal 22%vs11.1% (p<0.05), de buen control de la TA el 16%vs22.2%, de colesterol el 60%vs55.6%; en cuanto al tratamiento para HTA usaba monoterapia el 46.2vs20%; de los que no cumplen objetivos el médico no realizaba ninguna actuación posterior para la TA en el 78vs55.6% y para el colesterol en el 58vs55.6%.

Conclusiones

El grado de control de la tensión arterial y del colesterol en el paciente diabético es muy deficiente tanto a nivel de atención primaria como hospitalaria, no cumpliendo las recomendaciones de las principales guías internacionales. Ambos niveles realizan pocos cambios en la medicación en estos pacientes de alto riesgo. Se debe recordar intensificar el tratamiento y evitar la inercia terapéutica.

103/10. ¿Sirven las guías de diabetes para algo más que acumular polvo?

Autores:

(1) Andecochea Hernández, Vanesa; (2) Diego Abad, Lucía; (2) González Pedraja, Ana María; (2) Pérez Martín, Álvaro; (2) López Lanza, José Ramón; (2) Agueros Fernández, María José.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Cantabria.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria.

RESUMEN:

Objetivos

Análisis de las características de los diabéticos, grado de cumplimiento de las recomendaciones de las guías y actitud del médico ante ellas.

Metodología

Estudio descriptivo transversal de los diabéticos atendidos en tres consultas de atención primaria de un centro de salud urbano, seleccionados por orden de aparición en consulta. Para calcular el buen control se ha usado los valores recomendados por la ADA 2012 (tensión arterial <130mmHg y <80 mmHg, LDL <100mg/dl). Para valorar la insuficiencia renal se consideró <60 de filtrado. Para variables cuantitativas se ha utilizado la media y la desviación típica y para variables cualitativas porcentajes.

Resultados

Se seleccionaron 60 sujetos (96,7% diabetes tipo2), con una edad media de 70.48 años(DE±12.8) y predominio masculino (50.8%); los valores medios encontrados fueron HbA1c 7.4(DE1.72)%, glucemia 146.8(DE62.1), LDL 100.54(DE30.9) mm/dl, TAS 142.52(DE17.08)mmHg y TAD 75.83(DE9.9)mmHg. El 16.4% cumplía cifras de control de TA, el 59% de LDL, presentando insuficiencia renal el 20.3%. en cuanto al tratamiento el 41.3% usaba monoterapia para la hipertensión, principalmente diurético (51.7%); de los que no cumplen objetivos el médico no realizaba ninguna actuación posterior en el 85.7% de TA elevada (cambia fármaco en 11.9%, aumenta dosis en 2.4%) y en el 93.1% de LDL alto (añade fármaco hipolipemiente 6.9%).

Conclusiones

El grado de control de los factores de riesgo (hipertensión y colesterol) en el paciente diabético es muy deficiente, no cumpliendo las recomendaciones de las principales guías. Existe una importante inercia terapéutica por parte del médico, por lo que se debe revisar e intensificar el tratamiento para reducir riesgo cardiovascular.

103/11. Evaluación de las pautas de tratamiento de los diabéticos tipo 2 en consulta de atención primaria de Vizcaya.

Autores:

Quindimil Vázquez, José Antonio.

Centro de Trabajo:

En Representación del Grupo Radiante.

RESUMEN:

Objetivos

Evaluar el tipo de pauta de tratamiento de los diabéticos tipo 2 en función del objetivo de hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) establecido por el clínico en menor de 6,5% o menor de 7,5%.

Metodología

Registro epidemiológico, transversal, en base a la población atendida en consulta durante el último trimestre del 2011. El investigador seleccionó una semana en la cual registró de forma correlativa todos aquellos pacientes que visitó en su consulta de atención primaria y que estaban diagnosticados de Diabetes tipo 2. Se recogió estrategia de manejo y control glucémico.

Resultados

Se registraron 383 pacientes (50% Hombres), edad media de 69,8 años y mediana de 6,7 años desde diagnóstico de Diabetes tipo 2. El 56,5% cumple objetivos de HbA1c establecidos por el clínico en menor de 6,5% o menor de 7,5%.

El tratamiento farmacológico lo recibían el 95% de los pacientes y de estos estaban en monoterapia el 58%, en doble terapia el 31%, en triple el 11% y en tratamiento con insulina el 11%.

En cuanto a la seguridad metabólica el 96,3% no ha presentado hipoglucemias analíticas o sintomáticas durante el último mes. Ningún episodio de hipoglucemia grave.

Hay relación estadísticamente significativa entre el uso de una pauta de tratamiento con Insulinas ($p < 0,001$) e Insulinas + ADOs ($p < 0,005$) y la elección del objetivo principal de HbA1c establecido por el clínico en menor de 7,5%.

Conclusiones

Los diabéticos tipo 2 presentan un buen control, con alta seguridad metabólica, con el tratamiento hipoglucemiante instaurado.

La elección de una pauta de tratamiento con Insulinas e Insulinas + ADOs se relaciona significativamente con la elección por parte del clínico del objetivo de Hb1Ac menor 7,5% que corresponde a pacientes mas complejos (mayor 70 años, mas 10 años de evolución de enfermedad, complicaciones o comorbilidades avanzadas).

103/14. Indicadores de calidad de los informes de alta de Medicina Interna en pacientes diabéticos.

Autores:

(1) Carvajal Barragán, José; (2) Terán Redondo, Rafael; (2) Calero Bernal, M^a Luz; (2) Calzada Valle, Ana; (3) Gutiérrez Martínez, Lorenzo; (3) Bravo Muñoz, Francisca.

Centro de Trabajo:

(1) Centro de Salud Inmaculada Vieira Fuentes. Sevilla.; (2) Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Inmaculada Vieira Fuentes. Sevilla.

RESUMEN:

Objetivos

Las sociedades científicas implicadas en atención a pacientes con DM han elaborado un documento estableciendo recomendaciones e indicadores de calidad que deberían constar en informe de alta hospitalaria (IAH). El objetivo del estudio es analizar adecuación de

los IAH de pacientes diabéticos de un servicio de Medicina Interna recibidos en Atención Primaria respecto a las recomendaciones documento de consenso [Med Clin (Barc) 2012; 138:666.e1-666.e10].

Metodología

Estudio colaborativo entre Atención Primaria y Medicina Interna en contexto programa de continuidad asistencial. Analizamos 75 IAH de pacientes ingresados en Medicina Interna con diagnóstico principal o secundario de DM. Los IAH se identificaron a través de base de datos del servicio de documentación clínica del hospital. Se recogió información de 9 ítems de calidad recomendados en el documento.

Resultados

Edad media, 71.4%; hombres 50.6%, mujeres 49.4%. Tipo: DM2 (94.6%), DM1 (2.6%), esteroidea (2.6%). De novo, 3 casos (4%). Tiempo de evolución de DM constaba solo en 27.7% de los IAH. El tratamiento preingreso no estaba recogido o de forma imprecisa, en el 41.6%. En los que constaban: ADO en monoterapia (26.3%), metformina (73.6%), combinación ADOs (9.7%), ADO más insulina (6.9%), solo insulina (15.2%). Al alta se realizaron cambios en el tratamiento en el 30.5%, pero solo en el 45% constaba en el IAH la justificación de esta modificación. Cambios: insulinización de novo (16%), sustitución ADO (9.3%), 5 casos retirada metformina, sustitución tipo insulina (4%) y 1 caso suspensión insulina utilizada. En función renal: FG normal (26.6%), ERC estadio 2 (21.3%), estadio 3 (34.6%), estadio 4 (12%) y estadio 5 (5.3%). Sin embargo, solo en el 12% la tasa de FG figuraba en el IAH. El 40% de IAH recogían recomendaciones sobre dieta y ejercicio, sobre objetivos de control glucémico 10.6%, de control de otros factores de riesgo cardiovascular 13.3%. Periodicidad de controles glucémicos 18.6% y seguimiento médico (plazo de revisión y nivel asistencial) 16%.

