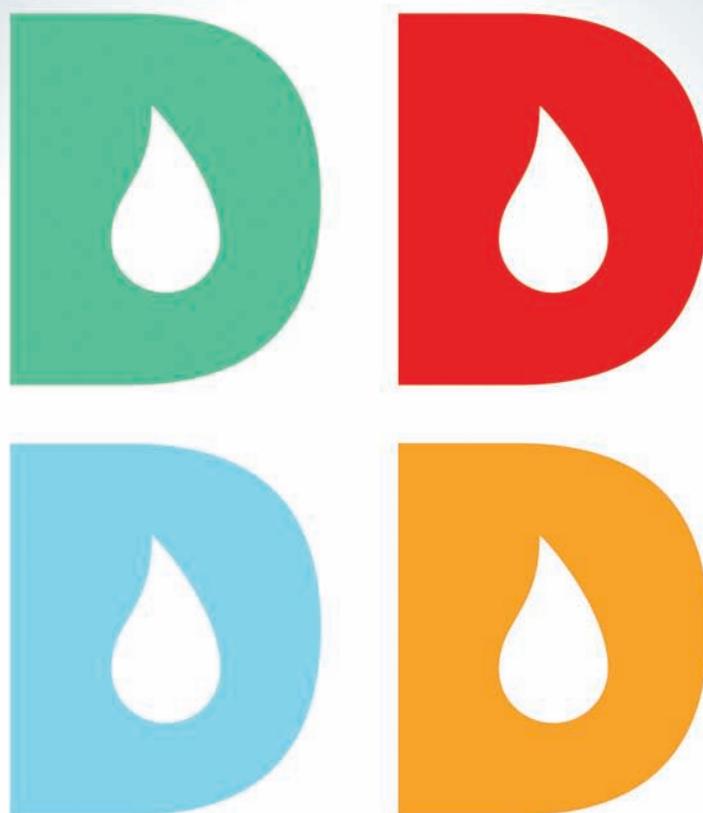


REVISTA ANDALUZA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Publicación Oficial de SEMERGEN Andalucía

Número extraordinario de la Revista – Marzo 2015.

ISSN: 2254 - 4410



III Jornadas Nacionales
DIABETES
SEMERGEN

Hotel Monte Málaga, 13 y 14 de Marzo 2015

www.jornadasdiabetes.com info@jornadasdiabetes.com



Secretaría técnica:



C/Narváez 15-12g
28009 - Madrid
tel: 902 430 960
fax: 902 430 959
info@apcongress.es

Comité editorial:

Editora jefe:

María Rosa Sánchez Pérez. CS Ciudad Jardín. Málaga.
Vicepresidenta de Desarrollo de Proyectos Científicos Semergen Andalucía.

Consejo asesor:

Juan Carlos Aguirre Rodríguez. CS Casería de Montijo. Granada.

Inés Bonilla Garríguez. CS Huelva-Centro.

Rafael Carrascal Garrido. CS Salud Armilla. Granada.

Francisco Javier Fonseca del Pozo. DCCU Córdoba.

Antonio Hormigo Pozo. CS Puerta Blanca. Málaga.

José Mancera Romero. CS Ciudad Jardín. Málaga.

José Luis Martíncano Gómez. CS Jabugo. Huelva.

Alfredo Ortiz Arjona. CS La Carlota. Córdoba.

Jesús Vergara Martín. CS Huércal. Almería.

Junta Directiva Autonómica SEMERGEN Andalucía

Juan Sergio Fernández Ruiz
Presidente

Manuel Jiménez de la Cruz
Vicepresidente Económico y de Relaciones Institucionales

María Rosa Sánchez Pérez
Vicepresidenta de Desarrollo de Proyectos Científicos

Antonio Hormigo Pozo
Secretario de Proyectos Formativos

Francisco Javier Fonseca del Pozo

Juan Carlos Aguirre Rodríguez

Rafael Carrascal Garrido
Área de Formación

Jesús Vergara Martín
Secretario de Proyectos de Investigación

Inés Bonilla Garríguez
Área de Investigación

Alfredo Ortiz Arjona
Secretario de Nuevas Tecnologías

María Jesús Cruz Rodríguez
Vicepresidenta de Coordinación de Actividades Provinciales

Pablo Panero Hidalgo
Secretario General

*Área de Representación Institucional y
Coordinación Provincial*

Juan Antonio Gil Campoy
Vocal de Almería

Enrique Alcaraz Vera
Vocal de Cádiz

Rosa Marín Montero
Vocal de Córdoba

Teresa García Sánchez
Vocal de Granada

José Bueno Vázquez
Vocal de Huelva

José Ignacio Peis Redondo
Vocal de Jaén

José Mancera Romero
Vocal de Málaga

José Ángel Blanco Leira
Vocal de Sevilla

Número extraordinario de la Revista - Marzo 2015

ISSN: 2254-4410

Copyright 2015. Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de éste material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o 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.

Málaga, 13 de marzo de 2015

Estimados compañeros:

Como presidente de la Junta Directiva de SEMERGEN-Andalucía es para mí un enorme placer presentar este número extraordinario de nuestra revista de SEMERGEN-Andalucía: “Revista Andaluza de Atención Primaria”.

Esta iniciativa nació como un proyecto ilusionante en el cual nos embarcamos en el Congreso de Úbeda y poco a poco se va convirtiendo en referencia para los jóvenes investigadores de Andalucía, los cuales en muchos de los casos publican por primera vez sus trabajos en estas páginas, porque en ellas tienen cabida todos los profesionales sanitarios de nuestra comunidad autónoma. Hoy nuestra publicación ya tiene cuatro años de vida y que mejor escenario que la elaboración de un número extraordinario con motivo de las III Jornadas Nacionales de Diabetes de SEMERGEN que siempre ha estado de la mano de la investigación, el estudio y la formación.

Mediante esta Revista Andaluza de Atención Primaria todas las comunicaciones admitidas por el comité científico del congreso serán publicadas, adquiriendo el valor de una publicación científica, que consideramos desde esta Junta Autonómica de vital importancia para todas las personas en su andadura profesional.

Valoramos como imprescindible la investigación, la actividad científica y el desarrollo de las inquietudes propias de los Médicos de Atención Primaria, que sacrificamos de buen agrado parte de nuestro tiempo libre y de la relación con nuestras propias familias y seres queridos a esa formación constante. Desde SEMERGEN Andalucía es nuestro sincero compromiso estar al lado de todos los profesionales con el deseo de investigar y progresar.

Los tiempos han cambiado, los formatos han ido evolucionando a una velocidad de vértigo, las páginas de aquellos pesados libros que consultábamos hasta altas horas de la madrugada en la biblioteca han dado paso al universo de información a golpe de tecla. No hemos sido ajenos a esta realidad y por eso queremos seguir estando al lado de los médicos jóvenes y los no tan jóvenes que han presentado comunicaciones a este congreso y es a los que esta iniciativa editorial de SEMERGEN-Andalucía viene a dar respuesta en apoyo del reconocimiento de su esfuerzo personal.

Desde aquí agradezco a los miembros del Comité Científico el arduo trabajo en la evaluación de todas las propuestas recibidas, no ha sido fácil el seleccionar las mejores hasta llegar aquí con el poco margen de tiempo asignado a esta tarea.

Juan Sergio Fernández Ruiz
SEMERGEN-Andalucía
Presidente

COMITÉS

Comité Organizador

Presidente

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.

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. José Manuel Comas Samper

Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Coordinador Nacional de los Grupos de trabajo de SEMERGEN.

Dr. D. José Escribano Serrano

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

Dr. D. Juan Sergio Fernández Ruiz

Médico de Familia. Centro de Salud Armilla. Granada. Presidente de SEMERGEN Andalucía.

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.

Dr. D. Miguel Ángel Prieto Díaz

Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Área Sanitaria IV. Oviedo. Coordinador Área Cardiovascular de SEMERGEN. Responsable de Congresos y Jornadas de SEMERGEN.

Comité Científico

Presidente

Dr. D. José Mancera Romero

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

Miembros

Dr. D. Juan Carlos Aguirre Rodríguez

Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Distrito Sanitario Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Dra. D^a. Margarita Alonso Fernández

Médico de Familia. Centro de Salud La Ería. Oviedo. Asturias. 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.

Dra. D^a. M^a Paz Pérez Unanua

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

RESÚMENES DE PARTICIPACIÓN

SESIONES DE ACTUALIZACIÓN

Ponencia de actualización 1: Novedades en insulinas para la gestión en el paciente diabético.

Moderador:

Dr. D. José Mancera Romero

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

Ponente:

Dr. D. Fernando Gómez Peralta

Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital General de Segovia. Segovia.

La secreción de insulina en condiciones normales es el mejor modelo para diseñar un tratamiento con insulina. Desde hace 50 años se ha intentado producir insulinas de larga duración. La insulina NPH permanece desde entonces en nuestro vademécum. Su farmacocinética dista mucho, sin embargo, del concepto de insulina basal. Desde hace 15 años disponemos de una primera generación de insulinas (glargina y detemir) con vocación real de aportar una concentración basal de insulina. Tanto glargina como detemir han demostrado reducir el riesgo de hipoglucemia (especialmente nocturna), la ganancia ponderal y la variabilidad intrasujeto asociados a la administración de NPH/NPL.

Estas insulinas basales de primera generación han cambiado nuestra forma de tratar la diabetes de forma sustancial: régimen de ingesta más parecido al habitual y flexible en horarios, administración cómoda y adaptada a las preferencias individuales, administración conjunta con agentes orales,... Además, han aportado una reducción de la inercia clínica que retrasaba la insulinoterapia debido a la facilidad y seguridad en el inicio.

Sin embargo, la farmacodinámica de estas primeras insulinas basales todavía dista de ser idéntico a la producción de insulina endógena basal. La cobertura de forma estable de 24 horas no es siempre alcanzada con las insulinas basales actuales, especialmente en el caso de detemir, que precisa dos inyecciones diarias en aproximadamente el 50% de los pacientes. Tampoco el perfil farmacocinético de las mismas es completamente plano. En breve dispondremos de nuevas insulinas basales de "2ª generación" que esperamos mejoren el rendimiento clínico de las actuales y, por tanto, la satisfacción y seguridad de nuestros pacientes. Los datos científicos ya conocidos de estas nuevas opciones serán revisados durante esta ponencia.

Ponencia de actualización 2: SGLT1 + SGLT2. Una buena combinación.

Moderadora:

Dra. D^a. Trinidad Soriano Llorca

Médico de Familia. Centro de Salud Canal de Panamá. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Ponente:

Dr. D. Pedro Mezquita Raya

Endocrinólogo adjunto en Hospital Torrecárdenas. Almería.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una compleja alteración metabólica caracterizada por una combinación de resistencia y alteración en la secreción de insulina. Constituye una de las patologías crónicas que más aumentaron en los últimos decadas, en España se estima que su prevalencia es del 13.8%⁽¹⁾. Actualmente, además de las insulinas, se dispone de ocho grupos de fármacos anti-diabéticos. Todos ellos, en distinto grado, han demostrado su eficacia en el manejo de la hiperglucemia y se diferencian fundamentalmente por su influencia en dos factores adversos para el paciente que sufre la DM2, el riesgo de hipoglucemia y su efecto ponderal. Así, las recientes recomendaciones de distintas sociedades científicas priorizan la utilización de las opciones terapéuticas que no incrementan el riesgo de hipoglucemia y que presentan un efecto ponderal neutro o negativo. Entre estas opciones destacan los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (sodium-glucose cotransporter type 2 inhibitors, iSGLT2).

La acción principal de iSGLT2 es incrementar la eliminación de glucosa mediante la inhibición de su reabsorción a nivel renal. Este mecanismo de acción es dosis-dependiente e insulín-independiente, por lo que es útil en todas las fases de la DM2 y complementario a los efectos del resto de grupos de fármacos antidiabéticos, incluidas las terapias con insulina. La eliminación renal de glucosa induce una mejoría significativa del control metabólico junto con un descenso ponderal sin incrementar el riesgo de hipoglucemia. Los fármacos iSGLT2 difieren en su grado de afinidad por otro cotransportador sodio-glucosa, el SGLT1 (sodium-glucose cotransporter type 1)⁽²⁾. Este se encuentra principalmente en el intestino, donde media la absorción de glucosa, y también está presente en el riñón, siendo responsable de aproximadamente un 10% de la reabsorción de glucosa a nivel renal en sujetos sanos. La diferente selectividad por estos cotransportadores SGLT1 y SGLT2 explicaría las diferencias de acción entre las distintas moléculas de este grupo farmacológico. En esta línea, se ha publicado que el iSGLT2 que presenta también una cierta afinidad por SGLT1 (canagliflozina) consigue una menor elevación de la glucemia postprandial⁽³⁾, hecho que podrían deberse

a su capacidad adicional de bloquear parcialmente el SGLT1 a nivel intestinal. La inhibición intestinal de SGLT1 es transitoria, por lo que no induce los efectos adversos gastrointestinales típicos de un bloqueo completo, y las concentraciones plasmáticas de canagliflozina no alcanzan niveles suficientes para inhibir de forma significativa los SGLT1 a nivel renal.

La capacidad de inhibición de SGLT1 podría tener valor añadido en el tratamiento con este tipo de fármacos. Desafortunadamente, salvo los estudios farmacodinámicos, no disponemos aún de ensayos clínicos que comparen directamente, a medio o largo plazo, los distintos fármacos catalogados como iSGLT2.

Referencias:

- 1.- Soriguer F et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012 Jan;55(1):88-93.
- 2.- Fujita Y, Inagaki N. Renal sodium glucose cotransporter 2 inhibitors as a novel therapeutic approach to treatment of type 2 diabetes: Clinical data and mechanism of action. *J Diabetes Investig*. 2014 May 4;5(3):265-75.
- 3.- Sha S et al. Pharmacodynamic differences between canagliflozin and dapagliflozin: results of a randomized, double-blind, crossover study. *Diabetes Obes Metab*. 2015 Feb;17(2):188-97.

**Ponencia de actualización 3:
Diabetes y seguridad cardiovascular.**

Moderador:

Dr. D. Alfonso Barquilla García

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

Ponente:

Dr. D. Miguel Brito Sanfiel

Servicio de Endocrinología. Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

La enfermedad cardiovascular supone la primera causa de mortalidad en diabetes tipo 2. La mejora del control glucémico ha demostrado reducir las complicaciones microvasculares, pero la evidencia es menos concluyente sobre las macrovasculares.

En diciembre 2008 la FDA publicó una guía para la evaluación de nuevos fármacos para el tratamiento de la diabetes tipo 2. Desde entonces los laboratorios deben aportar estudios que evalúen el riesgo cardiovascular. Los estudios de fase II y III deben demostrar que no se relacionan con un riesgo inaceptable de enfermedad cardiovascular. Implica realizar estudios con mayor número de pacientes y mayor duración, y deben incluir a pacientes de mayor edad que ya estén en riesgo de enfermedad cardíaca.

El estudio SAVOR⁽¹⁾ publicado en 2013 evalúa un inhibidor de DPP4, saxagliptina frente a placebo en pacientes

16492 diabéticos tipo 2 de alto riesgo cardiovascular, por haber presentado ya un evento (78% de los pacientes) o presentar múltiples factores de riesgo. El paciente tipo era un varón de 65 años con IMC de 31 con diabetes desde hace 10 años con regular control metabólico (A1c 8.0%). No hubo diferencias entre saxagliptina y placebo en los objetivos primario y secundario al finalizar el estudio tras una mediana de 2 años, concluyendo que el fármaco no aumenta ni disminuye el riesgo cardiovascular. Hubo un hallazgo no esperado, mayor tasa de ingresos por insuficiencia cardíaca con saxagliptina. Múltiples teorías se barajan para intentar explicar este hallazgo. En los últimos años se han ido publicando trabajos derivados del estudio SAVOR, entre ellos destacan la evaluación de la función renal⁽²⁾ y la estabilidad glucémica y el mantenimiento de la función de la célula beta⁽³⁾.

Referencias:

- 1.- Scirica BM1, Bhatt DL, Braunwald E, et al. Saxagliptin and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 2013 Oct 3;369(14):1317-26. doi: 10.1056/NEJMoa1307684.
- 2.- Udell JA, Bhatt DL, Braunwald E, et al. Saxagliptin and Cardiovascular Outcomes in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus and Moderate or Severe Renal Impairment: Observations From the SAVOR-TIMI 53 Trial. *Diabetes Care*. 2014 Dec 31. pii: dc141850
- 3.- Leibowitz G1, Cahn A, Bhatt DL, et al. Impact of treatment with saxagliptin on glycemic stability and β -cell function in the SAVOR-TIMI53 study. *Diabetes Obes Metab*. 2015 Feb 5. doi: 10.1111/dom.12445.

**Ponencia de actualización 4:
Retos del médico de AP en diabetes:
¿sólo se deben tener en cuenta los niveles glicémicos?**

Moderador:

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. Coordinador Nacional de los Grupos de trabajo de SEMERGEN.

Temas y Ponentes:

SGLT2, ¿Qué paciente se puede beneficiar?

Dr. D. Esteban Jódar Gimeno

Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Quirón. Madrid.

Los iDPP4 como solución en un amplio rango de pacientes.

Dr. D. José Luis Llisterri Caro

Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. Presidente Nacional de SEMERGEN.

Desde hace mucho tiempo, se considera que para un idéntico número de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), existe en el paciente con diabetes una mayor morbimortalidad que en la población general⁽¹⁾.

Así mismo, se ha demostrado que el control intensivo de todos los FRCV, reduce las complicaciones derivadas de la diabetes⁽²⁾.

La obesidad es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de la diabetes tipo 2 (DM2) y para la enfermedad cardiovascular, sin obviar la existencia de dislipemia en aproximadamente la mitad de pacientes con DM2, hipertensión arterial con una prevalencia del 40-60% y tabaquismo con la misma proporción que en población no diabética⁽³⁾.

En base a estos preceptos, nos encontramos que exceptuando la metformina, los tratamientos clásicos en la DM2 condicionan un aumento de peso y no han demostrado beneficios adicionales unidos a mejorar el control glicémico, de ahí que en los nuevos fármacos se busquen mejoras añadidas a su uso e indicación, en base a la individualización del plan terapéutico más idóneo, ajustado a su condición de presentar una DM2 unida a patología concomitante y complicaciones asociadas.