Conclusiones

La calidad de IAH de pacientes diabéticos en Medicina Interna es baja respecto a las recomendaciones establecidas, se debería instaurar un plan de mejora para optimizar y adecuar el tratamiento a cada paciente diabético al alta hospitalaria.

103/15. Estructura y función vascular a lo largo del tiempo en el diabético.

Autores:

(1) García-Ortiz, Luis; (2) Patino Alonso, María Carmen; (2) Gómez Marcos, Manuel Ángel; (2) Agudo Conde, Cristina; (2) Tirados Pérez, Andrea; (2) Martínez Royo, Ana.

Centro de Trabajo:

(1) Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.; (2) Unidad de Investigación de Atención Primaria La Alamedilla. Salamanca.

RESUMEN:

Objetivos

Estudiar la evolución de diferentes parámetros que evalúan la estructura y función vascular a lo largo de tres años en pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico.

Metodología

Estudio observacional prospectivo realizado en 112 pacientes (68 diabéticos y 44 con síndrome metabólico). La velocidad de la onda de pulso y el índice de aumento central se midieron con el Sphigmo cor System y para la medición del grosor íntima-media carotídeo (IMT) y la existencia de placas se utilizó un ecógrafo Sonosite Micromax. Para el diagnóstico de lesión de órgano diana se utilizaron los criterios establecidos en la guía de hipertensión de 2007.

Resultados

La edad media fue de $60 \pm 10,09$ años en el grupo de diabéticos y de $59 \pm 10,82$ años en el grupo con síndrome metabólico. El valor medio de IMT en la primera medida fue de $0,76 \pm 0,12$ mm en

global ($0,76 \pm 0,12$ mm en diabéticos y $0,76 \pm 0,12$ mm en pacientes con síndrome metabólico), el valor medio de la VOP en la primera medida fue de $9,49 \pm 2,47$ en global ($9,72 \pm 2,57$ mm en diabéticos y $9,59 \pm 2,32$ mm en pacientes con síndrome metabólico). El valor medio de la índice de aumento central en la primera medida fue de $91,77 \pm 19,83$ mm en global ($92,59 \pm 19,44$ mm en los diabéticos y $93,98 \pm 19,10$ mm en los pacientes con síndrome metabólico).

Presentaron lesión de órgano diana en el grupo de diabéticos el 51,5% el primer año y el 55,9% el tercer año. No encontramos diferencias en ninguno de los parámetros de la carótida a lo largo de los tres años en ninguno de los grupos ($p < 0.01$).

Conclusiones

El porcentaje de pacientes con lesión de órgano diana ha aumentado en un 4,4% después de 3 años de evolución.

103/16. Bueno, vale, no me funciona bien el riñón y tengo diabetes, ¿y qué con eso?

Autores:

González Pedraja, Ana María; Diego Abad, Lucía; Andecochea Hernández, Vanesa; Pérez Martín, Álvaro; Agueros Fernández, María José; Del Río Madrazo, José Antonio.

Centro de Trabajo:

Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria.

RESUMEN:

Objetivos

Revisar los pacientes diabéticos con insuficiencia renal (IR), valorando el grado de control y su comparación con los que presentan función renal normal.

Metodología

Estudio descriptivo transversal de los diabéticos seleccionados en tres cupos de atención primaria, (por orden de aparición en consulta). Para valorar la insuficiencia renal se consideró < 60 de filtrado. Para calcular el buen control se ha usado los valores recomendados por la ADA 2012 (tensión arterial < 130 mmHg y < 80 mmHg, LDL < 100 mg/dl). Para variables cuantitativas se ha utilizado la media y la desviación típica (en caso de distribución normal) y para variables cualitativas porcentajes.

Resultados

Se reclutaron 60 sujetos, presentaban insuficiencia renal el 20,3%. Los pacientes con IR presentaban edad media de 77.17 (DE10.3) años y predominio femenino (58.3%); los valores medios encontrados fueron HbA1c 7.5 (DE1.05)%, glucemia 147.08 (DE48.1), LDL 117 (DE27) mm/dl, TAS 149.17 (DE14.9) mmHg y TAD 77 (DE10.36) mmHg. Comparando con diabéticos sin IR presentaban buen control de la TA el 0vs21.7% ($p > 0.05$), de colesterol el 25%vs47.8% ($p > 0.05$); en cuanto al tratamiento para HTA usaba monoterapia el 50vs40.6%; de los que no cumplen objetivos el médico realizaba alguna actuación posterior para la TA en el 8.3vs11.1% ($p > 0.05$) y para el colesterol en el 0vs6.5% ($p > 0.005$).

Conclusiones

El grado de control de los factores de riesgo de los diabéticos con IR, no difiere en gran medida de los que no la presentan, siendo ambos muy deficiente. Presentan también una importante inercia terapéutica. Se debe prestar atención al control de la tensión arterial y el LDL en estos pacientes de riesgo alto.

103/17. Educación y Apoyo en Autocontrol de la Diabetes Tipo 2 recibida en Atención Primaria de Salud

Autores:

(1) Sierra Martínez, Leticia; (2) Martínez Fuerte, Rosario.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Gamazo. Valladolid; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Pilarica. Valladolid.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer la Educación en Autocontrol de la Diabetes (EACD) y Apoyo en Autocontrol de la Diabetes (AACD) a través de charlas a grupos que han recibido los pacientes con Diabetes tipo 2 controlados en Atención Primaria de Salud para prestar una atención de salud integral y continuada.

Metodología

Los autores realizaron un estudio descriptivo transversal aplicado a una selección de pacientes ($n=104$, 52 hombres (H) y 52 mujeres (M)) escogidos por muestreo no probabilístico consecutivo, entre los pacientes diabéticos tipo 2 que acudían a nuestra consulta incluidos en el Servicio Atención a pacientes diabéticos de la Cartera de Servicios de nuestra CC.AA. Se les realiza una encuesta que incluye la pregunta ¿Ha asistido a algún curso o actividad en grupo, en su centro de salud, donde les han enseñado a manejar su diabetes?: No, Sí, No sabe. En caso afirmativo, ¿Cuánto tiempo hace que asistió la última vez?. Los datos se recogen en una hoja de cálculo Excel y son analizados mediante el programa SPSS 9.0 para Windows.

Resultados

1-¿Ha asistido a curso de EACD o AACD?:

-No: 87,5%(91 pacientes,49 hombres, 42 mujeres).

-Si:10.6%(11 pacientes, 3hombres, 8 mujeres).

-No sabe:1.9%(2 pacientes,2 mujeres).

2-¿Cuánto tiempo hace que asistió la última vez?:

-de 1-4 años:45,46%.

-de 5-9 años:27,27%.

-de 10-15 años:27,27%

Conclusiones

Se concluye que en una relación Si/No:1/8 han recibido EACD o AACD, es decir en muy bajo porcentaje de pacientes con DM2 han sido educados para manejar su diabetes, y de éstos aproximadamente la mitad los han recibido hace más de 5 años. Por lo que es urgente implantar un Plan de Educación en Autocontrol y Apoyo en Autocontrol para mejorar las habilidades de conocer y mejorar su diabetes que de repuesta a las necesidades físicas, psicológicas y sociales del paciente diabético tipo 2 controlado en Atención Primaria.