Éstos han sido los fundamentos que han basado el desarrollo de esta mesa, orientada al paciente con DM2 e indicación y beneficio de un tratamiento oral con inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT-2), y de los inhibidores de la dipeptidil-peptidasa 4 (iDPP-4), con el objetivo del tratamiento más indicado para cada paciente y la necesidad de individualizar los tratamientos de acuerdo no sólo del beneficio logrado con el mejor control glucémico, y también mediante el abordaje de otros factores ya referidos.

Referencias:

- 1.- Stamler J, Vaccaro O, Neaton J, Wentworth D. Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the multiple risk factor intervention trial. *Diabetes Care* 1993;16:434-44
- 2.- Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen G, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003;348:383-93
- 3.- Cano-Pérez JF, Franch J y miembros de los grupos de la redGDPS de España. Guía de la diabetes tipo 2. Recomendaciones clínicas con niveles de evidencia. 5a ed. Barcelona. Elsevier España, S.L. 2011

Ponencia de actualización 5: Simplificando el manejo del paciente diabético y/o coronario.

Moderadora:

Dra. D^a. Margarita Alonso Fernández

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

Ponente:

Dra. D^a. Rebeca Reyes García

Endocrino. Unidad de Endocrinología Hospital General Universitario Rafael Mendez. Lorca. Murcia.

Las recomendaciones actuales de tratamiento de la diabetes tipo 2 establecen que el objetivo de control glucémico debe ser individualizado según las características del paciente. En la selección del tratamiento antidiabético deben tenerse en cuenta no sólo las características clínicas del paciente sino también las preferencias de este. A pesar del desarrollo reciente de nuevas terapias antidiabéticas, el control glucémico sigue siendo deficiente y en España casi el 50% de los pacientes con diabetes tipo 2 no alcanza un adecuado control glucémico. Por otra parte, existe una gran variabilidad en el manejo de la diabetes en diferentes ámbitos.

La disponibilidad de diferentes grupos terapéuticos para el tratamiento farmacológico de la diabetes tipo 2 puede dificultar la práctica diaria del médico de Atención Primaria. Además, la complejidad del tratamiento puede determinar una menor adherencia del paciente en una enfermedad crónica como la diabetes tipo 2 que se caracteriza en muchos casos por un escaso concepto de enfermedad y por un bajo cumplimiento de las medidas de estilo de vida y del tratamiento. En cuanto a la selección del tratamiento antidiabético, en muchos casos no existen estudios comparativos que confirmen que una determinada combinación de antidiabéticos es mejor que otra, por lo que la selección del tratamiento antidiabético debe basarse en el criterio clínico. Así, aunque en el momento actual existe acuerdo en que el fármaco de elección como terapia de primera línea debe ser la metformina, cuando consideramos el fármaco a utilizar en segunda y/o tercera línea los posicionamientos de las distintas sociedades científicas son muy diferentes.

El objetivo de esta ponencia es revisar los beneficios y la evidencia disponible acerca de la eficacia y el perfil de efectos secundarios de cada terapia antidiabética, que permita facilitar el abordaje farmacológico del paciente con diabetes tipo 2 y la selección de la mejor opción terapéutica según las características del paciente.

Referencias:

- 1.- Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2015: A Patient-Centered Approach: Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2015;38:140-149.
- 2.- https://www.aace.com/files/aace_algorithm.pdf.
- 3.- <http://www.redgdps.org/index.php?idregistro=948>.

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.

Las personas con diabetes mellitus tipo 2 tienen un riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular de 2 a 4 veces superior al observado en la población general de similar edad y sexo. Este riesgo se mantiene después de ajustar para otros factores clásicos de riesgo cardiovascular. La dislipidemia asociada a la diabetes mellitus tipo 2 se encuentra presente en hasta un 60% de las personas con diabetes y contribuye en gran medida al incremento de riesgo cardiovascular y de morbilidad que presentan estos pacientes. La dislipidemia diabética es una alteración del metabolismo lipídico que se caracteriza por un exceso de triglicéridos, un déficit del colesterol HDL y una alteración de la composición de las lipoproteínas que consiste sobre todo en un exceso de partículas LDL pequeñas y densas. Múltiples ensayos clínicos han demostrado los beneficios del tratamiento farmacológico de la dislipidemia (principalmente estatinas), para prevenir eventos cardiovasculares y mortalidad en personas con diabetes tanto en prevención primaria como secundaria. El presente documento de consenso elaborado por médicos de familia, integrantes del Grupo de Diabetes de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), pretende servir de ayuda en el manejo de las personas con diabetes y dislipidemia a la vista de las recomendaciones más actualizadas.

TALLERES SIMULTÁNEOS

Taller 1: Desde el Predimed hasta al tratamiento Farmacológico.

Ponentes:

Dr. D. Ramón Estruch Riba

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. CIBER Obesidad y Nutrición. Instituto de Salud Carlos III. Santiago de Compostela.

Dr. D. Francisco Carramiñana Barrera

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

Los hábitos de vida son los principales determinantes de la salud en todas las etapas de la vida. Se considera que los 5 principales factores que determinan un estilo de vida saludable son: una dieta sana, un consumo moderado de alcohol (10-30 g/día), no fumar, ser físicamente activo (andar > 40 min/día y ejercicio más intenso > 1 h/semana) y no tener adiposidad abdominal. Los resultados de numerosos meta-análisis y revisiones sistemáticas basados en estudios de cohorte indican que el patrón de alimentación más saludable es la dieta mediterránea (DMed) tradicional. Ésta se define como el patrón de alimentación que tenían los países mediterrá-

neos en los años 60 y se caracteriza por un uso abundante y diario de aceite de oliva, un alto consumo de verduras, fruta, legumbres, cereales, frutos secos y semillas, la ingesta frecuente (y moderada) de vino con las comidas; un consumo moderado de pescado y marisco, productos lácteos fermentados (queso y yogurt), pollo y huevos; y un bajo consumo de carne roja, productos derivados de la carne y dulces. Así, numerosos estudios epidemiológicos han comprobado que una mayor adherencia a la DMed tradicional se asocia a una mayor protección frente al desarrollo de enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. No obstante, los estudios de cohorte sólo consiguen resultados de validez intermedia, ya que resulta muy difícil controlar todos los factores de confusión. Para conseguir resultados con el mayor grado de evidencia científica debe recurrirse a estudios aleatorizados en los que se valoren variables finales "duras" como infarto de miocardio, accidente vascular cerebral y muerte cardiovascular.

El estudio PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea) es un ensayo clínico de intervención nutricional, multicéntrico, aleatorizado y controlado en el que se ha valorado la eficacia de una DMed tradicional en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. Casi 7.500 participantes con alto riesgo fueron aleatorizados a tres grupos de intervención: DMed suplementada con aceite de oliva virgen extra (AOVE), DMed suplementada con frutos secos y una dieta baja en grasa. Tras una media de 4,8 años, se detectaron 288 complicaciones cardiovasculares mayores. No obstante, los dos grupos de DMed suplementados con AOVE y frutos secos presentaron un riesgo relativo de sufrir un infarto de miocardio, un accidente vascular cerebral o una muerte de causa cardiovascular un 30% menor que el grupo control. El estudio PREDIMED demuestra, pues, con el mayor grado de evidencia científica que la DMed tradicional tiene un potente efecto protector frente a la enfermedad cardiovascular.

En el estudio PREDIMED también se ha analizado los efectos de la DMed en la prevención primaria de nuevos casos de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en el subgrupo de 3541 participantes sin diabetes al inicio del estudio. Tras un seguimiento medio de 4,1 años, se detectaron 80, 92, y 101 nuevos casos de diabetes en el grupo de DMed suplementada con aceite de oliva virgen extra, DMed suplementado con frutos secos y el que siguió una dieta baja en grasa, respectivamente, lo que se corresponde con unas tasas de 16,0, 18,7, y 23,6 casos por 1000 persona-año. Las hazard ratio ajustadas fueron de 0,60 (IC 95%, 0,43 a 0,85) para el grupo de DMed suplementado con aceite y de 0,82 (IC, 0,61 a 1,10) para el grupo de DMed suplementado con frutos secos, comparado con el grupo control. Se concluyó que la DMed suplementada con aceite de oliva virgen extra es una herramienta muy útil en la prevención de la DM2.

Se dispone, pues, de información científica basada en el mayor nivel de evidencia científica para recomendar la DMed tradicional en los pacientes con riesgo vascular para reducir la incidencia de DM2. El siguiente paso es conseguir mejorar los hábitos alimentarios de los pacientes y que aumenten su adherencia a la DMed tradicional. Para ello, además de la colaboración del equipo médico y de enfermería de Atención Primaria se requiera la implementación de nuevas estrategias como las que aportan las nuevas tecnologías de la información.

En el Taller se explicarán los pasos a seguir para conseguir aumentar la adherencia de los pacientes a la DMed tradicional y con ello reducir la epidemia de diabetes tipo 2.

Referencias:

- 1.- Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, Gómez-Gracia E, Ruiz-Gutiérrez V, Fiol M, Lapetra J, Lamuela-Raventós RM, Serra-Majem L, Pintó X, Basora J, Muñoz MA, Sorlí JV, Martínez JA, Martínez-González MA; PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med.* 2013;368:1279-90.
- 2.- Salas-Salvadó J, Bulló M, Estruch R, Ros E, Covas MI, Ibarrola-Jurado N, Corella D, Arós F, Gómez-Gracia E, Ruiz-Gutiérrez V, Romaguera D, Lapetra J, Lamuela-Raventós RM, Serra-Majem L, Pintó X, Basora J, Muñoz MA, Sorlí JV, Martínez-González MA. Prevention of diabetes with Mediterranean diets: a subgroup analysis of a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2014;160:1-10.
- 3.- Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, Ruiz-Gutiérrez V, Covas MI, Fiol M, Gómez-Gracia E, López-Sabater MC, Vinyoles E, Arós F, Conde M, Lahoz C, Lapetra J, Sáez G, Ros E; PREDIMED Study Investigators. Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2006;145:1-11.

Taller 2: Cómo mejorar el Cumplimiento.

Ponentes:

Dra. D^a. Flora López Simarro

Médico de Familia. Área Básica de Martorell. Barcelona. 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 Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

El tratamiento de las diabetes mellitus tipo 2 (DM2) no consiste únicamente en el tratamiento de la hiperglucemia, sino que junto a ésta suelen coexistir otros factores de riesgo cardiovascular que deben ser controlados. Añadido a eso, las personas con DM2 suelen presentar distintos grados de complicaciones de la misma enfer-

medad, y generalmente comorbilidades asociadas a la DM2, muchas de ellas asociadas a la edad. Todo unido provoca que, con gran frecuencia se les prescriban gran cantidad de fármacos.

La falta de adherencia terapéutica (FAM), puede definirse como: “la no coincidencia entre la prescripción clínica y el grado de asunción de las normas por parte del paciente en términos de toma de medicamentos, seguir dietas, realizar cambios en los estilos de vida, etc”. Y es un problema de gran importancia que da lugar a un peor estado de salud, a un aumento de las necesidades de atención médica y a un aumento de la morbimortalidad de los pacientes, provocando la conjunción de estos factores un incremento de los costes sanitarios.

En un reciente estudio realizado en nuestro país, el grado de la FAM, en personas con DM2 y atendidas en las consultas de Atención Primaria, ha alcanzado el 36,1 para los fármacos antidiabéticos, el 37,5 para los, antihipertensivos y el 32,0% para los hipolipemiantes.

La FAM es una de las causas más importantes de mal control de la enfermedad, así García et al, observaron que aquellas personas catalogadas como no adherentes presentaban una glucemia a los seis meses de seguimiento de 200,4 mg/dl y una HbA1c de 8 % frente a una glucemia de 147 mg/dl y una HbA1c de 6,6 % en el grupo de adherentes.

Una buena adherencia terapéutica ha demostrado disminuir el riesgo de hospitalización y la mortalidad de las personas con DM2. En un estudio retrospectivo que incluyó a 11.532 personas con DM, las que presentaban una buena adherencia al tratamiento con hipoglucemiantes orales, tenían una disminución del riesgo de hospitalización por todas las causas (OR 1,58[IC 95% 1,38-1,81] p<0,001), así como un descenso de la mortalidad global (OR 1,81[IC 95 % 1,46-2,23] p<0,001) .

Aunque la causa más frecuente de FAM es el olvido en la toma de la medicación, existen diferentes variables relacionadas con la adherencia, entre las que destacan las relativas las características personales del paciente, el tipo de terapia que utiliza, las características de la propia enfermedad, su entorno familiar y social, el profesional sanitario que le atiende o a la estructura del Sistema Sanitario.

Los profesionales que trabajamos en Atención Primaria debemos mantener una vigilancia rutinaria sobre la FAM en todas las personas con DM2 y en todos los contactos que se produzcan entre ellas y algún profesional sanitario.

Métodos de medida de la falta de adherencia a la medicación (FAM).

Existen métodos de medida de tipo directo o indirecto.

Los métodos directos cuantifican el fármaco, alguno de sus metabolitos o un marcador incorporado a ellos, en alguno de los fluidos orgánicos.

Los métodos indirectos son sencillos, baratos y reflejan la conducta del enfermo. Son muy útiles en Atención Primaria y están basados en la entrevista clínica o en la medición del recuento de comprimidos.

De los métodos basados en la entrevista clínica, los más utilizados son el test del cumplimiento autocomunicado o test de Haynes-Sackett y el test de Morinsky-Green (Tabla 1*). Los métodos basados en el recuento de comprimidos se realizan mediante el recuento simple, a través del recuento con monitores electrónicos de control de la medicación o a través del control de la dispensación o retirada de medicación de la farmacia.

Estrategias de mejora de la FAM en personas con DM2.

La FAM es un problema complejo y multidimensional. Tras una exhaustiva revisión de las evidencias disponibles sobre una serie de estrategias que podrían mejorar la FAM, se puede concluir que la mayoría de ellas no tienen evidencias claras sobre su eficacia.

A pesar de esta falta de evidencia existen una serie de intervenciones básicas para mejorar la FAM, contrastadas por el uso, que deben ser individualizadas y adaptadas a cada paciente. Por ejemplo, se puede insistir en:

- ▶ Que exista un registro de las tomas de la medicación para evitar olvidos, ya que esta es la causa detectada más frecuente de FAM.
- ▶ Que el paciente participe activamente en la monitorización de su enfermedad.
- ▶ Que se simplifique el régimen posológico, pautas sencillas.
- ▶ Que se eviten las dosificaciones extrañas y que se adapte la toma a las actividades rutinarias de la vida.
- ▶ Que se eviten los cambios de marca o de tipo de envases.
- ▶ Que se pueda facilitar el uso de pastilleros u otros sistemas personalizados de dosificación.
- ▶ Que se investigue la presencia de efectos adversos de los fármacos.
- ▶ Que exista una relación de confianza entre los profesionales y el paciente
- ▶ Establecer vías de comunicación adecuadas.
- ▶ Realizar una entrevista motivacional. Motivar a los pacientes es fundamental para que cumplan con las pautas prescritas.
- ▶ Mostrar empatía y realizar una toma de decisiones compartida.

La utilización de las nuevas tecnologías puede ayudarnos de gran manera, tanto a profesionales como a pacientes, para mejorar la adherencia terapéutica.

*Tabla 1. Test de cumplimiento autocomunicados. Test de Haynes-Sackett y de Morinsky-Green

Test de Haynes-Sackett o cumplimiento autocomunicado:

1. La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?

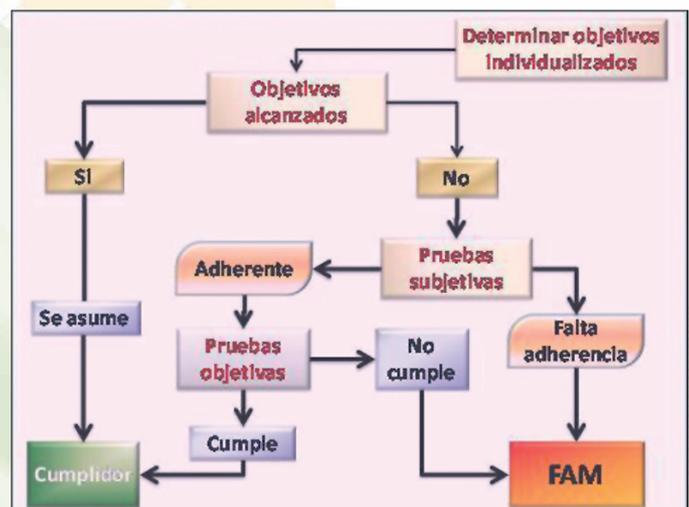
- ▶ Si la respuesta es afirmativa se solicita al paciente el número medio de comprimidos olvidados en un periodo de tiempo (por ejemplo los últimos siete días o el último mes) y se determina el porcentaje con respecto al número de comprimidos indicado. Se considera buena adherencia en aquel enfermo que declara haber tomado una cantidad de comprimidos > 80% y < 110% de los prescritos.
- ▶ Método muy fiable si el paciente se declara no cumplidor y es útil para indagar sobre las causas de la no adherencia.

Test de Morisky-Green:

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez se siente mal, ¿deja usted de tomar la medicación?

El paciente es considerado como cumplidor si las respuestas a las cuatro preguntas son "no", "sí", "no" y "no", respectivamente.

*Figura 1. Algoritmo de valoración del cumplimiento terapéutico



Bibliografía:

Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.

Disponible en: <http://www.amro.who.int/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>

Lopez-Simarro F, Brotons C, Moral I, Cols.Sagarra C, Selva A, Aguado.Jodar A, et AL. Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. Med Clin . 2012; 138:377-84.

García Navarro MD, Orozco Beltrán D, Gil Guillén V, Carratalá Munuera C, Terol Moltó C, Merino Sánchez J. Relación entre cumplimiento farmacológico y grado de control en pacientes con hipertensión, diabetes o dislipemia. *MedClin* 2001;116 (Suppl 2):141-6

Ho PM, Rumsfeld JS, Massouidi FA, McClure DL, Plomondon ME, Steiner JF, et al. Effect of medication non adherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 2006;166:1836-41

Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front. Pharmacol.*, 25 July 2013 | doi: 10.3389/fphar.2013.00091

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London NICE 2009. Clinical guideline 76.

Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>

Gil-Guillén VF, Palazón-Bru A, Pereira-Expósito A, Perseguer-Torregrosa Z. Estrategias para mejorar el cumplimiento en la práctica clínica diaria. *Hipertens Riesgo Vasc* 2012;29:20-7

López-Simarro F. Inercia terapéutica. Causas y soluciones. *Hipertens Riesgo Vasc*. julio de 2012;29:28-33

Marcum ZA, Sevick MA, Handler SM. Medication nonadherence: a diagnosable and treatable medical condition. *JAMA* 2013; 309:2105-6.

Taller 3: Insulinización: Un paso más después de la basal.

Ponentes:

Dra. D^a. Celia Cols Sagarra

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

Dra. D^a. Sonia Miravet Jiménez

Médico de Familia. Tutora docente de la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria. Área Básica de Salud Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Existe un aumento global de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) debido al envejecimiento de la población y la obesidad, entre otros factores. La prevalencia en España de la DM2 es del 13,8% (6% de diabetes desconocida), y la mayoría de estos pacientes son controlados por médicos de Atención Primaria (AP). Su tratamiento puede ser complejo, principalmente por presentar otras comorbilidades y estar polimedicados. El estudio UKPDS demostró que el buen control glucémico puede llegar a disminuir/retrasar la aparición de complicaciones relacionadas con la DM2. Para conseguir este control es necesario conocer los objetivos de control individualizados para cada paciente y el arsenal terapéutico del que disponemos.

El principal responsable del mal control glucémico a partir de 5 a 10 años de evolución de la DM2 es el deterioro progresivo de la función de la célula beta pancreática. Esto conduce a que muchos pacientes que durante los primeros años de enfermedad han podido controlarse adecuadamente con medidas de estilo de vida y fármacos orales, precisen tratamiento con insulina en estadios posteriores. Por lo tanto el tratamiento con este fármaco será necesario en algún momento a lo largo de la vida del paciente con DM2, bien de manera permanente o de forma transitoria, por lo que los médicos de AP deberíamos ser capaces de iniciar/intensificar una pauta de insulinización en el momento que sea necesario.

A pesar de que en los últimos años los médicos de AP han incrementado el porcentaje de pacientes con insulinización basal, disminuyendo la derivación a atención especializada para dicho inicio, sigue habiendo un elevado número de médicos que no realiza intensificación de la terapia insulínica cuando con insulinización basal persiste mal control glucémico de los pacientes. Esta inercia terapéutica es en gran parte por el desconocimiento de dichas pautas más intensivas.

El objetivo principal del taller es realizar un breve repaso de la insulinización basal y, sobretodo, iniciar a los participantes en la intensificación del tratamiento insulínico mediante insulinas premezclas, pautas basal-plus, pautas basal-bolus, para conseguir el grado de control deseado. Se fomentará la participación y discusión de los asistentes mediante casos clínicos reales de nuestra consulta de Atención Primaria que precisan insulinización y se abordarán conceptos como la individualización del tratamiento, la inercia clínica y terapéutica, entre otros.

Referencias:

- 1.- Nathan et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. A consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2009;32:193-203.
- 2.- Masmiquel L, et al. Consenso sobre el Uso de Insulinas Premezclas en el Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1 y 2 *Curr Opin Endocrinol Diab Obes* 2009; 16(1):S3-S15.
- 3.- Standards of Medical Care in Diabetes-2015. *Diabetes Care* 2015; 38(Suppl. 1):S4.

Taller 4: Nuevas estrategias de Intensificación con GLP-1 prandial: La suma positiva

Ponentes:

Dra. D^a. M^a Paz Pérez Unanua

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

Dr. D. César Lozano Suárez

Médico de Familia. Centro de Salud de Almagro. Ciudad Real. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes SEMERGEN.

Los agonistas o análogos del péptido de tipo glucagón 1 (aGLP 1) son una nueva clase de fármacos para tratar la diabetes tipo 2 (DM2). El GLP1 es una incretina y las incretinas son unas hormonas gastrointestinales que se liberan en la circulación como respuesta a la ingesta de nutrientes. La acción aGLP1 es glucosa dependiente. El GLP-1 regula los niveles de glucemia a través de la biosíntesis y estimulación de la secreción de insulina por la célula beta pancreática y mediante la inhibición de la secreción de glucagón por parte de las células alfa pancreáticas, así mismo los aGLP1 presentan mecanismos de acción adicionales que ayudan también a mejorar el perfil glucémico del paciente, actúan a nivel cerebral disminuyendo el apetito y a nivel gástrico, provocando el retraso de la evacuación gástrica y fomentando la saciedad. Los aGLP1 además de los beneficios sobre el control glucémico aportan ventajas muy importantes respecto a otras familias terapéuticas como son la pérdida de peso conseguida, el bajo riesgo de hipoglucemias y la facilidad del manejo sin la necesidad de ajustar la dosis del fármaco. Los aGLP 1 se administran mediante inyección subcutánea y los efectos secundarios más habituales ocurren a nivel gastrointestinal, suelen ser transitorios, desaparecen a los pocos días de haber iniciado el tratamiento y no suponen un obstáculo en la mayor parte de los pacientes.

No todos los aGLP 1 son iguales, el perfil farmacocinético y su mecanismo de acción varía de unos a otros. A día de hoy tenemos disponibles análogos de GLP 1 de vida media corta (lixisenatide y exenatide) y un efecto predominantemente prandial, y análogos de GLP1 de vida media larga (liraglutide y exenatide-LAR) y efecto predominante sobre la glucemia basal.

El lixisenatide es un análogo de GLP1 de vida media corta y con un efecto importante para conseguir mejorar la glucemia posprandial. Tiene indicación de tratamiento asociado a insulina basal y constituye una alternativa novedosa para intentar mejorar el control glucémico de los pacientes que presentan un deficiente control de la HbA1c por mal control de las glucemias posprandiales a pesar del tratamiento con insulina basal. En las guías clínicas y los algoritmos de tratamiento más recientes propuestos por las sociedades científicas, ADA en el año 2015 y previamente por la AAEC en el año 2013, se propone como opción para intensificar el tratamiento con insulina basal la posibilidad de utilizar esta familia de fármacos. Esta alternativa terapéutica disminuye la HbA1c, produce menos hipoglucemias, produce pérdida de peso, permite reducir la dosis de insulina y en general los pacientes la perciben como más satisfactoria que asociar insulina rápida al tratamiento con insulina basal.

En el taller realizará una visión sobre el papel de los análogos de GLP1 en el tratamiento de la DM 2 y se discutirá con casos clínicos reales las alternativas disponibles a día de hoy para intensificar el tratamiento con insulina basal en pacientes con DM2.

ENCUENTRO CON EL EXPERTO

Encuentro con el experto: Diabetes y peso.

Moderador:

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.

Ponente:

Dr. D. Ricardo Gómez Huelgas

Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga.

La obesidad y el sobrepeso constituyen la principal causa modificable de diabetes tipo 2⁽¹⁾. En el momento del diagnóstico de la diabetes tipo 2 se debe establecer el grado de obesidad según el índice de masa corporal (IMC) y, en los pacientes con sobrepeso, determinar el perímetro de cintura.

El adecuado tratamiento de la diabetes tipo 2 requiere un abordaje simultáneo del sobrepeso/obesidad y del resto de factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión, la dislipemia o el tabaquismo. Las intervenciones no farmacológicas (dieta, ejercicio) con beneficio demostrado en la prevención y tratamiento del paciente con diabetes tipo 2 y sobrepeso/obesidad requieren un abordaje individualizado y multidisciplinario, con programas estructurados dotados de recursos específicos. La pérdida de peso en los pacientes con diabetes tipo 2 puede proporcionar otros beneficios clínicos como la mejoría de los factores de riesgo cardiovascular (por ejemplo, la dislipemia o la hipertensión arterial), y el retraso en la necesidad de intensificar el tratamiento con fármacos hipoglucemiantes⁽²⁾.

Por otro lado, la ganancia de peso asociada a algunos fármacos antidiabéticos (sulfonilureas, glinidas, insulina) puede comprometer la adherencia al tratamiento y limitar los beneficios cardiovasculares del tratamiento⁽³⁾. Por ello, es importante evitar la ganancia de peso asociada al tratamiento antidiabético, una medida que resulta coste-efectiva. Existen fármacos antidiabéticos con efecto ponderal neutro (metformina, inhibidores de la alfa-glucosidasa, inhibidores de la DPP-4) y otros que inducen pérdida de peso (agonistas del receptor del GLP-1, inhibidores del SGLT-2).

Globalmente, el tratamiento del paciente con diabetes tipo 2 y obesidad dependerá tanto del grado de obesidad como de la comorbilidad asociada.

Por su parte, los ensayos clínicos de intervención en diabetes tipo 2 deben contemplar objetivos combinados que incluyan no sólo el control glucémico, sino otras variables como el riesgo de hipoglucemia y el efecto del tratamiento sobre el peso corporal.

Bibliografía:

- 1.- World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet N°311. Updated August 2014, 2014.
- 2.- Wing RR, Bolin P, Brancati FL, Bray GA, Clark JM, Coday M, et al. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2013;369:145-54.
- 3.- Carratala-Munuera MC, Gil-Guillen VF, Orozco-Beltran D, Navarro-Perez J, Caballero-Martinez F, Alvarez-Guisasola F, et al. Barriers associated with poor control in Spanish diabetic patients. A consensus study. *Int J Clin Pract* 2013;67:888-94.



SESIONES DE DEFENSA DE COMUNICACIONES

Sábado 14 de marzo de 2015

08.00-09.00 horas

Defensa de comunicaciones orales. Sesión 1. Sala Picasso A

Moderador:

Dr. D. Juan Carlos Aguirre Rodríguez

Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Distrito Sanitario Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

154/5. Estudio diabetes-control.

Autores:

(1) Vergara Martín, Jesús; (2) Peñafiel Martínez, Francisco Javier; (3) Moreno López, Mari Carmen; (4) Moreno Fernández, Luisa María; (5) Sánchez López-Gay, José; (6) Pageo Giménez, María del Mar.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Huerca de Almería. Almería; (2) Endocrinólogo del Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Nueva Almería. Almería.; (4) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente de Almería. Almería.; (5) Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente de Almería. Almería.; (6) Internista. Complejo Hospitalario de Torrecárdenas. Almería.

Resumen:

Objetivos

Evaluar el nivel de control de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la adherencia terapéutica y el grado de satisfacción con el tratamiento.

Metodología

Estudio observacional, transversal, realizado en 21 centros de Atención Primaria con 223 pacientes adultos diagnosticados de DM2 en los 6 meses previos a la inclusión. Siguiendo con la práctica clínica habitual, se recogieron datos demográficos, clínicos, hemoglobina glicosilada (HbA1c), parámetros de control metabólico (presión arterial y perfil lipídico). Según el tratamiento recibido, se clasificaron en: Grupo 1, Medidas higiénico-dietéticas (MHD) + metformina; Grupo 2, MHD + metformina + sulfonilurea; Grupo 3, MHD + metformina + inhibidores de la DPP4; Grupo 4, MHD + metformina + glucosúrico. Además, evaluó la adherencia terapéutica mediante el test de Morisky-Green (cumplidor=4, no cumplidor \leq 4) y el grado de satisfacción mediante el cuestionario Diabetes Treatment Satisfaction Question-

naire (DTSQ: 0, menor satisfacción posible; 36, mayor satisfacción posible).

Resultados

Edad media global (años): 64,1 \pm 11,0; por grupos: 64,1 \pm 10,9 grupo 1, 68,8 \pm 9,8 grupo 2, 64,4 \pm 10,0 grupo 3 y 59,4 \pm 11,4 grupo 4. HbA1c global: 7,3 \pm 1,4%; por grupos: 6,6 \pm 0,8% grupo 1, 7,1 \pm 1,1% grupo 2, 7,3 \pm 1,5% grupo 3 y 8,2 \pm 1,6% grupo 4. No se observaron diferencias significativas ($p=0,425$) en la proporción de pacientes cumplidores versus (vs) no cumplidores en el test de Morisky-Green: 63,6% vs 46,4% grupo 1; 45,5% vs 54,5% grupo 2, 54,5% vs 45,5% grupo 3, 41,1% vs 58,9% grupo 4. La puntuación media global del cuestionario DTSQ fue 28,2 \pm 4,9, sin diferencias significativas ($p=0,323$) por grupos: 29,3 \pm 3,7 grupo 1, 27,6 \pm 4,9 grupo 2, 28,1 \pm 4,7 grupo 3 y 27,9 \pm 5,8 grupo 4.

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio ponen de manifiesto un control glucémico óptimo, independientemente de la terapia prescrita. Pese a que algún grupo consumía más de un fármaco no hubo diferencias significativas ni en el cumplimiento ni en la satisfacción.

154/16. Valoración del Pie de Riesgo en Atención Primaria.

Autores:

(1) Muñoz Cabañero, Guillermo; (2) Hispan Calle, Rafael; (3) Delgado Moreno-Arrones, Alejandra; (2) Leal Tejada, Francisco; (3) Martínez López-Alcorocho, Agustina; (4) Arias Menchén, Alfonso.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de La Solana. Ciudad Real.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud La Solana. Ciudad Real.; (3) Enfermera. Centro de Salud La Solana. Ciudad Real.; (4) Enfermero. Centro de Salud La Solana. Ciudad Real.

Resumen:

Objetivos

Valorar a los diabéticos tipo 2 mayores de 65 años que presenten factores de riesgo para la prevención del pie diabético, utilizando los medios que tenemos al alcance en atención primaria.

Metodología

Estudio descriptivo de pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2 (CIAP-2=T90). Exploración física: búsqueda de alteraciones biomecánicas del pie, de síntomas neuropáticos y vasculares periféricos, palpación de pulsos pedios y tibial posterior. Valorar factores de riesgos cardiovasculares. Realizar cribaje con el cuestionario NDS (Neuropathy Disability, Store Sensibilidad táctil superficial, S.vibratoria, Sensibilidad dolorosa, Sensibilidad

propioceptiva, Sensibilidad térmica, Reflejo Osteotendinosa Aquilea) sensibilidad a la presión. Exploración de sensibilidad táctil periférica a través del monofilamento. Semmes-Weinstein 5.07 10 gr. y determinación del índice tobillo/brazo en reposo. Exploración biomecánica (patrón hiperqueratósico).

Resultados

Número total de pacientes diabéticos tipo 2 estudiados: 57. 52.6% varones. Tiempo de evolución de diabetes: 10 ± 7.35 años. Edad: 72.8 ± 6.62 años. Fumadores y consumidores de alcohol: 21.1%. 59.1% obesos. Con callosidades en pies: 70.2%. Tienen síntomas de vasculopatía periférica 47.36%, síntomas neuropáticos 31.50%. Tienen afectación de los pulsos 29.8%. HbA1c ≤ 7 , el 34%. Según el cuestionario NDS presenta riesgo medio el 31.3% y riesgo alto el 13.7%. ITB ≤ 0.9 el 31.5%. Presentan hipertensión arterial 78.9%, controlados 73.3%. Buen control de: LDL colesterol ≤ 100 y triglicéridos ≤ 150 el 80%.

Conclusiones

Exploración física y valoración de factores de riesgo cardiovascular junto con los instrumentos necesarios para la valoración neurológica y vascular periférica son utensilios de diagnóstico económicos, no invasivos y fiables así como predictores de pie de riesgo. El mejor control de la diabetes y cuidado de los pies mejoraría la supervivencia y la calidad de vida, reduciendo los costes asociados por complicaciones crónicas.

154/19. Mayores diabéticos de Cádiz: Estudio MADICA II ©.

Autores:

(1) Benítez Rivero, Javier; (2) Bellanco Esteban, Pilar; (2) Flores Cebada, Elvira; (2) Machuca Albertos, M^a José; (3) Pérez Eslava, María.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (2) Médico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (3) Médico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.

Resumen:

Objetivos

Continuación de la primera fase, Estudio MADICA I ©. En esta segunda etapa, Estudio MADICA II ©, iniciada tras la intervención realizada a profesionales médicos y enfermeros, el objetivo es valorar la presencia de diferencias, si existieran, con respecto al grado de cumplimiento de la evidencia científica disponible sobre el tratamiento del paciente mayor diabético.

Metodología

Estudio seguimiento de cohortes. Emplazamiento: Zona Básica Salud Cádiz. Población de estudio: pacientes mayores de 65 años diabéticos, $n=570$. AL 95% y un error $\alpha=0.05$. Tras la intervención consistente en 9 sesiones clínicas dirigidas a médicos y enfermeros del Centro de Salud La Laguna. Grupo control Centro de Salud Loreto-Puntales. Mediciones: se revisan las historias clínicas analizando variables socio-demográficas; clínicas; analítica-bioquímicas; variables farmacológicas, presencia de comorbilidades y valoración geriátrica, con aplicación de escalas Barthel y Lawton Brody, durante el año 2014.

Resultados

El perfil del paciente mayor diabético de Cádiz corresponde a una mujer de 75 años, con obesidad grado I, (IMC= 31%); independiente (Barthel= 83/100, Lawton-Brody 5,72/8 y LOBO 27,32/35); en tratamiento con Metformina 1600 mg/día y 1,5 tiras semanal. Mantiene hemoglobina glicada de 6,7%, c-HDL 65mg/dl, c-LDL 108mg/dl y ácido úrico 5.574. La principal comorbilidad es cardiovascular. Evaluación fondo de ojo 70.7% y del pie 58.8%. Inercia terapéutica presente en 81,58% de los casos. El resto de los resultados post-intervención están siendo actualmente analizados estadísticamente, a la espera de poder valorar diferencias con respecto a los datos obtenidos de MADICA I ©.

Conclusiones

Es escasa la evidencia científica disponible sobre el tratamiento del anciano diabético. Dada la necesidad de respuestas planteamos el estudio MADICA©, de cuya segunda etapa se desprenderán los resultados post-intervención y su efectividad en el manejo del anciano diabético.

154/21. Estudio de intervención sobre inercia terapéutica en mayores diabéticos. Estudio MADICA ©.

Autores:

(1) Bellanco Esteban, Pilar; (1) Machuca Albertos, M^a José; (2) Benítez Rivero, Javier; (3) Pérez Eslava, María; (1) Flores Cebada, Elvira.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (2) Médico de Familia, Geriatra. Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (3) Médico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.

Resumen:**Objetivos**

Valorar la inercia terapéutica, problema de gran magnitud en enfermedades crónicas. En Estudio MADICA ©, inercia queda definida por: no modificación de tratamiento cuando no se alcanzan objetivos terapéuticos establecidos según nivel de autonomía; no valoración de fondo de ojo según Proceso Asistencial Integrado andaluz; ausencia de valoración geriátrica integral; ausencia de al menos una hemoglobina glicada anual; no control de función renal y hepática en pacientes con Metformina y I-DPP4 respectivamente; y uso de Glibenclamida en ancianos.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo MADICA I ©, y de cohortes MADICA II ©. Emplazamiento: Zona Básica Salud Cádiz. Población de estudio: pacientes mayores de 65 años diabéticos, n=570. AL 95% y un error $\alpha=0.05$. Intervención consistente en 9 sesiones clínicas dirigidas a médicos y enfermeros del Centro de Salud La Laguna. Grupo control Centro de Salud Loreto-Puntales. Mediciones: revisión de historias de pacientes analizando con respecto al año 2013 y 2014, variables socio-demográficas; clínicas; analítica-bioquímicas, farmacológicas, valoración geriátrica e inercia según criterios establecidos.

Resultados

Previo intervención, MADICA I ©, la inercia entre los médicos de La Laguna ascendía a 63,85% de los casos, médicos vía MIR 58,79% y no vía MIR 72,81%. La inercia en Loreto-Puntales es 91,22%, en MIR de 92,24% y no MIR 90,38%. Tras la intervención, MADICA II ©, en La Laguna hay inercia en el 58,39% de los casos, en MIR del 51,68% y no MIR del 70,83%. En Loreto-Puntales hay inercia en 88,17%, siendo entre los médicos MIR del 89,92% y no MIR del 86,66%.

Conclusiones

Erradicar la inercia e individualizar el seguimiento y tratamiento son cruciales. Tras las sesiones realizadas, ha disminuido la inercia en el grupo de intervención, más evidente en profesionales MIR. La formación en diabetes y sobre todo en mayores diabéticos es una medida fundamental para reducir la inercia terapéutica y para el buen manejo del paciente.

154/22. Factores de riesgo cardiovascular en el paciente anciano diabético: Estudio MADICA©.

Autores:

(1) Machuca Albertos, M^a José; (1) Flores Cebada, Elvira; (2) Pérez Eslava, María; (1) Bellanco Esteban, Pilar; (3) Benítez Rivero, Javier.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.; (3) Médico de Familia, Geriatra. Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

Resumen:**Objetivos**

Las enfermedades cardiovasculares son la principal comorbilidad en diabéticos. Mayor prevalencia de dislipemia siendo el factor principal la elevación LDL. El objetivo son niveles <70mg/dl. HDL >40mg/dl se asocia a bajo riesgo cardiovascular. Asociación hiperuricemia a riesgo cardiovascular alto. Objetivo secundario del Estudio MADICA© estudiar los factores de riesgo cardiovasculares y comorbilidades asociadas a diabetes.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo y de cohortes posteriormente. Emplazamiento: Zona Básica Salud Cádiz. Población de estudio: pacientes mayores de 65 años diabéticos, n=570. AL 95% y un error $\alpha=0.05$. Intervención consistente en 9 sesiones clínicas dirigidas a médicos y enfermeros del Centro de Salud La Laguna. Grupo control Centro de Salud Loreto-Puntales. Mediciones: revisión de historias analizando con respecto al año 2013-2014, variables socio-demográficas; clínicas; analítica-bioquímicas, farmacológicas, valoración geriátrica e inercia.

Resultados

De los 570 pacientes, 83,33% tienen determinados los niveles de HDL-c; el 85,05% con valores ≥ 40 mg/dl. El 83,33% tienen recogidos los niveles de c-LDL, en valores objetivo sólo el 9,25%.

El 31,40% tienen determinados niveles de c-LDL, c-HDL y valoración de autonomía.

El 87,72% tienen determinados niveles de ácido úrico, valor medio 5.574, desviación 1.663.

Si valoramos nivel de autonomía, control de factores de riesgo cardiovascular y control metabólico, ningún paciente de la muestra es independiente, presenta valores elevados de c-HDL, bajos de c-LDL y niveles de HbA1c entre 7 y 7,5%. Un paciente con nivel de autonomía dependiente, glicada en rango; alto c-HDL y bajo c-LDL.

El 77,42% de los pacientes presentan comorbilidades cardiovasculares.

Conclusiones

Los factores de riesgo cardiovascular deben evaluarse de manera individualizada en el mayor diabético, cuya principal comorbilidad es cardiovascular. Bajo HDL, alto LDL e hiperuricemia se relacionan con riesgo cardiovascular, por lo que contribuir a su control y cumplimiento de HbA1C según autonomía, se traducirá en reducción de comorbilidad cardiovascular.

154/24. Valoración del control glucémico en pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus y de la adhesión al protocolo de la Cartera de Servicios en un centro de salud.

Autores:

(1) Jiménez Díaz, Rafael; (2) Santamaría Calvo, Yolanda; (2) Campillos Páez, María Teresa; (3) Martínez Alonso de Armiño, Blanca María; (3) Melguizo Benavides, Rocío; (4) Lafuente Alonso, Luis.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Potes, Dirección Asistencial Centro, Madrid.; (2) Médico de Familia. Tutora de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes, Dirección Asistencial Centro. Madrid.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid.; (4) Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid.

Resumen:

Objetivos

Principales: evaluar el grado de control glucémico según las últimas recomendaciones de la Sociedad Americana de Diabetes (ADA) en los pacientes diabéticos que asisten a las consultas de Atención Primaria en un centro de Salud. Valorar la adhesión y el seguimiento del protocolo de atención al paciente (servicio 407). Objetivos secundarios: Identificar la posible relación del grado de control glucémico con las distintas alternativas de tratamientos utilizados y comprobar si la adhesión al protocolo (servicio 407) influye en un adecuado control glucémico en este grupo de pacientes diabéticos.

Metodología

Se realizó un estudio prospectivo observacional de corte longitudinal sobre una muestra de 111 pacientes de ambos sexos mayores de 14 y que estuvieran en tratamiento con dieta, antidiabéticos orales, insulina o combinado.

Se realizaron 4 determinaciones seriadas de hemoglobina glicada en el transcurso del año 2013, identificando a los pacientes que estaban adheridos al servicio 407. Para procesar los datos se utilizó una base de datos hecha en Microsoft Excel y el programa SPSS.

Resultados

Del total se estudiaron 106 pacientes, el 80.1% estaban bien controlados y 82% estaban bien adheridos al protocolo, superando la edad de 70 años el 58,5% siendo el 55,1% varones. El 100% de los pacientes con dieta presentaban buen control frente al 75,9% de los pacientes con antidiabéticos orales, al 48% de los pacientes insulinizados y al 43.4% en tratamiento combinado.

Conclusiones

Se demuestra que una adecuada adhesión al protocolo y un cambio en los hábitos higiénico-dietéticos se traduce en un adecuado control de su enfermedad.

Sábado 14 de Marzo de 2015

08.00-09.00 horas

Defensa de comunicaciones orales. Sesión 2.

Sala Consula

Moderadora:

Dra. D^a. M^a Paz Pérez Unanua

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

154/29. Características de una muestra de personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 en Atención Primaria del territorio nacional.

Autores:

(1) Soriano Llorca, Trinidad; (2) Cols Sagarra, Cèlia; (3) Homedes Celma, Laia; (4) Iturralde Iriso, Jesús; (5) García Gallego, Francisco; (6) Moreno Moreno, Ana.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Canal de Panamá. Madrid.; (2) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell Rural. Barcelona.; (3) Médico de Familia. Consultorio de Castel de Cabra. Centro de Salud Utrillas. Teruel.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Casco Viejo. Alava.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Don Benito. Badajoz.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen:

Objetivos

Conocer las características de los pacientes con DM2 atendidos en consultas de Atención Primaria (AP) del territorio nacional.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico, realizado mediante revisión de historias clínicas.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 35 años con diagnóstico de DM2 atendidos en 16 centros de AP del país. Se analizaron variables socio-demográficas, FRCV, complicaciones macro y microvasculares de DM2, tratamientos prescritos, otras comorbilidades, existencia de depresión conocida, grado de control (considerando buen control: c-LDL<100mg/dl, PA<140/90mmHg, HbA1c<7%). Análisis: Media y medidas de dispersión para variables cuantitativas. Proporciones para cualitativas. Comparaciones: χ^2 para pro-

porciones, T-student para medias, no paramétricas si no criterios aplicación. Nivel significación<0.05.

Resultados

N:375. 55,7% Mujeres. Edad media: 69,5 (DE:10,3) años. Años evolución: 11,37 (DE:8,2). Nivel de estudios: 24,3% sin estudios, 56,0% primarios. Estado civil: 68,8% casados o en pareja, 22,4% viudos. Buen control: c-LDL 50,9%, PA 63,2%, HbA1c 52,8%. Complicaciones: Cardiopatía Isquémica 11,2%. ECV 6,2%, EAP 5,3%, Retinopatía Diabética 13,6%, Nefropatía 10,4%. Hipotiroidismo 8,8%, Artrosis 45,9%, Neoplasias 45,9%. Diagnóstico de depresión actual conocida: 16,5%. Tratamientos farmacológicos prescritos: Metformina 75,7%, Sulfonilureas 13,3%, IDPP4 32,5%, Insulina 29,6%. Tratados sólo con medidas higiénico-dietéticas 8%, con 1 Hipoglucemiente no insulínico (HNI): 42,4%, con 2 HNI: 38,9%, con 3 HNI: 5,1%. Tratamiento, sólo HNI 62,4%, HNI con Insulina 24,00%, sólo con insulina 5,6%.

Conclusiones

A pesar de utilizar todo el arsenal terapéutico de fármacos hipoglucemiantes disponible y tener un alto porcentaje de pacientes insulinizados, el grado de control metabólico en los pacientes atendidos en AP es bajo. La metformina sigue siendo el fármaco más utilizado, seguido de los IDPP4. Así mismo, el control de los FRCV es escaso. Existe baja prevalencia de complicaciones macrovasculares, no pudiéndose descartar un infraregistro.

154/30. Prevalencia de depresión diagnosticada y oculta en personas con DM2 atendidos en Atención Primaria.

Autores:

(1) Cols Sagarra, Celia; (2) Miravet Jiménez, Sònia; (3) Malo García, Fernando; (4) Carramiñana Barrera, Francisco Carlos; (5) Huidobro Dosal, Carmen; (6) Fuster Bellido, Tomás.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell Rural. Barcelona.; (2) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell. Barcelona.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud de Ares. La Coruña.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Gandia-Beniopia. Valencia.

Resumen:

Objetivos

Describir prevalencia de depresión(DP) diagnosticada y oculta en DM2 atendidos en Atención Primaria (AP) y analizar las diferencias entre los pacientes con DP y los que no la presentan.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico, mediante revisión de historia clínica y entrevista al paciente. Ámbito nacional.

Inclusión: Pacientes mayores 35 años con DM2 atendidos en 16 centros de AP del país. Se analizaron variables socio-demográficas, FRCV, complicaciones DM2, tratamientos prescritos, otras comorbilidades, presencia de depresión(DP) conocida y Test PHQ9 para detectar depresión oculta. Análisis: Media y medidas de dispersión para cuantitativas. Proporciones para cualitativas. Comparaciones: χ^2 para proporciones, T-student para medias. Nivel significación<0.05.

Resultados

N=375. Edad media: 69,5(DE:10,3)años. Diagnóstico actual de depresión: 16,5% [23,4% mujeres vs. 7,8% hombres(p<0,001)]. El 16,3% de los pacientes sin diagnóstico de DP actual puntuaba en test PHQ9 ≥ 10 (síntomas depresivos moderados/graves), siendo 33,9% mujeres vs.9,6% hombres(p<0,001).

Los pacientes con diagnóstico DP (conocida u oculta), tenían más antecedentes de DP previa: 36,3% vs. 9,5% (p<0,001), mayor afectación de neuropatía diabética: 12,4% vs. 5,0% (p<0,001). Ser viudos 34,5% vs. 17,2% (p=0,003).

Entre los pacientes con DP y los que no tienen síntomas depresivos, existen diferencias sin llegar a significación estadística: No fumadores 76,1% vs. 21,1%. Complicaciones propias DM2: CI 8,8% vs. 12,2%, AVC 6,2% vs. 6,1%, EAP 6,2% vs. 5,0%, Retinopatía Diabética 12,4% vs. 14,1%. Grado control: LDL<100mg/dl 58,0% vs. 50,6%, PA<140/90mmHg 62,8% vs. 63,4%, HbA1c<7% 53,6% vs. 52,5%. Tratamiento farmacológico DM2: con Hipoglucemiantes no insulínicos(HNI) 85,0% vs. 87,0%, Insulina 30,1% vs. 29,4%.

Conclusiones

32,8% de los pacientes presentan DP (16,3% DP oculta). Están implicados factores sociodemográficos (mayor prevalencia en mujeres y viudos). En el resto de las variables estudiadas no se ha encontrado diferencias, excepto más neuropatía en pacientes con DP, a pesar de la carga farmacológica. Probablemente características culturales y de nuestro sistema sanitario (accesibilidad y aportación en precio de fármacos), marcan la diferencia con la bibliografía revisada (ámbito anglosajón).

154/31. Prevalencia de diabetes en Málaga.

Autores:

(1) Mancera Romero, José; (2) Hormigo Pozo, Antonio; (3) Muñoz González, Lorena; (4) Gambero Pino, Laura; (5) Rojo Iniesta, Marta; (1) Sánchez Pérez, María Rosa.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.; (2)

Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.; (3) Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Resumen:

Objetivos

Conocer la prevalencia de diabetes registrada, en personas mayores de 18 años, en el Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce (Málaga).

Metodología

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria. Año 2014. Datos de población general (sexo, edad, centro de salud y hábitat) y de personas registradas en el Proceso Asistencial Integrado diabetes (sexo, edad, centro de salud, hábitat y cupo médico). Información aportada por el Distrito Sanitario con datos recogidos de la base informática Diraya. Medidas de frecuencia y asociación.

Resultados

La población total del Distrito fue de 752.871 personas. Había 604.313 personas mayores de 18 años (52,18% mujeres), con una edad media de 47,61 años.

Las personas registradas en el PAI diabetes fueron 49.584, de las que 25160 (50,7%) eran hombres. La edad media fue de 67,07±13,2 años (65,22±12,8 en los hombres y 68,98±13,5 en las mujeres).

La prevalencia de diabetes en población total fue del 6,62%.

La prevalencia de diabetes en población mayor de 18 años fue del 8,2% (8,7% en hombres y 7,74 en mujeres).

La prevalencia aumentó con la edad: 0,51% en el grupo de 18-30 años, 1,38% en el grupo de 31-45, 7,06% en el de 46-60, 21,7% en el de 61-75 y 29,08% en el de mayores de 75 años.

La prevalencia fue mayor entre los hombres en todos los grupos de edad, menos en el de 18-30 años.

No hubo diferencias entre los hábitat urbano y rural.

Conclusiones

La prevalencia registrada de la diabetes en Málaga parece ser adecuada.

La prevalencia aumenta con la edad y hasta 1/3 de las personas mayores de 75 años presentan diabetes.

No hay diferencias entre el medio urbano y rural.

154/33. Características de la población con diabetes de Málaga.

Autores:

(1) Hormigo Pozo, Antonio; (2) Mancera Romero, José; (3) Polo Ruiz, María Victoria; (4) Muñoz González,

Lorena; (5) Gutiérrez García, Ángel; (6) Pérez Castro, Mercedes.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.; (6) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Resumen:

Objetivos

Analizar las características demográficas de las personas con diabetes de Málaga.

Metodología

Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria. Año 2014. Datos de población general (sexo, edad, centro de salud y hábitat) y de personas registradas en el Proceso Asistencial Integrado diabetes (sexo, edad, centro de salud, hábitat y cupo médico). Información aportada por el Distrito Sanitario con datos recogidos de la base informática Diraya. Medidas de frecuencia y asociación.

Resultados

Las personas registradas en el PAI diabetes fueron 49.584, de las que 25160 (50,7%) eran hombres. La edad media fue de 67,07±13,2 años (65,22±12,8 en los hombres y 68,98±13,5 en las mujeres). El 82,1% de las personas con diabetes vivían en el medio urbano.

La distribución por grupos de edad y sexo fue:

En el grupo de 18-30 años había 563 personas (1,1%), entre 31-45 años 2676 (5,4%), entre 46-60 años 10891 (22%), entre 61-75 años 21217 (42,8%) y entre los mayores de 75 de años había 14327 (28,7%). En todos los grupos de edad predominaban los hombres (menos en el grupo de 18-30 años).

El 82,1% de las personas con diabetes vivían en el medio urbano. Tanto en el medio urbano como en el rural había más hombres (50,9% y 50,2%) que mujeres.

La edad media fue similar en ambos medios (67,18±13,1 en el urbano y 66,57±13,7 en el rural).

En el medio urbano había mayor porcentaje de personas con diabetes en los grupos de edad más avanzados y en el rural en los grupos más jóvenes.

Conclusiones

Las personas con diabetes del Distrito Sanitario son de edad avanzada, con un discreto predominio de los hombres.

Dos tercios de las personas con diabetes tienen más de 60 años.

En nuestra zona no hay diferencias importantes entre las personas con diabetes en los medios rural y urbano.

154/43. Falta de adherencia terapéutica a antidiabéticos orales en personas con DM2 y Enfermedad Cardiovascular establecida.