103/22. Tratamiento de la diabetes con Liraglutide. Resultados a las 26 semanas. Experiencia colaborativa entre Atención Primaria y Medicina Interna.

Autores:

(1) Gutiérrez Martínez, Lorenzo; (2) Terán Redondo, Rafael; (2) Varela Aguilar, José Manuel; (3) Delgado Tello, Amparo; (1) Carvajal Barragán, José; (1) Bravo Muñoz, Francisca.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Inmaculada Vieira Fuentes. Sevilla; (2) Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Inmaculada Vieira Fuentes.

RESUMEN:

Objetivos

Los análogos de GLP-1 representan una nueva opción terapéutica para la DM2 ofreciendo la ventaja de combinar efectos beneficiosos sobre el control metabólico con una reducción significativa del peso corporal. El objetivo del estudio fue examinar

la eficacia y seguridad de liraglutide sobre el control glucémico y ganancia ponderal de pacientes con DM2 en la práctica clínica habitual en un programa de colaboración entre niveles asistenciales (atención primaria y medicina interna).

Metodología

Estudio observacional de una serie de casos de pacientes con DM2 con mal control glucémico ($HbA_{1c} > 7\%$) y obesidad ($IMC > 30$) tratados con liraglutide y atendidos en un programa de colaboración entre atención primaria y especializada. El fármaco se administró una vez al día (subcutánea) con dosificación creciente para evitar los síntomas gastrointestinales. Se mantuvo tratamiento con metformina en todos los casos. Se evaluó control glucémico y peso en situación basal, a las 12 y 26 semanas de tratamiento así como los efectos secundarios.

Resultados

Evaluamos 12 pacientes (4 hombres/8 mujeres), edad media 58.8 ± 10.4 años, tiempo medio de evolución de la DM2 4.7 ± 4.3 años. La HbA_{1c} media basal fue $8.1 \pm 1.1\%$, el peso medio 111.45 ± 20.36 kg y el IMC medio 44.47 ± 9.8 kg/m². A las 12 semanas la HbA_{1c} media basal fue $7.3 \pm 1.3\%$, el peso medio 108.4 ± 20 kg y el IMC medio 42.7 ± 7.6 kg/m². A las 25 semanas la HbA_{1c} media basal fue $7.1 \pm 1.6\%$, el peso medio 110.2 ± 22 kg y el IMC medio 42.9 ± 11.1 kg/m². La tolerancia al fármaco fue buena excepto en un paciente en que se retiró por náuseas intensas.

Conclusiones

En la práctica clínica habitual la adición de liraglutide al tratamiento con metformina en pacientes con DM2 y obesidad puede conseguir una mejoría significativa del control glucémico junto con una reducción ponderal y un buen perfil de seguridad y tolerancia.

SESIONES DE ACTUALIZACIÓN

Ponencia de Actualización 1: Prevención y abordaje de la Diabetes Mellitus tipo 2 mediante modificaciones en el estilo de vida

Dr. D. Javier Escalada San Martín

Diversos estudios han analizado la eficacia de intervenciones no farmacológicas en la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en los estados prediabéticos. La efectividad de las intervenciones dirigidas a la prevención primaria de DM2 se ha demostrado en pacientes con intolerancia a la glucosa, no en pacientes con glucemia basal alterada aislada o en diagnósticos de prediabetes basados en determinados valores de HbA_{1c} . Uno de los últimos estudios publicados sobre modificación del estilo de vida es el *European Diabetes Intervention Study*, que es una continuación del estudio finlandés publicado en 2001 y que se ha realizado en tres países europeos (Finlandia, Reino Unido y Países Bajos) para intentar confirmar los hallazgos del estudio inicial finlandés. Pues bien, tras un seguimiento de 3,1 años la incidencia de DM fue un 57% menor en el grupo de intervención en comparación con el grupo control. Los participantes que consiguieron una pérdida ponderal $\geq 5\%$ al cabo de un año tuvieron una incidencia de DM un 65% menor, y el mantenimiento de una pérdida de peso $\geq 5\%$ durante 2 y 3 años se tradujo en una mayor reducción de la incidencia de diabetes (79 y 89% de reducción, respectivamente). Merece la pena mencionar los resultados de un estudio de intervención sobre estilos de vida en nuestro país, procedente del grupo DE-PLAN-CAT, en el que tras 4 años de seguimiento medio se consiguió una reducción en la incidencia de diabetes del 36,5%. Es evidente, por tanto, la eficacia de los programas de intervención sobre el estilo de vida, pero el principal problema de los mismos suele ser la dificultad para el mantenimiento de los cambios recomendados.

Respecto al tratamiento de la DM2 ya establecida mediante modificaciones del estilo de vida, las intervenciones dirigidas a mejorar la actividad física del paciente y la alimentación son partes críticas del tratamiento. Todos los pacientes deberían recibir un programa de educación diabetológica general (individual o grupal), con una atención específica sobre las intervenciones dietéticas y la importancia de la actividad física. Además, esta estrategia debe de repetirse periódicamente como una parte importante del programa terapéutico. La reducción ponderal mejora el control glucémico y otros factores de riesgo cardiovascular. La pérdida moderada de peso (5-10%) contribuye significativamente a la consecución del control glucémico. Por ello, se recomienda establecer un objetivo de reducción ponderal o al menos de mantenimiento del peso, y las recomendaciones dietéticas deben ser personalizadas. Para evitar las pérdidas y recuperaciones de peso (efecto yo-yo), el equipo terapéutico debe revisar y animar a los pacientes en el mantenimiento de las medidas de estilo de vida con regularidad. Debe recomendarse la realización de todo el ejercicio físico que el paciente pueda hacer, con un mínimo de 150 minutos por semana de actividad física moderada, que incluya aeróbico, resistencia y entrenamiento de flexibilidad. En pacientes más ancianos o en aquellos con limitaciones de movilidad, cualquier incremento de la actividad física es beneficioso.

Al diagnóstico, en pacientes motivados con una HbA_{1c} cercana al objetivo (alrededor de 7,5%), se puede dar una oportunidad a la modificación del estilo de vida durante un periodo de 3-6 meses antes de iniciar el tratamiento farmacológico (generalmente, metformina). Aquellos con hiperglucemia moderada o en los que se prevea que las modificaciones del estilo de vida no van a ser exitosas, debería iniciarse desde el diagnóstico

tratamiento farmacológico (también generalmente metformina), que luego puede ser modificado o incluso suspendido si las medidas de estilo de vida son exitosas. En algunos casos, el objetivo de control ($HbA_{1c} < 6,5\%$) puede conseguirse con algunas modificaciones del estilo de vida, aunque este planteamiento no siempre es eficaz, ya que depende de las características del paciente y de su grado de adherencia a las recomendaciones.

Ponencia actualización 2: Diabetes tipo 2 en el anciano

Dr. D. José Javier Mediavilla Bravo

La definición de “anciano” varía según los estudios consultados, algunos definen la población de edad avanzada como aquella con edad igual o superior a los 60 años, mientras que es frecuente que las guías de práctica clínica clasifiquen como “ancianos” a las personas mayores de 65 años. Aunque no existe una definición uniforme, en general se acepta el término “anciano” como un concepto que refleja un continuo de edad que se inicia en algún momento después de los 60 años y se caracteriza por una fragilidad lenta y progresiva que continua hasta el final de la vida.

El riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se incrementa con la presencia de obesidad, falta de actividad física y pérdida de masa muscular, características que se asocian frecuentemente en las personas de mayor edad. Según el estudio Di@bet.es, la prevalencia de la diabetes mellitus en España en personas mayores de 75 años es del 30,7 % en varones y el 33,4 % en mujeres. Además un 23,1% de los mayores de 75 años presenta intolerancia a la glucosa o glucemia basal alterada¹.

Ante un anciano con diabetes, lo primero a tener en cuenta es la realización de una valoración geriátrica integral, valorando la historia clínica de cada paciente, su capacidad funcional, la situación de cuidados en casa o en centros asistidos y la esperanza de vida. Esta valoración debe realizarse en el momento del diagnóstico y al menos con carácter anual^{2,3}.

Los objetivos a conseguir con el tratamiento de la DM2 en el paciente anciano son: 1) Evitar la discapacidad o, en caso de que esta haya aparecido, su progresión, procurando siempre la mejor calidad de vida. 2) Evitar los efectos secundarios del tratamiento, en especial los más asociados a deterioro de la calidad de vida (hipoglucemias, caídas). 3) Tener una visión global del paciente, introduciendo los riesgos competitivos en el proceso de toma de decisiones⁴.

Las diferentes guías de manejo de la hiperglucemia en el anciano coinciden en la necesidad de individualizar las cifras objetivo de HbA_{1c} a conseguir. Así el European Diabetes Working Party for Older People 2011⁵, aconseja un objetivo de HbA_{1c} del 7%-7,5% para pacientes ancianos sin complicaciones y del 7,6%-8,5% para pacientes frágiles. En el reciente consenso en el que han participado representantes de la Asociación Americana de Diabetes, de la Sociedad Americana de Geriátrica y de otras sociedades científicas, se recomienda que los objetivos glucémicos sean menos ambiciosos en ancianos con expectativa de vida corta, elevada morbilidad, polimedicación o alto riesgo de hipoglucemias, considerando aceptable una HbA_{1c} entre 7,5-8,5%⁶.

Por su parte, el documento de consenso español sobre el tratamiento de la diabetes en el anciano, recomienda en aquellos con buena situación funcional y cognitiva, con una expectativa de vida suficiente para beneficiarse de un control glucémico adecuado, y con buena disponibilidad para asumir el tratamiento, que se podría plantear un plan de educación diabetológica y los mismos objetivos de control glucémico que en los adultos más jóvenes, evitando siempre el desarrollo de hipoglucemias. En

cambio, en pacientes frágiles, con múltiples comorbilidades, alto riesgo de hipoglucemia o con una esperanza de vida de menos de 5 años, puesto que tienen menos probabilidades de beneficiarse de la reducción del riesgo de complicaciones vasculares y tienen más posibilidades de sufrir efectos adversos graves como hipoglucemias, deben perseguirse objetivos menos estrictos, siendo aceptable una HbA_{1c} del 7,6%-8,5%, con objeto de evitar tanto las hipoglucemias como las complicaciones de la hiperglucemia (deshidratación, coma hiperglucémico hiperosmolar, malnutrición, infecciones, retraso en la cicatrización de heridas)⁴.

Respecto al tratamiento de la hiperglucemia, tanto la dieta como el ejercicio físico son aspectos importantes en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el anciano, debiendo tenerse en cuenta que las dietas muy hipocalóricas deben evitarse por el riesgo de producir hipoglucemias. Existen evidencias sobre la utilidad de programas adaptados de ejercicio físico de resistencia, con o sin ejercicio aeróbico complementario, en población anciana tanto en prevención de la sarcopenia, de las caídas y del deterioro funcional, como en la mejoría del control glucémico y de la calidad de vida del anciano⁷.

En relación con el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia, es recomendable como norma general iniciar el tratamiento con fármacos antidiabéticos a dosis baja y titular progresivamente su dosis, no siendo necesario habitualmente alcanzar la dosis máxima de los mismos, puesto que aumenta la aparición de efectos secundarios sin incrementos significativos de eficacia^{8,9}.

En caso de que el tratamiento con modificaciones del estilo de vida no sea suficiente, el fármaco de elección por seguridad, efectividad y coste-eficacia es la metformina^{4,5,6,10}.

En caso de que exista contraindicación o intolerancia a la metformina, o en ancianos con IMC bajo ($< 19 \text{ kg/m}^2$), debe considerarse el tratamiento con inhibidores de la DPP-4, una sulfonilurea de bajo riesgo de hipoglucemia (gliclazida, glimepirida) o una glinida. Los inhibidores de la DPP-4 son preferibles a los fármacos secretagogos si existe especial riesgo o vulnerabilidad a las hipoglucemias (ancianos frágiles, alta hospitalaria reciente, ingesta reducida, ancianos que viven solos o están institucionalizados, insuficiencia renal, enfermedad cardiovascular, hipoglucemias recurrentes, severas o no percibidas, falta de capacidad de respuesta a la hipoglucemia)^{4,5,6}.

Si la monoterapia con metformina no alcanza el objetivo de control glucémico, la asociación con un inhibidor de la DPP-4 es preferible, por su menor riesgo de hipoglucemia, a la combinación de metformina con un secretagogo (sulfonilurea o glinida)^{4,5,6}.

Si con dos fármacos orales no se consiguen los objetivos de control, podemos añadir un tercer fármaco oral o una dosis de insulina basal.

Si con una insulina basal no se consiguen los objetivos de control (persistencia de HbA_{1c} elevada, a pesar de glucemias basales normales, debido al mal control de las glucemias prandiales), será necesario intensificar el tratamiento insulínico. En este caso, se recomienda suspender los secretagogos, manteniendo el tratamiento con metformina.

En los pacientes que requieren tratamiento insulínico, la opción más segura es la adición a su tratamiento de una insulina basal (NPH, NPL, glargina o detemir).

Dado que el riesgo de hipoglucemia se incrementa notablemente cuando se introduce el tratamiento insulínico, es necesario habitualmente replantearse los objetivos de control, priorizar los análogos frente a la NPH cuando el riesgo de hipoglucemia sea significativo, así como realizar planes de educación diabetológica, adaptados al paciente y/o sus cuidadores^{4,5,6}.

El tratamiento de la hiperglucemia debe ir unido al control global de los factores de riesgo cardiovascular. Este control de todos los factores de riesgo asociados proporciona de hecho una mayor reducción de la morbimortalidad que el propio control glucémico^{4,5,6}.

Bibliografía

1. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiu E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The Di@bet.es study. *Diabetologia* 2012;55:88-93
2. Ribera JM, Lazaro M. Diabetes en el anciano. En Gomis R, Rovira A, Feliu JE, Oyarzabal M. Tratado SED de diabetes mellitus. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. p.499-508
3. Mediavilla JJ. Diabetes tipo 2 en el anciano ¿Qué objetivos de Control?. En Gomis R. El experto responde sobre diabetes mellitus tipo 2. Modulo 2. Barcelona: Editorial Profarmaco 2; 2011. p. 36-42
4. Grupo de Trabajo para el Documento de Consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el anciano. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.003>
5. Sinclair AJ, Paolisso G, Castro M, Bourdel-Marchasson I, Gadsby R, Rodríguez L. European diabetes working party for older people 2011 clinical guidelines for type 2 diabetes mellitus. executive summary. *Diabetes Metab*. 2011;37 Suppl 3:S27-38.
6. Sue M, Jones B, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, et al. Diabetes in Older Adults: A Consensus Report. *Diabetes Care*. 2012 Oct 25. doi:10.2337/dc12-1801. [Epub ahead of print]
7. Weinstock RS, Brooks G, Palmas W, Morin PC, Teresi JA, Eimicke JP, et al. Lessened decline in physical activity and impairment of older adults with diabetes with telemedicine and pedometer use: Results from the IDEATel study. *Age Ageing*. 2011;40:98-105.
8. Huang ES, Liu JY, Moffet HH, John PM, Karter AJ. Glycemic control, complications, and death in older diabetic patients: The diabetes and aging study. *Diabetes Care*. 2011;34:1329-36
9. Ito H, Ohno Y, Yamauchi T, Kawabata Y, Ikegami H. Efficacy and safety of metformin for treatment of type 2 diabetes in elderly Japanese patients. *Geriatr Gerontol Int*. 2011;11:55-62
10. Qaseem A, Humphrey LL, Sweet DE, Starkey M, Shekelle P, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Oral pharmacologic treatment of type 2 diabetes mellitus: A clinical practice guideline from the American college of physicians. *Ann Intern Med*. 2012;156:218-31

Ponencia actualización 3: El papel de los GLP-1 en Atención Primaria

Dr. D. Francisco José García Soidan

En los últimos años estamos asistiendo a un rápido desarrollo de nuevos fármacos para el tratamiento de la diabetes tipo 2. Con estos fármacos se pretende que además de mejorar el control glucémico lo hagan sin generar un aumento en el riesgo de hipoglucemias, ni ganancia de peso. Dentro de este grupo de fármacos destacan los análogos del GLP-1 debido a que son los que mayor pérdida de peso producen, sin aumentar el riesgo de hipoglucemias y consiguiendo importantes reducciones de la hemoglobina glucosilada.

En la actualidad hay dos análogos del GLP-1 comercializados en España: la exenatida y la liraglutida. En ambos casos son moléculas similares al GLP-1 liberado por las células L del

intestino delgado, pero con algunas modificaciones en su cadena de aminoácidos que las hace resistentes a la degradación por la enzima dipeptidil peptidasa 4, por lo que su efecto tiene una duración prolongada. Su mecanismo de acción consiste en el aumento de secreción de insulina por las células beta y una reducción de la secreción de glucagón por las células alfa, mediante un mecanismo glucosa-dependiente, por lo que dejan de actuar en cuanto los niveles de glucemia alcanzan los valores normales, motivo por el cual no aumentan el riesgo de hipoglucemia. Además producen un retraso en el vaciamiento gástrico y reducen el apetito por acción a nivel del Sistema Nervioso Central, motivo por el cual producen pérdidas notables de peso.

Están indicados en doble terapia combinada con metformina o sulfonilureas y también en triple terapia junto a ambos o junto a metformina y pioglitazona. La Agencia Europea del Medicamento ha aprobado recientemente su uso combinado con insulina.

La exenatida se administra dos veces al día, mientras que la liraglutida una sola vez. Entre sus efectos indeseables se encuentran el desarrollo de náuseas y vómitos en un pequeño porcentaje de pacientes durante las primeras semanas. Otro inconveniente es que su administración se debe realizar por vía parenteral debido a que son polipéptidos de gran tamaño que no atraviesa la mucosa intestinal.

Solamente están financiadas por el Sistema Nacional de Salud para pacientes con obesidad (IMC > 30 Kg/m²), por lo que el perfil de paciente ideal es un paciente obeso con diabetes tipo 2 que no se controla con metformina y/o sulfonilureas y/o pioglitazona, en el que queremos mejorar el control glucémico reduciendo su peso sin aumentar el riesgo de hipoglucemias.

En los próximos años asistiremos a la comercialización de nuevas moléculas de esta familia que tendrán peculiaridades como son la administración una vez por semana, o se comercializarán en combinación con insulina, en el mismo dispositivo, lo cual permitirá reducir el número de pinchazos en aquellos pacientes que reciban ambos fármacos.

Ponencia de Actualización 4: Cirugía como tratamiento en la Diabetes Mellitus tipo 2.

Documento de posicionamiento de las sociedades SECO-SEEDO-SEEN-SED sobre cirugía metabólica en la Diabetes Mellitus tipo-2

Definición

La cirugía metabólica consiste en la aplicación de los procedimientos quirúrgicos encaminados al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y de los factores de riesgo cardiometabólicos susceptibles de mejoría.

Indicaciones

1.- La cirugía metabólica está indicada en pacientes con obesidad (IMC \geq 35 kg/m²), especialmente si la diabetes o sus comorbilidades son difíciles de controlar con cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico.

2.- Aunque no recomendamos de manera indiscriminada la cirugía metabólica en DM2 con IMC 30-35 kg/m² debido a insuficientes datos a largo plazo sobre reducción de morbimortalidad cardiovascular y/o disminución de complicaciones microvasculares, se puede plantear su aplicación en ciertas situaciones.

2.1.- Analizando la experiencia positiva de algunas series de casos y ensayos clínicos pequeños a corto y medio plazo en la mejoría del control glucémico y de las comorbilidades asociadas, consideramos que podrían ser candidatos a cirugía metabólica los pacientes con **DM2 e IMC 30-35 kg/m²** que cumplan

los siguientes requisitos:

- Pacientes en los que, habiendo sido evaluados por un endocrinólogo en el contexto de un equipo interdisciplinar, se hayan descartado otras formas de diabetes diferentes de la DM2 (diabetes tipo 1, LADA, MODY ...)
- Que muestren un deterioro progresivo del control glucémico (**HbA1c > 7,5 %**) a pesar del tratamiento convencional optimizado y en los que, especialmente, coexistan otras comorbilidades mayores no controladas adecuadamente (dislipemia aterogénica, HTA, apneas obstructivas del sueño).

2.2.-La inclusión de pacientes fuera de estos criterios debe formar parte de protocolos de investigación bien diseñados y controlados, confrontados a tratamientos convencionales basados en cambios del estilo de vida y tratamiento farmacológico habitual.

3.-Conviene señalar que las tasas de remisión son menores cuando el diagnóstico de la diabetes supera los 10 años, el paciente recibe tratamiento con insulina y existe evidencia de escasa reserva pancreática.

Criterios de remisión

Se debe emplear el concepto de **remisión** y no el de curación en la evaluación de los resultados tras la cirugía metabólica.

Los criterios de remisión de la DM2 propuestos en este posicionamiento son los mismos que los establecidos por consenso por un grupo de expertos endocrinólogos, cirujanos bariátricos, onco-hematólogos y educadores en diabetes (Buse et al, 2009).

<i>Remisión parcial</i>	HbA1c no diagnóstica de DIM (< 6.5%). Glucosa basal 100-125 mg/dl (5.6-6.9 mmol/l). Ausencia de tratamiento farmacológico. Al menos un año de duración.
<i>Remisión completa</i>	HbA1c "normal"(< 6%). Glucosa basal< 100 mg/dl (< 5.6 mmol/l). Ausencia de tratamiento farmacológico. Al menos un año de duración.
<i>Remisión prolongada</i>	Al menos 5 años de remisión.
<i>Mejoría</i>	HbA1c < 7%, con tratamiento farmacológico

En cualquier caso la cirugía debe contribuir, en la mayoría de los pacientes, a alcanzar las metas mínimas de buen grado control metabólico (con/sin tratamiento activo coadyuvante):

HbA1c < 7 %, cLDL < 100 mg/dL, triglicéridos < 150 mg/dL, cHDL > 40 mg/dL (hombres) y > 50 mg/dL (mujeres), así como de presión arterial < 140/80 mm Hg.