Autores:

(1) López Simarro, Flora; (2) Ramírez Tarruella, Dolors; (3) Berrios Merino, Mauricio; (4) Tandaipan Jaime, José Luis; (5) Juan Querol, Maite; (5) Benere Echeverría, Sahara.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell. Barcelona.; (2) Técnico de Salud. Costa de Ponent. Barcelona.; (3) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell Rural. Barcelona.; (4) Médico de Familia Área Básica de Salud Poblenou. Barcelona.; (5) Médico de Familia. Área Básica de Salud Abrera. Barcelona.

Resumen:

Objetivos

Conocer la falta de adherencia terapéutica a los Antidiabéticos Orales (AO) en personas con DM2, que presentaban ECV establecida.

Metodología

Estudio descriptivo transversal realizado en un centro de Atención Primaria. Se incluyeron personas con DM2 y ECV (CI, AVC, EAP) por registros de H^aC^a. Variables estudiadas: sociodemográficas, n^o fármacos prescritos, fármacos AO utilizados, adherencia terapéutica medida por recetas retiradas de farmacia (mala adherencia: retirada <80% de las recetas prescritas). Análisis estadístico realizado con SPSSv17. Análisis descriptivo de variables cuantitativas con distribución normal (media y DE), si distribución no paramétrica (mediana y percentiles). Para variables cualitativas, porcentajes. Posteriormente, se analizan diferencias de adherencia a AO según sexo, edad (<ó ≥65 años) y polimedición (≥ de seis fármacos). Se utilizó t de Student y Anova para variables cuantitativas y Chi cuadrado o test de Fisher si cualitativas. Se consideró significativo un valor de p<0.05.

Resultados

N: 320. 65% Hombres. Edad: 72.11(DE10.01). Prevalencia de ECV: 117(36,6%) AVC, 167(52,2%) CI y 83 (25,9%) EAP. Utilización fármacos: Metformina: 74,1%, Sulfonilureas: 26,9%, I-DPP4: 8,4%, Repaglinida: 10,9%. Mala adherencia: Metformina 30,8% (<65 años: 45,3% vs. ≥65 años: 25,4% [p:0,003]). Sulfonilureas 26,7% (Mujeres: 40,7% vs.Hombres: 20,3% [p:0,047]). I-DPP4 29,62%. Repaglinida 48,6%. No se encontró ninguna diferencia significativa respecto a la polimedición. Mala adherencia según ECV: Metformina: AVC 28,4%, CI 32,8%, EAP 30,8%. Sulfonilureas: AVC 27,3%, CI

16,7%, EAP 40,0%. I-DPP: AVC 18,2%, CI 38,5%, EAP 25,0%. Repaglinida: AVC 35,7%, CI 58,8%, EAP 42,9%.

Conclusiones

Se han encontrado cifras elevadas de falta de adherencia a pesar de tratarse de pacientes con ECV (27-49%). Los pacientes más jóvenes tienen peor adherencia a Metformina y las mujeres a las Sulfonilureas. La polimedición no afecta a la adherencia terapéutica. Mejor cumplimiento en general de los pacientes con AVC y peor en EAP.

154/55. Patrón circadiano según Monitorización Ambulatoria en pacientes con Diabetes tipo 2 atendidos en Atención Primaria.

Autores:

(1) Gargallo, Aitor; (2) Badia Farré, Teresa; (2) Jiménez Jiménez, Carmen; (3) De la Iglesia Garrido, Trinidad; (2) Paino Martín, Cristina; (2) Quintano Ruiz, Ana.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Área Básica de Salud Martorell urbano. Martorell. Barcelona.; (2) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell urbano. Martorell. Barcelona.; (3) Auxiliar de Clínica. Área Básica de Salud Martorell urbano. Martorell. Barcelona.

Resumen:

Objetivos

Analizar las características de los pacientes con DM2 atendidos en Atención Primaria según su patrón circadiano de presión arterial.

Metodología

Estudio descriptivo transversal. Ámbito: centro de Atención Primaria urbano que atiende a 30197 usuarios. Se incluyeron pacientes mayores de 35 años con DM2 y MAPA realizada entre 2013-14. Se analizaron variables sociodemográficas, años de evolución DM2 e HTA, FRCV, enfermedad cardiovascular establecida (CI, ECV, IC, EAP), cifras obtenidas en la PAS/PAD en consulta y MAPA. Análisis: media y medidas de dispersión para variables cuantitativas. Proporciones para cualitativas. Comparaciones: χ^2 para proporciones, T-student para medias. Se analizaron las características en función del patrón de descenso nocturno de la PAS respecto a PAS diurna: patrón dipper(PD): descenso ≥ al 10 % vs patrón non dipper(PND): < al 10%. Nivel de significación<0.05.

Resultados

N=34. Edad media: 66,8(DE: 11,0); varones: 67,6%. El 100% de los individuos eran hipertensos. Años de evolución: DM2:9,2(DE:5,5) e HTA:11,6 (DE:5,6) años. PND estuvo presente en el 38,2% de los individuos. Entre las variables clínicas se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos analizados (PD vs PND): Síndrome apnea obstructiva (SAOS): 4,8% vs 30,8%

($p=0,05$); obesidad: 33,3% vs 76,9% ($p=0,03$). Se encontraron diferencias entre los dos grupos sin llegar a significación: varones: 81% vs 46,2%; fumadores: 9,5% vs 0%; DLP: 71,4% vs 69,2%; CI: 19% vs 7,7%; ECV: 4,8% vs 7,7%; IC: 4,8% vs 4,7%; EAP: 9,5% vs 7,7%; enfermedad renal crónica: 23,8% vs 30,8%. En el análisis de los valores de PAS/PAD en la consulta y valores de MAPA se encontraron diferencias significativas en los valores de: PAS-consulta: 137,0 (DE:11,4) vs 147,0 (DE:9,2) ($p=0,01$) y PAS-nocturna: 117,4 (DE:12,0) vs 132,3 (DE:13,1) ($p=0,001$). No se encontraron diferencias significativas en los valores de PAD-consulta: 78,0 (DE:9,3) vs 76,4 (DE:9,8); PAS-24h: 130,0 (DE:9,9) vs 134,8 (DE:12,6); PAD-24h: 71,3 (DE:7,4) vs 71,0 (DE:11,3); PAS-diurna: 136,7 (DE:10,1) vs 136,2 (DE:14,0); PAD-diurna: 76,4 (DE:8,5) vs 74,0 (DE:10,7); PAD-nocturna: 61,4 (DE:7,1) vs 67,8 (11,6).

Conclusiones

Más de un tercio de los pacientes presentaron patrón non dipper con una mayor prevalencia de obesidad, SAOS, mal control de la PAS clínica y elevación de la PAS-nocturna. La MAPA es una herramienta imprescindible para el correcto manejo de los pacientes diabéticos, hipertensos y con SAOS asociada.

154/57. Análisis de los valores de MAPA nocturna en pacientes con DM2 atendidos en Atención Primaria.

Autores:

(1) Miravet Jiménez, Sonia; (2) Fortea López, Joan; (3) Carretero Hernández, Patricia; (1) Jiménez Jiménez, Carmen; (1) Granado Corzo, Sonia; (1) Saviola, Vanesa.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell urbano. Martorell. Barcelona.; (2) Diplomado en Enfermería. Área Básica de Salud Martorell urbano. Martorell. Barcelona.; (3) Diplomada en Enfermería. Área Básica de Salud Martorell. Martorell. Barcelona.

Resumen:

Objetivos

Analizar los factores determinantes del grado de control de PAS nocturna en pacientes con DM2 atendidos en un Centro de Atención Primaria, según valores de MAPA.

Metodología

Estudio descriptivo transversal. Ámbito: centro de Atención Primaria urbano que atiende a 30197 usuarios. Se incluyeron pacientes mayores de 35 años con DM2 y MAPA realizada entre 2013-14. Se analizaron variables sociodemográficas, años de evolución DM2 e HTA, tabaquismo, dislipemia (DLP), enfermedad cardiovascular establecida (CI, ECV, IC, EAP), cifras en MAPA (PA sistólica (PAS), PA diastólica (PAD), diurna, nocturna y 24 horas). Valores del control metabólico y lipídico. Fármacos

antihipertensivos utilizados. Análisis: media y medidas de dispersión para variables cuantitativas. Proporciones para cualitativas. Comparaciones: χ^2 para proporciones, T-student para medias. Se asumió control óptimo: PAS-nocturna (PSA-n) <120 mmHg. Nivel de significación $<0,05$. ANOVA.

Resultados

N=34. El 64,7% de pacientes presentaron control PAS- $n \geq 120$. Control óptimo PAS- $n < 120$ vs PSA- $n \geq 120$ control. Edad: 64,2 (DE:9,8) vs 68,3 (DE:11,8) años. Mujeres 83,3% vs 16,7% varones. Años de evolución: DM2: 7,8 (DE:4,9) vs 10 (DE:5,8) años e HTA: 10 (DE:6,2) vs 12,6 (DE:5,2) años. No se observa relación entre el grado de control y los años de evolución de la DM2. Obesidad (IMC > 30): 25% vs 63,6% ($p=0,031$). Se encontraron diferencias entre los dos grupos sin llegar a significación: Fumadores: 16,7% vs 0%; DLP: 58,3% vs 77,3%; Cifras MAPA: PAS/PAD-24h (mmHg): 122,6 (DE:8,7) / 70,2 (DE:6,3) vs 137 (DE:8,9) / 71,8 (DE:10,3); PAS/PAD-diurna: 129,3 (DE:10,9) / 75,1 (DE:6,8) vs 140,5 (DE:10,3) / 65,7 (DE:10,1); PAS/PAD-nocturna: 109 (DE:7,5) / 60,4 (DE:7,5) vs 130,9 (DE:8,6) / 65,7 (DE:10,1). Control metabólico: HbA1c: 6,9 (DE:0,64) vs 6,8 (DE:0,96); Colesterol total: 192,6 (DE:31,6) vs 183,1 (DE:39); LDL-c 111,8 (DE:21,9) vs 106 (DE:33,5); HDL-c: 43,6 (DE:11) vs 43,4 (DE:10,3); TG 202 (DE:109) vs 158 (DE:53,8). Uso de tratamiento farmacológico: IECAs 66,7% vs 40,9%. ARA-II 25% vs 54,5%. Tiazidas 50% vs 31,8%. Pauta fija de tratamiento combinado: 33,3% vs 66,7%.

Conclusiones

Dos terceras partes de los pacientes presentaban mal control tensional nocturno asociado a mayor prevalencia de obesidad. Aunque sin hallar diferencias significativas, los pacientes con mejor control tensional usaban IECAs. Dada la importancia de la PAS en reposo como factor de riesgo cardiovascular, se debería tener en cuenta este subgrupo poblacional independientemente del control tensional en la clínica.

Sábado 14 de Marzo de 2015

08.00-09.00 horas

Defensa de comunicaciones poster. Sesión 1. Aula Virtual de Pósters. Planta -1.

Moderadora:

Dra. D^a. Margarita Alonso Fernández

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

154/2. ¿Hacemos todo lo posible por cortar el cable adecuado para desactivar la bomba? Estudio del control de los diabéticos con insuficiencia renal

Autores:

(1) Pérez Martín, Álvaro; (2) Agüeros Fernández, María José; (3) López Lanza, José Ramón; (1) Huidobro Dosal, Carmen; (1) Aguilera Samaniego, Patricia Noemí; (1) San Miguel Martín, Nuria.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de familia. Centro de Salud Centro. Santander.; (2) Médico de familia. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega.; (3) Médico de familia. Centro de Salud Alisal. Santander.

Resumen:**Objetivos**

Analizar 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 un centro de atención primaria urbana. Para valorar la insuficiencia renal se consideró <60 de filtrado. Para calcular el buen control se ha usado los valores recomendados por la ADA 2015 (tensión arterial <140 mmHg y <90 mmHg, LDL <70 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 analizaron 98 casos, presentaban insuficiencia renal el 22,4%. Los pacientes con IR presentaban edad media de 77.7 (DE \pm 8.4) años y predominio femenino (59.1%); los valores medios encontrados fueron HbA1c 7.4 (DE \pm 1.04) %, glucemia 139.39 (DE \pm 39), LDL 118 (DE \pm 29) mm/dl, TAS 149.68 (DE \pm 17.6) mmHg y TAD 74.8 (DE \pm 8.8) mmHg. Comparando con diabéticos sin IR presentaban buen control de la TA el 54.5% con IR vs 51.4% sin IR, de colesterol el 22.7% vs 48.6%; en cuanto al tratamiento para HTA usaba monoterapia el 63.6 vs 46.9%; de los que no cumplen objetivos el médico realizaba alguna actuación posterior para la TA en el 50 vs 23% y para el colesterol en el 0 vs 6.7%.

Conclusiones

Existe peor grado de control de los factores de riesgo de los diabéticos con IR que los que no la presentan, aunque sean de más riesgo cardiovascular, siendo en ambos muy deficiente. Existe también una importante inercia terapéutica. Se debe prestar más atención al control de la tensión arterial y el LDL en estos pacientes de muy riesgo alto.

154/3. Seguimiento de las personas con antecedentes de Diabetes Gestacional en las consultas de Atención Primaria.

Autores:

(1) Cols Sagarra, Celia; (2) Bordallo Galaso, Raquel; (2) Ballester Navas, M^a Angels; (1) Roca Grau, Eva; (1) Carrasco García, M^a Teresa; (1) Daza Macaya, Noelia.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell Rural. Gélida. Barcelona.; (2) Enfermera. Área Básica de Salud Martorell Rural. Gélida. Barcelona.

Resumen:**Objetivos**

Describir control realizado en consultas de Atención primaria, de personas con diagnóstico previo de Diabetes Gestacional (DG). Valorar relación entre DG y patología actual.

Metodología

Estudio descriptivo transversal realizado en Área Básica de Salud Rural. Muestra aleatoria pacientes con diagnóstico previo DG (N=101). Se realizó revisión Historia Clínica. Variables: Edad diagnóstico DG, Numero embarazos totales, tratamiento durante DG, Analítica realizada los últimos 3 años, PA, IMC, perímetro abdominal. Diagnósticos actuales (GBA, DM2, DL, HTA, Hipo e hipertiroidismo).

Resultados

Edad DG: 34,04 años (DE4,59). Número medio embarazos totales: 1,82 (DE0,79). 30,6% DG otros embarazos. 60,9% tratamiento sólo con dieta. 61,4% realizada analítica últimos 3 años: 29,5% con HbA1c. Valores medios: Glucosa 93,02 mg/dl (DE17,77), HbA1c 5,84% (DE0,8), Colesterol 188,7 mg/dl (DE35,51), c-LDL 116,38 mg/dl (DE33,7). Control PA 48,51% con PAS media 116,53 mmHg (DE10,74) y PAD 73,51 mmHg (DE 7,88). IMC 27,47 (DE 4,28). Ninguna paciente tiene mirado perímetro abdominal. Diagnóstico actual GBA 5,9%, DM2 7%, Hipotiroidismo 12,9%, Dislipemia 11,9%. Edad DG en pacientes con GBA es superior a las que no GBA (38,67 (DE5,16) vs 33,75 (DE4,42) p=0,01). No observada diferencia en pacientes con DM2 ni en conjunto pacientes con alteraciones metabolismo hidrogenocarbonado (AMHC). Edad DG superior en pacientes precisaron insulina (35,61 años (DE5,25) vs 31,71 (DE3,56) p=0,004). Relación número embarazos con AMHC sin diferencias. Paciente con AMHC 100% fueron tratadas con insulina, pacientes sin AMHC 26,3% tratamiento con insulina. Pacientes con Hipotiroidismo, 7,7% tienen también AMHC.

Conclusiones

El seguimiento posterior realizado a personas con antecedente DG es pobre, sólo 60% realizan controles posteriores de analítica y sólo 29,5% de éstas con HbA1c. Se observa mayor probabilidad de AMHC a mayor edad en momento de DG. A mayor edad más pacientes precisaron insulinización durante embarazo. La insulinización comporta mayor riesgo posterior AMHC. No se ha observado relación entre hipotiroidismo y AMHC.

154/4. Nuevos estándares: ¿Alcanzan nuestros pacientes con Diabetes Tipo 2 los objetivos del triple control?

Autores:

(1) López Grau, Noelia Soledad; (2) Vélez Escalante, Asunción; (1) Tascón Marín, Luis Alberto; (2) Amasuno Toca, María Angeles; (2) Toca Incera, Carmen Ventura.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Laredo. Santander.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Laredo. Laredo. Santander.

Resumen:

Objetivos

Evaluar el control de los factores de riesgo cardiovascular, midiendo el alcance de objetivos en el “triple control” (TA, LDL y HbA1c) en pacientes con Diabetes tipo 2. Comparar nuestros resultados con los obtenidos en otros estudios realizados en España y Europa, tomando como referente el estudio PANORAMA.

Metodología

Estudio observacional descriptivo sobre una población de 322 pacientes incluidos en el programa de atención a diabetes de la cartera de servicios de atención primaria. Se excluyeron 123 sujetos por no cumplir los criterios de inclusión. Se analizaron los datos de TA, LDL y HbA1c obtenidos de los registros en la historia clínica de 199 sujetos, desde enero a diciembre de 2014.

Resultados

La prevalencia de Diabetes tipo 2 diagnosticada es de 7.5%; 55% son varones y 45% mujeres. Las edades comprendidas entre 36 y 97 años, 68% \leq 75 años, 32% $>$ 75 años. Los valores de TA \leq 140/90 fueron alcanzados por el 54% de los sujetos estudiados. El 59% tenían valores de LDL $<$ 100. El 63% de los sujetos tenían valores de HbA1c $<$ 7%; de los \leq 75 años 70% tenían HbA1c $<$ 7% y de los $>$ 75 años el 94% valores $<$ 8.5. Cumplían los objetivos de “triple control” (TA \leq 140/90; LDL $<$ 100; HbA1c $<$ 7) el 24% de los sujetos estudiados.