Técnicas quirúrgicas

La cirugía metabólica debe ser realizada por un cirujano bariátrico experto (según criterios de acreditación definidos por SECO), cuya técnica quirúrgica comporte una mortalidad < 1 %, una morbilidad < 10% y un índice de reintervenciones < 2% anual.

La cirugía metabólica debe basarse en técnicas ya conocidas pudiendo adaptarse a las nuevas condiciones de peso y control metabólico que necesite el paciente. Los procedimientos novedosos deben formar parte únicamente de ensayos clínicos.

La cirugía metabólica debe realizarse en el contexto de una colaboración interdisciplinar que agrupe, con los cirujanos bariátricos, a otros especialistas con los que compartir experiencias

y resultados: endocrinólogos, cardiólogos, neumólogos, internistas, radiólogos, investigadores básicos y clínicos, etc.

Consideraciones finales

Las sociedades científicas firmantes del presente documento consideran la necesidad de valorar la incorporación progresiva y racional de la cirugía metabólica como un tratamiento alternativo eficaz en los algoritmos de tratamiento escalonado de la DM2.

Bibliografía

- ▶ American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2013 {Position Statement}. Diabetes Care 2013; 36 {suppl1}: S11-66.
- ▶ Buse JB, Caprio S, Cefalu WT et al. How do we define cure of diabetes? Diabetes Care 2009; 32:2133-5.
- ▶ Dixon JB, Zimmet P, Alberti KG, Rubino F. Bariatric surgery: an IDF statement for obese type 2 diabetes. Diabet Med 2011; 28: 628-42.
- ▶ Lecube A, Burguera B, Rubio MA; Grupo de Trabajo de Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición {GOSEEN}. Breaking therapeutic inertia: should metabolic surgery be considered one more option for the treatment of type 2 diabetes mellitus? Endocrinol Nutr 2012;59:281-3. Madrid 14-15 de marzo de 2013.

AULA CARDIOMETABÓLICA

Determinación e interpretación del Índice Tobillo-Brazo.

Dr. D. Mateu Seguí Díaz
Dr. D. Alfonso Barquilla García

El ITB es la razón de dividir la presión arterial sistólica (PAS) de los tobillos por el valor de la PAS de las arterias braquiales.

En condiciones normales la PAS debería ser igual en las braquiales que en las arterias de la extremidad inferior pero si hay una dificultad para el paso de la sangre (aterosclerosis,...) la presión en las arterias de las piernas será inferior y el cociente ya no será 1 sino menor.

Un ITB < 0,9 nos valdría como indicador diagnóstico de enfermedad arterial periférica aún en ausencia de clínica de claudicación.

Además de ser un método para el diagnóstico de la arteriopatía periférica con alta sensibilidad y especificidad, el ITB tiene utilidad como factor pronóstico de la enfermedad cardiovascular, de tal modo que un ITB < 0,9 indica un riesgo aumentado de sufrir infarto de miocardio (IAM), accidente vascular cerebral (AVC), mortalidad cardiovascular y mortalidad por cualquier causa.

¿Cómo se realiza?

La determinación de esta prueba es fácil y solo dura 20 minutos.

Para ello precisamos un esfigmomanómetro y un *dopler* con una sonda de 8 Mhz. Se mide la PAS en ambos brazos (con el *dopler*) y se selecciona la más elevada. A continuación medimos la PAS en la arteria pedia y en la tibial posterior de una pierna. El cociente entre la mayor de estas dos medidas y la mayor de las encontradas en los brazos nos dará el ITB de esa extremidad.

Se repite la misma operación en la otra pierna. Cada paciente tiene dos ITB. A efectos de riesgo vascular escogemos el peor de los dos.

Tiene la ventaja, además, de que es reproducible y tiene poca variabilidad interobservador lo que la hace muy eficaz.

¿Quién puede realizar esta prueba?

Dada su sencillez es parte de las técnicas que hace el personal de enfermería y puede, también, ser realizado por los médicos de atención primaria, siempre que se dispongan de 20 minutos en la consulta.

¿En qué pacientes debemos determinar el ITB?

Básicamente en individuos con riesgo cardiovascular intermedio (nos ayuda a valorar si realmente su riesgo es más elevado) y en pacientes diabéticos, fumadores y individuos de edad avanzada (mayores de 65 años) que son los que tiene mayor prevalencia de esta patología.

Bibliografía

- ▶ Mostaza J, Vicente I, Cairols M, Castillo J, González-Juanatey J, Pomar J. Índice tobillo-brazo y riesgo cardiovascular. Med Clin (Barc). 2003;121:68-73.
- ▶ Manzano L, Mostaza JM, Suárez C, Cairols M, Redondo R, Valdivielso P, et al. Modificación de la estratificación del riesgo vascular tras la determinación del índice tobillo-brazo en pacientes sin enfermedad arterial conocida. Estudio MERITO. Med Clin (Barc). 2007;128:241-6.
- ▶ Resnick H, Lindsay R, McDermott M. Relationship of high and low ankle brachial index to all-cause and cardiovascular disease mortality: the Strong Heart Study. Circulation. 2004;109:733-9.
- ▶ Van der Meer I, Bots M, Hofman A, Del Sol A, Van der Kuip D, Witteman J. Predictive value of noninvasive measures of atherosclerosis for incident myocardial infarction: the Rotterdam Study. Circulation. 2004;109:1089-94.
- ▶ Ankle Brachial Index Collaboration. Ankle Brachial Index combined with Framingham Risk Score to predict cardiovascular events and mortality. JAMA. 2008;30:197-208.

Exploración del pie diabético

Dra. D^a. Flora López Simarro
Dra. D^a. Ana de Santiago Nocito

El “pie diabético” es una de las complicaciones crónicas más graves de los pacientes diabéticos, por la gran repercusión en la calidad de vida de la persona afectada, así como por el coste social y económico que lleva asociado. Está considerada la primera causa de amputación de los miembros inferiores no traumática, en los países occidentales. Se estima que entre 15-25% de los pacientes diabéticos van a desarrollar a lo largo de su vida lesiones en los pies.

La secuencia de eventos que conducen a la amputación de la extremidad inferior es bien conocida: en personas con neuropatía o enfermedad vascular periférica, un trauma menor en el pie conduce a ulceración de la piel, infección y en última instancia gangrena, teniendo como resultado la amputación. Todo ello en un ambiente de hiperglucemia mantenida.

Factores de Riesgo

Factores predisponentes, originan un pie vulnerable de padecer lesiones:

1. Neuropatía: implicada en 85-90%, de modo que un pie insensible es un pie de alto riesgo. Interviene la neuropatía sensitiva con pérdida de la sensibilidad protectora, la neuropatía motora

con atrofia muscular dando lugar a deformidades del pie y la neuropatía autonómica con reducción del sudor, produciendo sequedad con grietas y fisuras.

2. Enfermedad vascular periférica: es el factor más importante relacionado con la evolución de la úlcera del pie diabético. Los signos más importantes son: dolor, ausencia de pulsos, cambios de color y temperatura.

Factores desencadenantes, son factores ambientales que originan la úlcera o necrosis: traumatismos (calzados), temperaturas extremas, utilización de callicidas, deformidades de los pies, etc.

Factores agravantes: infección e isquemia que determinan el pronóstico de la úlcera y de la extremidad en muchos casos.

Despistaje del pie diabético

Se realizará en el momento del diagnóstico y al menos una vez al año, en función del riesgo (ADA 2013). Realizaremos:

1. Anamnesis: Antecedentes, edad y duración de DM, grado de control glucémico y factores de riesgo (tabaco, HTA, obesidad)
2. Inspección: Piel, uñas, alteraciones biomecánicas y deformidades anatómicas
3. Palpación de pulsos: Pedios, tibiales posteriores y poplíteo
4. Sensibilidad: Táctil y dolorosa (monofilamento 5.07). Vibratoria (diapasón 128 Hz). Reflejos aquileo y rotuliano.

La sensibilidad protectora la estudiaremos con el monofilamento y al menos una de éstas: diapasón, sensación de pinchazo (pin-prick), umbral de percepción de vibraciones y reflejo aquileo. Una prueba anormal sugiere pérdida de la sensibilidad de protección. Dos pruebas normales, descartan la pérdida de sensibilidad.

Monofilamento 5.07 (nivel de evidencia I y grado de recomendación A). No está estandarizado el número de puntos a evaluar (3, 4 ó 10 puntos). La ausencia de sensibilidad en 4 de los 10 puntos explorados tiene una sensibilidad del 97% y una especificidad del 83% en relación con la pérdida de sensibilidad protectora.

Diapasón de 128 Hz (nivel de evidencia I y grado de recomendación A) Aplicado a nivel de falange distal del primer dedo y prominencia ósea, bien de extremo distal de primer metatarsiano o maléolo tibial.

Reflejo Aquileo: explora L5, S1 y S2. Si es negativo o asimétrico, existe una alteración de la sensibilidad propioceptiva

Efectividad de los programas de cribado y prevención

Varios estudios han demostrado que los programas de prevención sobre cuidados del pie, debidamente estandarizados y aplicados pueden reducir la aparición de lesiones hasta en un 50% de los casos y 80% de las amputaciones.

- ▶ El buen control metabólico y de otros factores de riesgo cardiovascular evita la aparición y mejora la progresión de las lesiones del pie diabético (A).
- ▶ El cese del tabaquismo evita la aparición y mejora la progresión de las lesiones del pie diabético (B)
- ▶ La educación acerca del autocuidado de los pies evita la aparición y mejora la progresión de las lesiones del pie diabético (B)
- ▶ Los pacientes de bajo riesgo podrían utilizar calzado habitual, mientras que los pacientes con deformidades en los pies podrían beneficiarse de calzado terapéutico (B)

Lectura de retinografías

Dr. D. José Escribano Serrano
Dra. D^a. M^a Paz Pérez Unanua

OBJETIVOS:

- ▶ Familiarizarnos con la lectura sistemática de retinografías y conocer las lesiones fundamentales de la retinopatía diabética.
- ▶ Establecer las estrategias de cribado adecuadas para la detección precoz, clasificación y el seguimiento de la retinopatía diabética.

La Retinopatía Diabética (RD) es la complicación microvascular más frecuente de la diabetes y principal causa de deficiencia visual y ceguera en personas entre los 20 y 74 años en los países desarrollados. Los principales factores de riesgo de la RD son el tiempo de evolución de la diabetes y el grado de control metabólico. La mejoría del control metabólico y el diagnóstico precoz han contribuido a que la prevalencia de RDNP en España haya disminuido en las últimas dos décadas pasando de valores entorno al 40% a las cifras actuales de entre el 20 y 30 %, dependiendo de los distintos estudios. La prevalencia de la RD proliferativa (RDP) sin embargo se mantiene estable entre el 4 y 6% y la del edema macular entre el 1,4 y 8 %. La implantación de programas de cribado de la RD desde Atención Primaria requiere una inversión inicial en medios tecnológicos, dedicación, formación y entrenamiento específico del profesional sanitario, y es imprescindible la coordinación entre atención primaria y atención hospitalaria. Se recomienda realizar una exploración del fondo de ojo a todos los pacientes con diabetes tipo 2 en el momento del diagnóstico y posteriormente con una periodicidad anual. En personas de bajo riesgo, puede ser costo-efectivo un control cada dos años.

¿Qué es la Retinografía y para qué sirve?

La Retinografía es una técnica que se utiliza en la exploración del fondo del ojo para obtener fotos en color de la retina y que permite visualizar los vasos sanguíneos de nuestros pacientes. Las imágenes obtenidas pueden ser almacenadas en bases de datos, lo que permite analizarlas con detenimiento, detectar la presencia de RD, clasificar la gravedad de la enfermedad, asesorar sobre el manejo clínico e indicar los casos que deben ser remitidos al oftalmólogo para seguimiento y tratamiento precoz de las lesiones.

El diagnóstico y la clasificación de la RD se establecen en relación a las lesiones observadas:

No RD

- ▶ Retinopatía diabética no proliferativa (RDNP), sin neovascularización retiniana y que se divide en leve, moderada, grave o muy grave, según las lesiones que observemos en la retina: microaneurismas, lesiones además de los microaneurismas pero que no son criterio de RDNP grave o cualquiera de los siguientes hallazgos: más de 20 hemorragias retinianas en los 4 cuadrantes, venas arrosariadas en más de 2 cuadrantes. Anomalías microvasculares intraretinianas en más de 1 cuadrante y no signos de RDP
- ▶ Retinopatía diabética proliferativa (RDP): neovascularización, hemorragia vítrea/retiniana.

La lectura sistemática de retinografías nos enseñará a identificar las principales lesiones que aparecen en la RD. "Imágenes, imágenes y más imágenes" para distinguir cruces arteriovenosos, microaneurismas, hemorragias retinianas, exudados duros, algodonsos, neovascularización, edema macular...

TALLERES

Individualización del tratamiento en las personas con diabetes mellitus tipo 2.

Dr. D. José Mancera Romero
Dra. D^a. Celia Cols Sagarra

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM tipo 2) es una enfermedad muy prevalente en España, alrededor el 13%, y la mayoría de estos pacientes son controlados por los médicos de Atención Primaria. Conocemos el efecto negativo que pueden tener valores elevados y persistentes de hemoglobina glucosilada (HbA1c) en la aparición de complicaciones macro y microvasculares y los recursos sanitarios que esto supone.

A pesar de que los objetivos de control son similares en todos estos pacientes, en los últimos consensos del tratamiento de la DM tipo 2 ya se nos comenta la importancia en la individualización tanto en los objetivos de control como en el tratamiento de los pacientes, debido a que no todas las personas con esta enfermedad tienen las mismas características ya sea por edad, complicaciones, consideraciones sociales, etc. Por este motivo es necesario realizar un enfoque personalizado con cada una de ellas.

Este taller se basa en un proyecto formativo realizado desde la Atención Primaria para médicos de Atención Primaria con el objetivo de actualizar y mejorar la práctica clínica en el tratamiento de las personas con DM tipo 2.

A lo largo del taller se desarrollarán tres casos clínicos que presentan diferentes situaciones en las que se pone de manifiesto la importancia del abordaje particular de cada paciente, centrándose en los objetivos de control glucémico y en un plan terapéutico individualizado: paciente con riesgo de hipoglucemia, paciente con microalbuminuria y paciente anciano. Son tres situaciones cada vez más habituales en nuestras consultas y que requieren adaptarse a cada circunstancia. Se formularán preguntas interactivas para fomentar la participación de todos los asistentes al taller, planteando las diferentes opciones en cada uno de los casos.