Conclusiones

El objetivo de triple control fue alcanzado por un porcentaje elevado de pacientes, según los datos de otros estudios. Es posible que se trate de un sesgo al no haber incluido a los pacientes que no acuden periódicamente a consulta. Esto nos indica la necesidad de tomar medidas que eviten la falta de seguimiento de dichos pacientes. Los cambios efectuados en las nuevas guías reflejan un mejor cumplimiento de los objetivos del triple control teniendo en cuenta la individualización de los pacientes

consiguiendo así, resultados más cercanos a la realidad en atención primaria.

154/6. ¿Nos preocupan los obesos diabéticos en Atención Primaria?

Autores:

(1) Aguilera Samaniego, Patricia Noemi; (2) Pérez Martín, Álvaro; (3) Agüeros Fernández, María José; (4) Grajales Ruiz, Andrea; (5) Soneira Rodríguez, Zuany; (2) Huidobro Dosal, Carmen.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente. Centro de Salud Centro. Santander.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega.; (4) Médico Residente. Centro de Salud el Alisal. Santander.; (5) Médico Residente. Centro de Salud Cazoña. Santander.

Resumen:

Objetivos

Analizar el perfil y grado de control de tensión arterial y colesterol de los pacientes diabéticos obesos en atención primaria.

Metodología

Estudio descriptivo transversal de los diabéticos obesos atendidos en dos consultas urbanas de atención primaria. Para diagnosticar obesidad se ha considerado $>$ 30 de imc, para el buen control se ha usado los valores recomendados por la ADA 2015 (tensión arterial $<$ 140mmHg y $<$ 90 mmHg, LDL $<$ 100mg/dl). Para variables cuantitativas se ha utilizado la media y la desviación típica y para variables cualitativas porcentajes.

Resultados

Se analizaron 43 sujetos, con una edad media de 70.1 años (DE \pm 11.2), predominio femenino (58.1%) y una evolución media de 7.1 años (DE \pm 5.1); se encontró una media de 105.1 (DE \pm 25.6) mm/dl de LDL, 7.4% (DE \pm 1.8) de HbA1c, el IMC medio fue de 33.49 (DE \pm 4.5) y el 7,5% fumaba; presentaban cifras de buen control de la tensión arterial el 72.1% y del colesterol el 51.2%; el 88.1% usaban antidiabéticos orales (principalmente inhibidores de DPP4 40%, metformina 37.1% y sulfunilureas 17.1%), insulina el 33.3%. El 32.5% presentaba alguna complicación, principalmente microalbuminuria/insuficiencia renal 30.8%, retinopatía 23.1% e ictus 23%.

Conclusiones

El perfil del diabético obeso encontrado es el de una mujer de 70 años, no fumadora, tratada con inhibidores de DPP4 y metformina, y que ha presentado una complicación en un porcentaje elevado de casos. El grado de control de la tensión es bueno pero no el de los lípidos, alejado de las recomendaciones internacionales. Se

debe revisar e intensificar el tratamiento en estos pacientes para reducir el riesgo cardiovascular.

154/11. Complicaciones diabéticas agudas: Estadía en Urgencias de Hospital Lluís Alcanyís de Xativa - Comunidad Valenciana.

Autores:

(1) Montalva Barra, Juan Carlos; (2) Torregrosa Sanchis, Ángel; (3) Valiente Bayarri, Marina; (4) Ordiñana Sanchis, Jose.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Hospital Lluís Alcanyís / Centro de Salud Carcaixent. Valencia; (2) Médico de Familia. MUH Hospital Lluís Alcanyís. Xátiva. Valencia; (3) Médico de Familia. MUH Hospital Lluís Alcanyís. Valencia; (4) Médico Residente. Centro de Salud de Xátiva. Valencia.

Resumen:

Objetivos

Se conoce la prevalencia actual de las complicaciones diabéticas metabólicas agudas que acuden a urgencias de nuestros hospitales pero no hay un balance de éstas.

Metodología

Estudio observacional descriptivo retrospectivo y transversal realizado en ámbito de Urgencias hospitalarias. Se recogió en la muestra todo paciente que acudió por complicación diabético-metabólica aguda durante 2013. Se obtuvieron los datos por acceso a historia informatizada Mizar y el análisis estadístico se realizó mediante SPSS versión 22.0.

Resultados

De las 191 urgencias vistas por complicaciones de diabetes de 171 (12 paciente acudieron más de una vez) se observó un 51.83% de sexo masculino con edades medias de 61.57 +- 21.91 años. Se observaron: 39.79% descompensaciones hiperglucémicas no católicas, 23.03% de Hipoglucemias, 10.47% de cetoacidosis metabólicas y un 4.72% de debuts diabéticos. Se observaron un 21.98% de hiperglucemia en contexto de otros cuadros agudos.

Comorbilidades presentaron enfermedad macrovascular (arterial coronaria, cerebro-vascular o arterial periférica) un 28.79%, mientras enfermedad microvascular (neuró-pata, neuropata o retinopatía) en un 13.61%. Hubo un 53.92 % pacientes hipertensos y un 29.31% de dislipémicos.

Se realizó cambios de tratamiento o ajuste de éste en el 50.78% de los pacientes

Destino de los paciente: 40.83% se remitieron a su médicos de asistencia primaria y un 20.41% se ingresó

en Unidad corta estancia o medicina Interna y sólo un 7.32 % se derivó a consultas externas de Endocrinología.

Conclusiones

Se observa un alta prevalencia de las complicaciones metabólicas por descompensación diabética en nuestros hospitales y provoca una alta morbo-mortalidad, suponiendo un 2-4% de ingresos hospitalarios.

De las complicaciones la más frecuente es la hiperglucemia no cetósica seguida de hipoglucemia.

Estos datos son extrapolares y permiten un mejor conocimiento sobre la magnitud del problema de esta enfermedad y nos permite establecer protocolos de actuación para minimizar las consecuencias de estas complicaciones.

154/15. ITB: Útil en la valoración del riesgo cardiovascular.

Autores:

(1) Santos Urrutia, Alicia; (1) Grande Grande, María Rosa; (1) del Rivero Sierra, Francisco Borja; (2) Domínguez Mosquera, María del Carmen; (3) Bengochea Botín, Eva; (4) De Mier Bustillo, Marta.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud la Montaña. Santander.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Cudeyo. Solares. Cantabria.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria.; (4) Podóloga. Centro de Salud la Montaña. Santander.

Resumen:

Objetivos

Identificar, mediante el índice tobillo-brazo, pacientes asintomáticos, que tengan una lesión establecida. Investigamos la prevalencia de una enfermedad arterial periférica (EAP), (índice tobillo-brazo <0,9), en sujetos sin enfermedad arterial conocida, atendidos en las consultas de Atención Primaria.

Metodología

Estudio observacional, en el que se incluyó a pacientes con riesgo cardiovascular, seleccionados en función de la edad, sexo, y la presencia de otros factores de riesgo (HTA, Diabetes...), pero, sin enfermedad arterial conocida.

Resultados

Se evaluaron 210 casos, de los cuales 74 eran diabéticos, y 136 no diabéticos. Del total de la muestra, el ITB fue < 0,9 en el 11,67%. Los parámetros que se asociaron con un ITB < 0,9 fueron la edad, diabetes mellitus e hipercolesterolemia.

De los pacientes con ITB <0,9, sólo el 8% recibía tratamiento antiagregante, el 10% presentaba LDL <100mg/dl y el 21% tenía una presión arterial < 140/90 mm Hg.

Conclusiones

En una proporción elevada de pacientes con riesgo cardiovascular se detecta enfermedad arterial periférica asintomática. El ITB debería medirse de forma sistemática en enfermos con riesgo vascular.

154/23. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 e incidencia de depresión.**Autores:**

Rocha Moutinho, Joao; Andrade Ferreira, Diana.

Centro de Trabajo:

Médico Residente de 4º de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Cuidados de Salud Personalizados UCSP Mealhada. Portugal.

Resumen:**Objetivos**

Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y analizar el tipo de tratamiento hipoglucemiante.

Metodología

Estudio descriptivo transversal; fueron incluidos todos los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a consulta de 2 médicos de familia en el periodo de estudio (de julio a diciembre de 2014). Variables: sexo, edad, presencia de diagnóstico de depresión, identificación del tratamiento hipoglucemiante. El tratamiento hipoglucemiante se diferenció en 2 categorías: los antidiabéticos orales (ADOs) y terapia con insulina (combinada o no con ADOs).

Resultados

Fueron identificados 288 pacientes diabéticos, 132 mujeres y 156 hombres con una prevalencia de depresión de 18,4%. Cerca de 83,3% de los diabéticos están medicados con por lo menos un ADO, con una prevalencia de depresión de 16,6% mientras que 11,1% de los diabéticos cumplen un tratamiento con insulina y su prevalencia de depresión es de 27,1%.

Conclusiones

Los resultados obtenidos demuestran que hay una prevalencia elevada de depresión en los pacientes a los cuales es adecuado un tratamiento con insulina. La presencia de una depresión no tratada puede llevar a una inercia terapéutica o ser un factor de deficiencia en la adhesión al tratamiento que puede tener como consecuencia un mal control glucémico de la diabetes. Por eso a los pacientes que hacen o que inician tratamiento con insulina parece beneficioso un análisis de sintomatología depresiva.

154/56. Grado de control de la Tensión Arterial en los pacientes con DM2 según los años de evolución de la enfermedad.**Autores:**

(1) Miravet Jiménez, Sonia; (2) De la Iglesia Garrido, Trinidad; (3) Carretero Hernández, Patricia; (1) Salvador Gareta, Juan Daniel; (1) Juan Querol, Maite; (4) Hernández Jiménez, Tamara.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell urbano. Martorell. Barcelona.; (2) Auxiliar de clínica. Área Básica de Salud Martorell urbano. Martorell. Barcelona.; (3) Diplomada en Enfermería. Área Básica de Salud Martorell urbano. Martorell. Barcelona.; (4) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell urbano. St Esteve Sesrovires. Barcelona.

Resumen:**Objetivos**

Analizar las características de los pacientes con DM2 según los valores de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA y los años de evolución de la enfermedad.

Metodología

Estudio descriptivo transversal. Ámbito: centro de Atención Primaria urbano que atiende a 30197 usuarios. Se incluyeron los pacientes mayores de 35 años con DM2 con una MAPA realizada entre 2013-14. Se analizaron variables sociodemográficas, años de evolución DM2 e HTA, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), enfermedad cardiovascular establecida (CI, ECV, IC, EAP), complicaciones microvasculares, cifras obtenidas en la MAPA (PAS 24h, PAS diurna y nocturna) y patrón circadiano (dipper vs non dipper). Análisis: media y medidas de dispersión para variables cuantitativas. Proporciones para cualitativas. Se analizaron las características en función de los años de evolución de la DM2 (≥ 10 ó < 10 años). Comparaciones: χ^2 para proporciones, T-student para medias. Nivel de significación < 0.05 .

Resultados

N:34. Edad: 66,8 (DE: 11,0) años. Varones: 67,6%. Años de evolución HTA: 11.6 (DE:5,6) años. El 100% de los pacientes eran hipertensos. Existen diferencias significativas entre los dos grupos analizados (≥ 10 ó < 10 años): DLP: 92.3% vs 57.1% ($p=0.029$) y retinopatía diabética de cualquier tipo 30.8%vs0% ($p=0.007$). Se encontraron diferencias entre los dos grupos sin llegar a significación: fumadores: 0% vs 9.5%; CI: 40% vs 60%; ECV: 15.4% vs 0%; IC:7.7% vs 4.8%; EAP:7.7% vs 9.5%, Enfermedad renal crónica 38.5% vs 19%. PA clínica en consulta (mmHg): 139,54 (DE11,6) /75,92 (DE:7,2) vs 141,8 (DE:11,8) /78,4 (DE :7,6). Cifras MAPA: PAS/PAD 24

horas: 131,9 (DE:11,0) /68,3 (DE:8,3) vs 132,8 (DE:11,6)/73 (DE:9,1); PAS/PAD diurna: 134 (DE:9) / 71,5 (DE:7,8) vs 138 (DE:13) /78 (DE:9,5); PAS/PAD nocturna: 123,8 (DE:15) / 62,8 (DE:9,7) vs 122,7 (DE:12,7) / 64,7(DE:9,5). Patrón dipper PAS/PAD (%): 9.1/11.3 vs 12/16.3.

Conclusiones

Los pacientes con diabetes de 10 o más años de evolución presentan mayor prevalencia de dislipemia y retinopatía diabética. No se encontraron diferencias en el resto de las variables (sociodemográficas y clínicas) analizadas.

154/58. Determinación y expresión de la HbA1c.

Autores:

(1) Escribano Serrano, José; (2) Michán Doña, Alfredo; (3) Mancera Romero, José; (4) Hormigo Pozo, Antonio; (5) Barbosa Monroy, M Carmen; (6) Franch Nadal, Josep.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica San Roque. Cádiz.; (2) Internista. Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Cádiz.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (5) RedGDPS; (6) Médico de Familia. Área Básica de Salud Raval Sud. Barcelona.

Resumen:

Objetivos

Evaluar el conocimiento de los médicos de Atención Primaria sobre las condiciones de determinación y expresión de la HbA1c.

Metodología

Encuesta on-line a finales de 2014 entre los profesionales pertenecientes a la red GDPS (Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria).

Resultados

507 profesionales (P) de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas (112 Cataluña y 82 Andalucía, mayor respuesta), 222 mujeres (44%) y una mediana de edad de 51 años (Rango Inter cuartílico 45-57).

135 P (26%) desconocen si los resultados de HbA1c se encuentran estandarizados, el 41% (209 P) reciben los resultados en las dos unidades simultáneamente y un 95% (475 P) desconocen el método con el que determina la HbA1c en su área.

Dos tercios de los P (63% y 69%) no refieren limitaciones para solicitar HbA1c, mientras que lo tienen limitado el 28% cada 6 meses en los controlados y el 26% cada tres meses en no-controlados. A pesar de las limitaciones, el 77% repite a los tres meses o antes la HbA1c a raíz de modificar el tratamiento.

Sólo un 24% (128 P) es capaz de interpretar correctamente el intercambio de unidades de HbA1c, el 60% reconoce explícitamente que no sabe cómo realizarlo. El 87% de los P refiere utilizar como criterios diagnósticos de DM los basados en la HbA1c, bien sola (5%) o bien en combinación con la GPA (82%), quedando únicamente un 4,6% que utilice el Test de Tolerancia Oral a Glucosa.

Conclusiones

La HbA1c es una herramienta de uso habitual pero estos resultados demuestran un bajo conocimiento de sus singularidades.

La aplicación del Consenso sobre la determinación y expresión de la HbA1c no ha alcanzado los objetivos esperados.

El uso de la HbA1c como criterio diagnóstico se ha implantado en la práctica clínica, desplazando por completo al test de tolerancia.

Sábado 14 de Marzo de 2015

09.00-10.00 horas

Defensa de comunicaciones posters.

Sesión 2.

Aula Virtual de Pósters. Planta -1.

Moderador:

Dr. D. José Mancera Romero

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

154/8. Perfil, grado de control y actuación médica en los diabéticos con hemoglobina glicosilada alta en Atención Primaria.

Autores:

(1) Agüeros Fernández, María José; (2) Pérez Martín, Álvaro; (2) Aguilera Samaniego, Patricia Noemi; (2) Huidobro Dosal, Carmen; (3) López Lanza, Jose Ramon; (4) Gandara Revuelta, Maria Antonia.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de familia. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega.; (2) Médico de familia. Centro de Salud Centro. Santander.; (3) Médico de familia. Centro de Salud Alisal. Santander.; (4) ATS. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega.

Resumen:

Objetivos

Estudiar los pacientes diabéticos con mal control glucémico, valorando el grado de control y la actuación médica posterior.

Metodología

Estudio descriptivo transversal de los diabéticos seleccionados en un centro de atención primaria urbana. Para valorar la mal control se consideró HbA1c > 8%, para calcular el buen control se ha usado los valores recomendados por la ADA 2015 (tensión arterial < 140 mmHg y < 90 mmHg, LDL < 100 mg/dl). Para variables cuantitativas se ha utilizado la media y la desviación típica y para variables cualitativas porcentajes.

Resultados

Se analizaron 29 casos, con una edad media de 68.2 (DE±6.8) años y predominio masculino (51.7%); los valores medios encontrados fueron HbA1c 9.7% (DE±1.49), LDL 114.5 (DE±35.7) mm/dl, TAS 146.1 (DE±18.7) mmHg y TAD 75.2 (DE±8.7) mmHg, presentaban insuficiencia renal el 24.1%. Existe un buen control de la TA en el 41.4% y de LDL en el 31%; en cuanto al tratamiento para HTA usaban monoterapia el 54.2% y para la glucemia el 13.8% (doble terapia 55.2%); de los que no cumplen objetivos el médico realizaba alguna actuación posterior para la TA en el 0%, para el colesterol en el 5% (cambio de fármaco 100%) y para la glucosa en el 51.7% (cambio de fármaco 57.6%, subir dosis 42.4%).

Conclusiones

La inercia terapéutica en estos pacientes es muy grande, pese al mal control de los factores de riesgo. Se debe prestar más atención al control de los factores de riesgo.

154/9. ¿Existe una adecuación del tratamiento de nuestros pacientes diabéticos con nefropatía? ¿Es necesario una propuesta de mejora?

Autores:

(1) Hernández Navarro, Isabel; (1) García Valverde, María Concepción; (2) Prieto Barbosa, Dolores; (1) García-Asenjo Hurtado, Inmaculada; (3) Herrera León, Walter; (4) Moralejo Lozano, Oscar.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Caramuel. Madrid.; (2) Enfermera. Centro de Salud Caramuel. Madrid.; (3) Enfermero. Centro de Salud Caramuel. Madrid.; (4) Estudiante de 6º de Medicina. Centro de Salud Caramuel. Madrid.

Resumen:**Objetivos**

La nefropatía diabética ocurre en el 20-40% de los pacientes con Diabetes Mellitus y es causa de enfermedad renal terminal. Una albuminuria persistente de 30-299 mg/24h es un estadio inicial de nefropatía diabética y marcador de alto riesgo cardiovascular. Mayor de 300

mg/24h más probabilidad de progresión. La inhibición del sistema renina-angiotensina (IECA/ARA II) retrasa y enlentece el incremento de la albuminuria. El objetivo de nuestro estudio es conocer si existe adecuación de tratamiento (ttº) con prescripción activa de IECA/ARA II en nuestros pacientes diabéticos con nefropatía así como conocer las causas de la no adecuación.

Metodología

Estudio descriptivo transversal con 119 pacientes diabéticos mayores de 14 años con nefropatía (albuminuria mayor o igual a 30 mg, confirmada en 2 determinaciones), con historia y prescripción activa con IECA/ARA II solos o asociados a otros fármacos en el momento de la evaluación, adscritos al Equipo de Atención Primaria de un Centro de Salud. Fuente de información de e-SOAP. Se analizó variables demográficas, prescripción activa con IECA/ARA II y causas de no prescripción.

Resultados

Sexo: 38% mujer, 62% varón. Edad: 4,2% entre 14-50 años, 17,64% entre 51-65 años, 34,45% entre 66-80 años y 43,69% > 80 años. Existe un 69,75% de pacientes con adecuación de ttº y un 30,25% sin adecuación. Causas: 28% falta de diagnóstico (Dco) de nefropatía, 26% mala adherencia al ttº, 17% control por atención especializada (AE), 8% inclusión con Dco de nefropatía por error informático, 6% paciente intermitente, 3% IECA/ARA II no indicado, 3% intolerancia IECA/ARA II, 3% alergia IECA/ARA II, 3% paciente no aparece CIPA, 3% paciente receta especial ISFAS.

Conclusiones

Un 30,25 % de nuestros pacientes diabéticos con nefropatía no tienen una adecuación de ttº. La falta de diagnóstico, la mala adherencia al ttº y el control por AE son mayoritariamente las causas de la misma.

154/25. Pacientes diabéticos que abandonan un cupo de atención primaria ¿Es bueno para ellos?

Autores:

(1) del Rivero Sierra, Francisco Borja; (2) Gómez Molleda, Francisca; (1) Santos Urrutia, Alicia.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de familia. Centro de Salud Nueva Montaña. Cantabria.; (2) Médico de familia. Centro de Salud Bajo Asón, consultorio rural Limpías. Cantabria.

Resumen:**Objetivos**

Analizar el grado de control de la diabetes mediante el valor de la HbA1c individualizada de los pacientes que abandonan un cupo de atención primaria, voluntaria o forzosamente, comparándolo con los que permanecen.

Metodología

Se recogen los datos de HbA1c de los pacientes diabéticos de un cupo de atención primaria. Se hacen 2 grupos: Los que permanecen en el cupo y los que cambian de médico. Se comparan esos datos 1 año después.

Resultados

Al inicio del estudio había 44 pacientes adscritos al programa de diabetes en dicho cupo. 1 año después hay 61. De los 44 pacientes iniciales 26 permanecen con el mismo médico y 18 cambian de médico. De los que permanecen: el 65.38% está bien controlado, el 15.38% no tiene la HbA1c dentro de los objetivos marcados (glicosiladas en función de la edad y esperanza de vida-calidad de vida) y el 19.23% no tiene una HbA1c. De los 18 que han cambiado de cupo: el 44.44% está bien controlado, el 16.67% mal controlado y el 38.89% no tiene una HbA1c en ese periodo.

Conclusiones

El cambio de cupo médico perjudica de modo notable el buen control de la diabetes (65.38% vs. 44.44%). Aumenta la falta de control mediante la HbA1c (19.23% vs 38.89%) y los pacientes presentan un porcentaje similar de mal control (15.38% vs. 16.67%).

154/27. Control cuantitativo de la diabetes mellitus en ancianos.**Autores:**

(1) Gómez Molleda, Francisca; (2) del Rivero Sierra, Francisco Borja; (3) Salvador Guerra, M^a del Carmen; (4) Piris García, Xandra.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón, consultorio rural Limpías. Cantabria.; (2) Médico de familia. Centro de Salud Nueva Montaña. Cantabria.; (3) Médico Residente de 3^o año. Consultorio Rural Limpías. Cantabria.; (4) Médico Residente de 3^o año. Consultorio Rural Limpías. Cantabria.

Resumen:**Objetivos**

Comparar los niveles de control de la diabetes en ancianos de una residencia y pacientes mayores de 80 años de un cupo de Atención Primaria a lo largo de 2 años.

Metodología

Se comparan niveles de control glucémico (glucemia plasmática y HbA1c), grado de afectación renal (filtrado glomerular según la fórmula MDRD y cuantificación de microalbuminuria) y perfil lipídico (colesterol total y LDL colesterol). Se establecen dos grupos a estudio: a) diabéticos de una residencia geriátrica, b) diabéticos mayores de 80 años de un cupo de Atención Primaria. Se estudian durante 2 años.

Resultados

En la Residencia de ancianos el 20% de los internos son diabéticos, en el cupo el 9.33%.

En la Residencia: la media de glucemia plasmática basal es 115.27, HbA1c 6.5, filtrado glomerular 67.54, microalbuminuria 4, colesterol total 188.81 y LDL colesterol 96. En los diabéticos mayores de 80 años del cupo: glucemia plasmática basal 135.43, HbA1c 6.78, filtrado glomerular 60.91, microalbuminuria 30.3, colesterol total 173.06 y LDL colesterol 88.62.

Conclusiones

a) No hay diferencias en el control de la diabetes entre los internos de una Residencia Geriátrica y población mayor de 80 años de un cupo de Atención Primaria.
b) Teniendo en cuenta los últimos criterios de control de HbA1c glicosilada que se establecen para población frágil y con esperanza de vida limitada, obliga a revisar los tratamientos de estos pacientes y no ser tan estrictos.

154/39. Estudio de los pacientes diabéticos con insuficiencia renal atendidos en AP.**Autores:**

(1) López Lanza, José Ramón; (2) Sanchez Cano, Fco Javier; (3) Villa Puente, Miguel; (4) Lopez Videras, Rocio; (5) Perez Martin, Alvaro; (1) Serna Ruiz, Elena.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Alisal. Santander.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Coto. Castro. Cantabria.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Comillas. Comillas. Cantabria.; (5) Médico de familia. Centro de Salud Centro. Santander.

Resumen:**Objetivos**

La población diabética con insuficiencia renal crónica (IRC), presentan unas características específicas en cuanto a la utilización de fármacos y consecución de objetivos. Hemos querido estudiar como manejamos en AP este tipo de pacientes.

Metodología

Estudio de 3 centros de salud de Cantabria de los pacientes registrados como diabéticos con insuficiencia renal crónica (FG <60 ml/min), que tuvieran tratamiento farmacológico. Analizamos sus características demográficas, grado de control y uso de fármacos. Análisis estadístico SPSS 22.0.

Resultados

Muestra de 139 pacientes, edad 75,7±10,4 años, 55,4% hombres. FG medio 43,8 ml/min, creatinina 1,6 mg/dl y HbA1c media 6,87%. Todos los pacientes presentan insuficiencia renal la mayoría en estadio 3A (63,3%),

mientras el 36,7% tienen un $FG < 45$. Presentan microalbuminuria/proteinuria el 37,4%. El 77% de los pacientes tienen buen control de la HbA1c y el 60,4% de la PA (usan IECA/ARA2 72,7%). El 54,7% solo utilizan un fármaco la mayoría (24,5%) la insulina, frente al 10,8% con 3 fármacos y el resto doble terapia. Considerando cualquier tratamiento tanto en monoterapia como combinaciones, la insulina lo utilizan el 37,8% del total. El 17,3% de los pacientes tratados tiene al menos un fármaco contraindicado o con dosis inadecuada para su grado de IRC, siendo un IDPP4 en 50,2% de ocasiones.

Conclusiones

En nuestro estudio la mayoría de los diabéticos con IRC están en estadio 3A. Más de una tercera parte tienen microalbuminuria/proteinuria, teniendo la mayoría buen control de su diabetes, siendo mejorable el de la PA. Para el control glucémico se utiliza habitualmente un sólo fármaco, principalmente insulina, con el riesgo de hipoglucemia que conlleva en pacientes con una media de edad tan elevada. Debemos vigilar nuestras prescripciones en pacientes de estas características para no cometer errores potencialmente fatales.

154/40. Análisis descriptivo de la situación de los diabéticos en centro de salud urbano.

Autores:

(1) Gambero Pino, Laura; (2) Rojo Iniesta, Marta; (3) López Luque, Esther; (4) Muñoz González, Lorena; (5) Polo Ruiz, María Victoria; (6) Gutiérrez García, Ángel.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (4) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.; (5) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.; (6) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

Resumen:

Objetivos

Analizar las variables predictoras de control de los pacientes diabéticos de un centro de salud urbano.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo mediante muestreo aleatorio sistematizado de los pacientes diabéticos recogidos en el listado de pacientes de diabetes del Proceso Integral de diabetes del sistema informático Diraya (Servicio Andaluz de Salud) recogiendo las variables: edad, tiempo de diabetes, presión arterial, HbA1c, LDL, IMC,

tratamientos del paciente, realización de retinografía, exploración de pie y microalbuminuria. Se han realizado medidas de frecuencia y en las variables cuantitativas con mas de una se ha utilizado la media.

Resultados

La población de diabéticos del centro es de 1689, se eligió una muestra de 117 pacientes con una pérdida de 3 por falta de registro. Mujeres 52,6%, edad media 65,64 años, tiempo de evolución 7,06, IMC 30,2, HbA1C: 7,36%, PAS:133, PAD:75,5, LDL:105. Se realizaron retinografía 36,8%, exploración pie: 19,5% y microalbuminuria 43%. Sin fármacos para diabetes 20,2, con un ADO: 51,8, dos ADO: 21%, tres ADO: 1%, insulinizados: 30%. En tratamiento para la hipertensión están el 85% de los diabéticos y el 59,6% toman estatinas.

Conclusiones

- 1º. El margen de mejora de las distintas variables estudiadas es amplio en la población diabética.
- 2º. El abordaje terapéutico de los factores de riesgo, principalmente hipertensión y ldl deben intensificarse.
- 3º. La realización de exploraciones para complicaciones microvasculares es escasa y ampliamente mejorable. En este aspecto es imprescindible la contribución de enfermería.
- 4º. El IMC 30,2 indica un muy alto nivel de obesidad, debiendo plantearse intervenciones individuales y grupales.

154/53. Utilidad de la realización de MAPA en los pacientes con DM2 en Atención Primaria.

Autores:

(1) Córdova Peralta, Shirley; (2) De la Iglesia Garrido, Trinidad; (3) Carretero Hernández, Patricia; (1) Badia Farré, Teresa; (1) Balfagón Gandoy, Susana; (1) Cama Meza, Edna Mariella.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Áreas Básicas de Salud Martorell urbano. Barcelona.; (2) Auxiliar de clínica. Áreas Básicas de Salud Martorell urbano. Barcelona.; (3) Diplomada en Enfermería. Áreas Básicas de Salud Martorell. Barcelona.

Resumen:

Objetivos

Conocer la actitud terapéutica de los médicos de Atención Primaria en pacientes con DM2 atendidos en un Equipo de Atención Primaria tras la realización de MAPA.

Metodología

Estudio descriptivo transversal realizado en un centro de Atención Primaria urbano que atiende a 30197 usuarios. Se incluyeron los pacientes mayores de 35 años con DM2 y MAPA realizada entre 2013-14. Se analizaron

variables sociodemográficas, años de evolución DM2 e HTA, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), enfermedad cardiovascular establecida (CI, ECV, IC, EAP), cifras obtenidas en la MAPA: promedios de PA sistólica (PAS), PA diastólica (PAD), diurna, nocturna y de 24 horas de MAPA. N° de comprimidos totales/día y n° fármacos antihipertensivos al día. Familias de fármacos antihipertensivos. Cambios en la cronoterapia, dosificación o inicio de otro grupo terapéutico. Análisis: media y medidas de dispersión para variables cuantitativas. Proporciones para cualitativas. Comparaciones: χ^2 para proporciones, T-student para medias. Nivel de significación <0.05 .

Resultados

N:34. Edad media (DE): 66,8(11,0) años. Varones: 67,6%. Años de evolución (DE): DM2: 9,2(5,5) años e HTA: 11,6(5,6) años. FRCV: Fumadores: 5,9%; DLP: 70,6%. Complicaciones macrovasculares: CI:14,7%; ECV: 5,9%; IC:5,9%; EAP:8,8%. Cifras MAPA (mmHg): PAS/PAD 24 horas: 131,9(11,0) / 71,2 (8,9); PAS/PAD diurna: 136,5(11,6) / 75,5(9,3); PAS/PAD nocturna: 123,1 (13,4) / 63,8 (9,5). Mal control (según MAPA): PA 24h: 64,7%; PA diurna: 61,8% y PA nocturna: 67,6%. N° de fármacos totales: 7,0 (3,4); N° comprimidos/día: 8,1; N° fármacos antihipertensivos: 2,5(1,4). Asociación pauta fija 17,6%. El 23,5% efectúan cambios en la cronoterapia; 35,3% de los pacientes se efectúa cambio en la dosificación y en el 32,4% se realiza cambio a nueva medicación (17,6% diuréticos y 5,9% IECAs).

Conclusiones

A pesar de obtener valores de PAS diurna, nocturna y en las 24 horas superiores a los recomendados en MAPA, sólo en un tercio de los pacientes se inicia un nuevo fármaco antihipertensivo, siendo la familia terapéutica más prescrita los diuréticos.

154/54. Interacciones farmacológicas potenciales en los tratamientos de los pacientes polimedicados diabéticos de un Centro de Salud.

Autores:

(1) Pinar Manzanet, Juan Manuel; (2) Martínez Urroz, M^a Belén.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Miguel Servet. Alcorcón, Madrid.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Miguel Servet. Alcorcón. Madrid.

Resumen:

Objetivos

Identificar potenciales interacciones farmacológicas (IF) en los tratamientos de los pacientes polimedicados diabéticos atendidos en un centro de salud.

Metodología

Estudio descriptivo transversal. CS urbano. 26.000 usuarios.

Sujetos/mediciones:

Pacientes que cumplen criterios de inclusión en el programa del polimedicado (mayores de 74 años en tratamiento con más de 5 fármacos), diagnosticados de DM y en tratamiento farmacológico para ella, pertenecientes a un CS.

Revisión de historias clínicas seleccionadas mediante muestreo aleatorio sistemático, hasta completar tamaño muestral para estudio piloto, N= 100.

Se registraron edad, sexo, antecedentes de interés, factores de riesgo vascular y tratamientos farmacológicos activos en lista de prescripciones. Posteriormente, utilizando base de datos basada en la del Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos, se comprobaron las potenciales IF en los tratamientos registrados.

Resultados

Edad media: 80,12 \pm 4,80. Mujeres: 63%. Media de principios activos por paciente: 10,30 \pm 2,63. Hipertensos: 84%, HbA1C<7%: 58%.

Fármacos para el tratamiento de la DM más empleados: Metformina (90% de casos), IDPP4(34%), insulinas (26%).

Se detectó algún tipo de potencial IF en un 93% de pacientes (Media: 4,88/paciente), siendo de tipo grave/mayor un 18,7% y moderadas un 48,1%.

Referidas a tratamientos para la DM, se registraron IF con dichos fármacos en un 69% de pacientes, siendo graves o mayores un 14,4% y moderadas un 73,5%.

Los fármacos más implicados en IF graves con tratamientos antidiabéticos fueron Atenolol, 52,6% y Bisoprolol, 15,8%. Respecto a las IF moderadas, destacaron Hidroclorotiazida, 79,4%, Clortalidona, 8,24% y enalapril, 5,15%.

La presencia de IF graves para cualquier fármaco fue mayor de modo estadísticamente significativo en aquellos pacientes en tratamiento con más de 10 principios activos.

Conclusiones

Pese al gran volumen de IF detectadas, no son muchas las de trascendencia clínica, pero debemos conocerlas y tratar de evitarlas, especialmente en pacientes frágiles, así como considerarlas como posible causa de incumplimiento de objetivos de control o descompensaciones.

154/59. Evaluación nutricional en niños con diabetes mellitus tipo 1 en el Hospital de Niños Dr. O. Alassia. Santa Fe. Argentina.

Autores:

(1) Carrera Fernández, Larisa; (2) Carrera Fernández, Liza; (3) Castañeira Barffus, Marian; (4) Nuñez Córdoba, Javier; (5) Zuttioni, Melina; (6) Arceluz García, Martín.

Centro de Trabajo:

(1) Docente Titular. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Litoral. Argentina.; (2) Médica Pediatra. Hospital de Niños. Dr. O. Alassia. Santa Fe. Argentina.; (3) Médica Bioquímica. Hospital de Niños. Dr. O. Alassia. Santa Fe. Argentina.; (4) Médico Endocrinólogo. Hospital de Niños. Dr. O. Alassia. Santa Fe. Argentina.; (5) Médica. Facultad de Ciencias Médicas. UNL. Argentina.; (6) Becario Unidad Arritmia Robotizada. Becario EHRA. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Resumen:**Objetivos**

Evaluar el estado nutricional de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 atendidos en el hospital de Niños de la ciudad de Santa Fe, Argentina.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo.

Resultados

Se reclutaron 63 pacientes (55,1% femeninos). La edad media fue de 11,8 años, con una mínima de 2 y máxima de 17 años. El tiempo de evolución presentó una media de 3 años y 5 meses. Se calculó el puntaje z para talla/ edad y para IMC/edad (zT y zIMC) utilizando los

programas WHO Anthro y Anthro Plus, de acuerdo a los estándares de crecimiento propuestos por la OMS 2006. Según zT, 7 pacientes (4,4%) de los 63 presentaron talla baja para su edad (zT <1,85) (3 varones y 4 mujeres), en su totalidad púberes (11 años o más). La edad promedio fue de 13 años. Los pacientes con baja talla presentaron tiempo de evolución en promedio de 4 años y 6 meses (ligeramente superior a la media de la población general). Uno de ellos presentaban hipotiroidismo y otro síndrome de Mauriac (complicación asociada a DM tipo1 caracterizada por muy baja talla). Los 56 con talla normal para edad (zT entre +1,85 y -1,85) representaron el 89% y fueron clasificados según su IMC en desnutridos (zIMC <2), eutróficos (zIMC entre +2 y -2) y con sobrepeso (zIMC >2). De ellos resultaron: el 90% eutróficos, 9% con sobrepeso y el 1% con bajo peso.