Insulinoterapia en Diabetes Mellitus tipo 2.

Dr. D. Antonio Hormigo Pozo
Dr. D. José Manuel Comas Samper

Está reconocida la característica de pandemia de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). En nuestro país, los últimos estudios han elevado la prevalencia de la DM hasta el 12% de la población adulta, con la característica añadida de que un tercio de ella es desconocida¹.

La DM2 está considerada como un factor de riesgo elevado para la enfermedad cardiovascular. En España entre el 21 y el 31 % de los pacientes con DM2 sufren alguna forma de macroangiopatía, representando un porcentaje alrededor del 20% de los pacientes coronarios². Se conoce que la mortalidad cardiovascular en la DM2 es extraordinariamente elevada, alrededor del 70%³.

Es una evidencia la necesidad y beneficio de un buen control metabólico^{4,5}. El inicio de la terapia con insulina suele generar resistencias, en este taller se intenta adiestrar a los médicos y resolver los problemas que pueda acarrear, además de facilitar herramientas de coordinación y desarrollo en el ámbito de la Atención Primaria incluyendo el papel de la enfermería, por las características de cronicidad, alta prevalencia y necesidad de coordinación de todas las actividades en la DM2⁶.

El objetivo esencial será la individualización del tratamiento con insulina, adecuación a cada paciente según sus características, con aplicación de los distintos algoritmos y guías de las Sociedades científicas^{7,8}.

El inicio de tratamiento con insulina (basal, mezcla o prandial) y la intensificación del tratamiento (basal-plus o basal-bolo) desde el punto de vista teórico y con casos clínicos para su resolución servirán para el desarrollo de nuestro taller.

1. Estudio epidemiológico de la diabetes en España. Estudio «di@bet.es». <http://www.redgdps.org/index.php?idregistro=483> (consultado Marzo 2011)
2. Villar F, Banegas JR, Donato J, Rodríguez-Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2003. Madrid 2003
3. Eckel RH, Kahn R, Robertson RM, Rizza RA.. Preventing cardiovascular disease and diabetes: a call to action from the ADA and AHA. *Circulation*. 2006;113:2943-
4. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Neil HA, Matthews DR. Long-term follow-up after tight control of blood pressure in type 2 diabetes. *N.Eng J Med*. 2008;359(15): 1577-898.
5. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*. 2000; 321(7258): 405-12.
6. Artola S, García-Soidan J, Nvarro-Pérez J, Goday A, Gorgojo JJ, Franch J Consenso de GEDAPS para el inicio de la insulización en pacientes con DM2. Disponible en: <http://www.redgdps.org/index.php?idseccion=304> (Marzo 2011)
7. Algoritmo de tratamiento de la DM2. RedGEDAPS 2009. Disponible en <http://redgdps.org>
8. Menéndez E, Lafita J, Artola S, Millán J, Alonso A, Puig M, García JJ, Álvarez F, García J, Mediavilla JJ, Miranda C, Romero R. Documento de consenso - Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. *Av Diabetol*. 2010;26:331-8

intensivo reduce las complicaciones microvasculares, mientras que no existen datos claros respecto a las complicaciones macrovasculares. Por lo que es necesario establecer unos objetivos de control glucémico individualizados. En este sentido, en 2012, se ha publicado un Posicionamiento consensuado de la ADA y la EASD sobre el manejo de la hiperglucemia, singularmente centrado en el paciente y donde se enfatiza aún más el abordaje individualizado tanto para determinar los objetivos de control como para la elección de los fármacos. Destacando que cualquier objetivo es el reflejo del acuerdo entre el clínico y el paciente.

Como se mencionó previamente los mecanismos implicados en la homeostasis de la glucosa son complejos y afectan a diferentes órganos. Así, el riñón juega un papel importante en el metabolismo de la glucosa y se ha considerado una diana de intervención terapéutica. Los co-transportadores de sodio-glucosa tipo 2 (SGLT-2), median la mayoría de la reabsorción de glucosa desde el túbulo contorneado proximal. Por lo que el bloqueo de la acción de dichos transportadores de glucosa provoca glucosuria, y por consiguiente descenso de la glucosa plasmática. En este sentido, se han desarrollado fármacos que inhiben a dichos co-transportadores de los SGLT2 para el control glucémico. El mecanismo de acción, a diferencia del resto de los fármacos antidiabéticos existente, es independiente de insulina, por lo tanto, su mecanismo de acción es complementario a otros antidiabéticos. Su eficacia terapéutica estimada por el descenso de la HbA1c es entre 0.5-1.5%. Además, conllevan otros efectos beneficiosos para el manejo del paciente diabético tipo 2 como la pérdida de peso y baja tasa de hipoglucemias. Por otro lado, producen otros efectos como el descenso de la presión arterial, que en determinados pacientes debe considerarse un efecto adyuvante beneficioso. En general, son bien tolerados. Los efectos adversos más frecuentes son infecciones genitourinarias que son leves en la mayoría de los casos. En cuanto a los efectos de los inhibidores de SGLT2 sobre las complicaciones diabéticas a largo plazo, aún no se dispone de los resultados derivados de los estudios clínicos que están desarrollándose. En el momento actual, la Agencia Europea del Medicamento ha aprobado la dapagliflozina para el tratamiento de la diabetes tipo 2 como tratamiento adyuvante a la dieta y ejercicio, en combinación con otros antidiabéticos, incluyendo insulina y en monoterapia en pacientes intolerantes a metformina.

Como conclusión el manejo de la diabetes tipo 2 es cada vez más complejo y se precisan nuevas dianas terapéuticas para alcanzar los objetivos de control, los inhibidores SGLT2 constituyen una nueva y muy atractiva vía terapéutica, no sólo por su novedoso mecanismo de acción sino por los posibles beneficios adicionales que conllevan.

ENCUENTRO CON EL EXPERTO

Nuevos fármacos en el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2: inhibidores de los SGLT2.

Dra. D^a. Olga González Albarrán

La diabetes constituye en nuestros días un problema creciente de salud pública, debido al gran incremento en su prevalencia como consecuencia principalmente del notable aumento del sobrepeso/ obesidad, así como del envejecimiento de la población.

En las últimas décadas, gracias al mayor conocimiento de las vías de control de la homeostasis de la glucosa y de los mecanismos fisiopatológicos de la diabetes, se han desarrollado nuevas opciones terapéuticas que han aumentado la complejidad del manejo de la hiperglucemia, con sus beneficios y potenciales efectos adversos.

Sin olvidar, que el objetivo último del tratamiento de la diabetes es intentar reducir las complicaciones microvasculares y macrovasculares, así como la mortalidad prematura, lo que requiere una aproximación integral del conjunto de los factores de riesgo cardiovascular. A éste respecto, es bien conocido que la HbA1c constituye un predictor del desarrollo de complicaciones tardías de la diabetes. Así, numerosos estudios observacionales y ensayos clínicos han demostrado que un control glucémico más



I JORNADAS NACIONALES DIABETES SEMERGEN

www.jornadasdiabetes.com

info@jornadasdiabetes.com



Organiza



 <https://www.facebook.com/Semergen>

 <http://www.twitter.com/SEMERGENap>

Secretaría Técnica



C/Narvéez 15-1^{izq}
28009 · Madrid
tel: 902 430 960
fax: 902 430 959
info@apcongress.es

JANSSSEN
CAMBIARÁ
TU FORMA
DE VER LA
DIABETES