Conclusiones

Se observó en los pacientes estudiados con DM tipo 1 una alta proporción con estado nutricional normal según los indicadores de talla/edad e IMC utilizados. A pesar de encontrar una baja proporción con diagnóstico de baja talla, esto no estuvo relacionado al sexo pero sí a la edad. Los pacientes transitaban en su totalidad la pubertad y adolescencia.

PROGRAMA CIENTÍFICO**Viernes 13 de marzo de 2015****16.15-16.30 horas****Inauguración Oficial de las III Jornadas Nacionales Diabetes SEMERGEN.****Sala Picasso A****16.30-17.15 horas****Ponencia de actualización 1:
Novedades en insulinas para la gestión en el paciente diabético.****Sala Picasso A**

Moderador:

Dr. D. José Mancera Romero*Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.*

Ponente:

Dr. D. Fernando Gómez Peralta*Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital General de Segovia. Segovia.***17.15-18.00 horas****Ponencia de actualización 2:
SGLT1 +SGLT2. Una buena combinación.****Sala Picasso A**

Moderadora:

Dra. D^a. Trinidad Soriano Llorca*Médico de Familia. Centro de Salud Canal de Panamá. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.*

Ponente:

Dr. D. Pedro Mezquita Raya*Endocrinólogo adjunto en Hospital Torrecárdenas. Almería.***18.00-18.45 horas****Ponencia de actualización 3:
Diabetes y seguridad cardiovascular.****Sala Picasso A**

Moderador:

Dr. D. Alfonso Barquilla García*Médico de Familia. Centro de Salud Trujillo. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.*

Ponente:

Dr. D. Miguel Brito Sanfiel*Servicio de Endocrinología. Hospital Puerta de Hierro. Madrid.***18.45-19.15 horas****Pausa - café.****19.15-20.00 horas****Ponencia de actualización 4:
Retos del médico de AP en diabetes:
¿sólo se deben tener en cuenta los niveles glicémicos?****Sala Picasso A**

Moderador:

Dr. D. José Manuel Comas Samper*Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes SEMERGEN. Coordinador Nacional de los Grupos de Trabajo de SEMERGEN.***Temas y Ponentes:****SGLT2, ¿Qué paciente se puede beneficiar?****Dr. D. Esteban Jódar Gimeno***Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Quirón. Madrid.***Los iDPP4 como solución en un amplio rango de pacientes****Dr. D. José Luis Llisterri Caro***Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. Presidente Nacional de SEMERGEN.***20.00-20.45 horas****Ponencia de actualización 5:
Simplificando el manejo del paciente diabético y/o coronario.****Sala Picasso A**

Moderadora:

Dra. D^a. Margarita Alonso Fernández*Médico de Familia. Centro de Salud La Ería. Oviedo. Asturias. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN*

Ponentes:

Dra. D^a. Rebeca Reyes García*Endocrino. Unidad de Endocrinología Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia.***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.***21.30 horas****Cena de las Jornadas****Hotel Silken Puerta de Málaga**

Sábado 14 de marzo de 2015

08.00-09.00 horas

Defensa de comunicaciones orales.

Sesión 1.

Sala Picasso A

Moderador:

Dr. D. Juan Carlos Aguirre Rodríguez

Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Distrito Sanitario Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

08.00-09.00 horas

Defensa de comunicaciones orales.

Sesión 2.

Sala Cónsula

Moderadora:

Dra. D^a. M^a Paz Pérez Unanua

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

08.00-09.00 horas

Defensa de comunicaciones póster.

Sesión 1.

Aula virtual de poster. Planta -1

Moderadora:

Dra. D^a. Margarita Alonso Fernández

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

09.00-10.00 horas

Defensa de comunicaciones póster.

Sesión 2.

Aula virtual de poster. Planta -1

Moderador:

Dr. D. José Mancera Romero

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

Talleres Simultáneos:

Se desarrollarán 4 talleres de forma simultánea que se repetirán en tres sesiones para que cada participante pueda asistir a 3 talleres.

09.00-12.40 h.

Talleres simultáneos*

09.00-10.00 h.

Talleres simultáneos. Sesión 1.

10.10-11.10 h.

Talleres simultáneos. Sesión 2.

11.10-11.40 h.

Pausa - Café.

11.40-12.40 h.

Talleres simultáneos. Sesión 3.

Taller 1: Desde el Predimed hasta el tratamiento Farmacológico

Sala Picasso A

Ponentes:

Dr. D. Ramón Estruch Riba

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. CIBER Obesidad y Nutrición. Instituto de Salud Carlos III. Santiago de Compostela.

Dr. D. Francisco Carramiñana Barrera

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

Taller 2: Cómo mejorar el Cumplimiento

Sala Cónsula

Ponentes:

Dra. D^a. Flora López Simarro

Médico de Familia. Área Básica de Martorell. Barcelona. 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 Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Taller 3: Insulinización: Un paso más después de la basal

Sala Los Verdiales

Ponentes:

Dra. D^a. Celia Cols Sagarra

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

Dra. D^a. Sonia Miravet Jiménez

Médico de Familia. Tutora docente de la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria. Área Básica de Salud Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN.

Taller 4: Nuevas estrategias de Intensificación con GLP-1 prandial: La suma positiva

Sala La Malagueta

Ponentes:

Dra. D^a. M^a Paz Pérez Unanua

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

Dr. D. César Lozano Suárez

Médico de Familia. Centro de Salud de Almagro. Ciudad Real. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes SEMERGEN.

11.10-11.40 horas.

Pausa - Café.

12.45-13.45 horas

Encuentro con el experto: Diabetes y peso.

Sala Picasso A

Moderador:

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.

Ponente:

Dr. D. Ricardo Gómez Huelgas

Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga.

13.45-14.15 horas.

Entrega de premios.

Clausura de las Jornadas

Sala Picasso A

14.15 horas.

Cóctel de clausura

Zona de Exposición Comercial

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de celebración y sede

13 y 14 de marzo de 2015

Hotel Monte Málaga

Paseo Marítimo Antonio Machado, 10 - Málaga 29002

Tel: 952 04 60 00

montemalaga@hotelesmonte.com

<http://www.jornadasdiabetes.com>

info@jornadasdiabetes.com

Secretaría Técnica

AP Congress

C/ Narvárez, 15 - 1º Izq. - 28009 Madrid

Tfno.: 902 430 960 - Fax: 902 430 959

info@apcongress.es



Secretaría Técnica para asistencia al congresista:

Ubicación: La Secretaría Técnica se encuentra situada en el hall de la planta 0, para, entre otras funciones, entrega de documentación, información, incidencias, nuevas inscripciones, ponentes, expositores, prensa y objetos perdidos.

Horario de Secretaría Técnica:

Viernes 13 de marzo: 14.30h. – 21:00 h.

Sábado 14 de marzo: 07.45 h – 14.30 h.

Notas importantes

- La documentación se entregará en la Secretaría Técnica a partir del **viernes 13 de marzo** a las **14.30 h.** 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 y avales

Concedido interés científico-sanitario por parte de la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Expte: 340/14.

Solicitada acreditación Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía.



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

Declarado de interés científico por la Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial.



Actividad validada por la Comisión Nacional de Validación de SEMERGEN.

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 el 90 % 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.

Premios a las mejores comunicaciones

Se instaurarán los siguientes premios patrocinados por Laboratorios VIR:



Para las Comunicaciones Orales:

- 1er Premio a la mejor Comunicación oral: dotado con 600 euros
- 2º Premio a la mejor Comunicación oral: Dotado con 2 inscripciones para 2 de los autores del trabajo para las IV Jornadas Nacionales Diabetes SEMERGEN.

Para las Comunicaciones Poster:

- 1er Premio a la mejor Comunicación Poster: dotado con 400 euros
- 2º Premio a la mejor Comunicación Poster: Dotado con 1 inscripción para 1 de los autores del trabajo para las IV Jornadas Nacionales Diabetes SEMERGEN.

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.

Nota 2: Los premios están sujetos a las retenciones de IRPF fijados por la Agencia Tributaria, asumiendo dichas retenciones el premiado.

Leyenda de Acreditaciones

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

Información de inscripción a las jornadas

Tipos de Inscripción	Cuotas Standard (a partir del 13 de febrero)
Socios SEMERGEN	275,00 €
No Socios SEMERGEN	375,00 €
Residentes Socios SEMERGEN (1)	200,00 €
Residentes no Socios SEMERGEN (1)	250,00 €

Los precios incluyen el 21% de IVA.

(1) Imprescindible adjuntar certificado oficial de Residencia.

Inscripción a las jornadas:

- Asistencia a las sesiones científicas
- Pausas café
- Documentación
- Cena de la Jornada
- Cóctel de clausura

IMPORTANTE: No se cursará ninguna inscripción sin previo abono.

Información de reservas de hotel

Informamos que las reservas de hoteles han sido realizadas con riesgo económico y están sometidas a un régimen de cancelaciones impuesto por los propios establecimientos. Pueden consultar la política de anulaciones en la página web. Por esta razón sólo podemos considerar reserva confirmada en firme si ha realizado el pago, bien por tarjeta de crédito, por cheque o por transferencia.

HOTEL	CAT.	HAB. DUI	HAB. DOBLE
MONTE MÁLAGA	4*	96,00 €	107,00 €

Precios por habitación y noche. IVA incluido.

Régimen de alojamiento y desayuno.

Para consultar las condiciones generales de las reservas de hotel, su política de cancelación y pago, consulte la página web: <http://www.jornadasdiabetes.com/>

En cumplimiento de la Ley 15/1999 LOPD le informamos que sus datos serán incluidos en un fichero propiedad de SEMERGEN para su tratamiento con finalidades operativas de la Sociedad. Las respuestas tienen carácter obligatorio. Puede ejercer sus derechos de acceso a los datos, rectificación y cancelación mediante carta dirigida a SEMERGEN C/ Goya nº 25 - 5º Izda. de Madrid C.P. 28001 o a la dirección de correo electrónico secretaria@semergen.es adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo sustitutorio.

Programa social

Viernes 13 marzo

21:30 horas

Cena de las Jornadas*

Hotel Silken Puerta de Málaga

C/ Héroe de Sostoa, 17 - 29002 Málaga

Sábado 14 marzo

14:15 horas

Cóctel de Clausura*

Hotel Monte Málaga, Zona de Exposición Comercial.

Paseo Marítimo Antonio Machado, 10 - 29002 Málaga

* La entrega del ticket correspondiente que encontrará en su tarjeta de acreditación será imprescindible para el acceso al servicio de restauración.

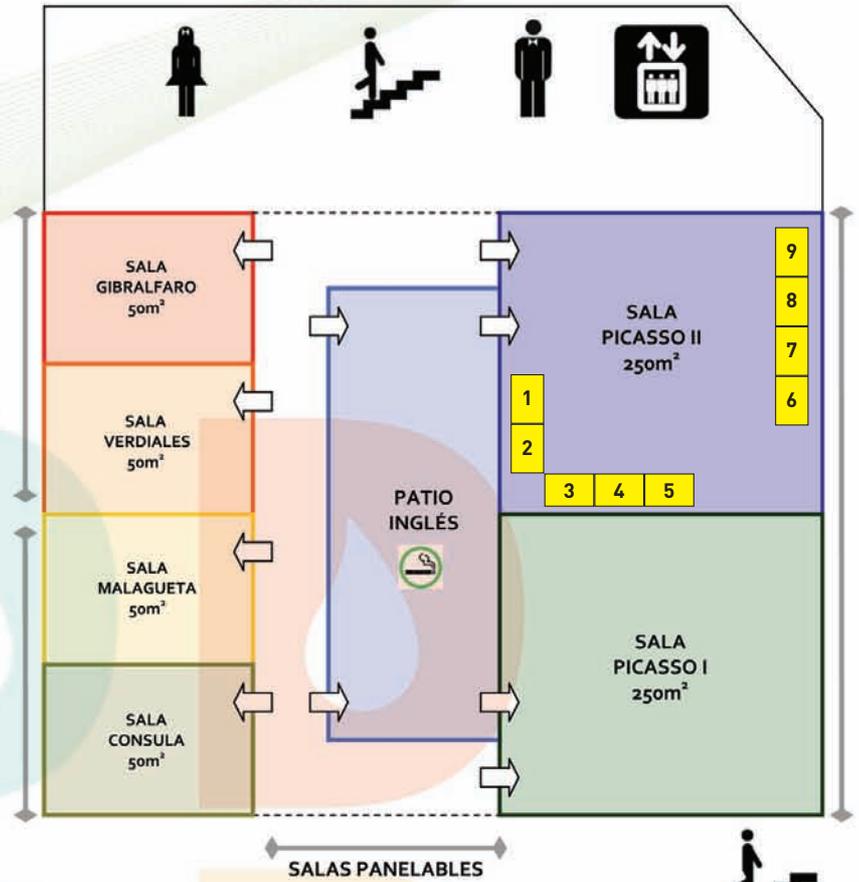
PLANOS

Leyenda:

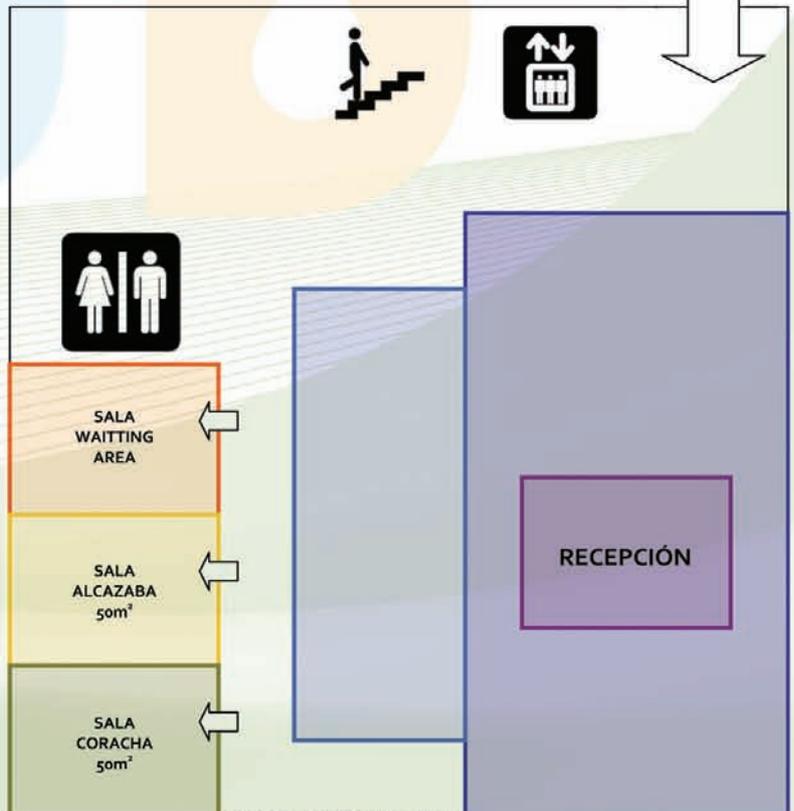
-  Stand 3,00 x 2,00 m
-  Accesos

Nº	EMPRESA
1	ASTRAZENECA
5	BOEHRINGER INGELHEIM / LILLY
6	JANSSEN
7	LILLY
8	MSD
9	MSD

PLANTA -1
PATIO LUZ NATURAL



PLANTA 0
LUZ NATURAL



PATROCINADORES



COLABORADORES



TRANSPORTISTAS OFICIALES



ÍNDICE DE AUTORES

	págs.		págs.		págs.
Agüeros Fernández, María José	22, 23, 26	García Valverde, María Concepción	27	Muñoz Cabañero, Guillermo	14
Aguilera Samaniego, Patricia Noemi	22, 23, 26	García-Asenjo Hurtado, Inmaculada	27	Muñoz González, Lorena	18, 19, 29
Amasuno Toca, María Angeles	23	Gargallo, Aitor	20	Nuñez Córdoba, Javier	30
Andrade Ferreira, Diana	25	Gómez Molleda, Francisca	27, 28	Ordiñana Sanchis, Jose	24
Arceluz García, Martín	30	Grajales Ruiz, Andrea	23	Pageo Giménez, María del Mar	14
Arias Menchén, Alfonso	14	Granado Corzo, Sonia	21	Paino Martín, Cristina	20
Badia Farré, Teresa	20, 29	Grande Grande, María Rosa	24	Peñañiel Martínez, Francisco Javier	14
Balfagón Gandoy, Susana	29	Gutiérrez García, Ángel	19, 29	Pérez Castro, Mercedes	19
Ballester Navas, M. ^a Angels	22	Hernández Jiménez, Tamara	25	Pérez Eslava, María	15, 16
Barbosa Monroy, M Carmen	26	Hernández Navarro, Isabel	27	Pérez Martín, Álvaro	22, 23, 26, 28
Bellanco Esteban, Pilar	15, 16	Herrera León, Walter	27	Pinar Manzanet, Juan Manuel	30
Benere Echeverría, Sahara	20	Hispan Calle, Rafael	14	Piris García, Xandra	28
Bengochea Botín, Eva	24	Homedes Celma, Laia	17	Polo Ruiz, María Victoria	19, 29
Benítez Rivero, Javier	15, 16	Hormigo Pozo, Antonio	18, 19, 26	Prieto Barbosa, Dolores	27
Berrios Merino, Mauricio	20	Huidobro Dosal, Carmen	18, 22, 23, 26	Quintano Ruiz, Ana	20
Bordallo Galaso, Raquel	22	Iturralde Iriso, Jesús	17	Ramírez Tarruella, Dolors	20
Cama Meza, Edna Mariella	29	Jiménez Díaz, Rafael	17	Roca Grau, Eva	22
Campillos Páez, María Teresa	17	Jiménez Jiménez, Carmen	20, 21	Rocha Moutinho, Joao	25
Carramiñana Barrera, Francisco Carlos	18	Juan Querol, Maite	20, 25	Rojo Iniesta, Marta	18, 29
Carrasco García, Ma Teresa	22	Lafuente Alonso, Luis	17	Salvador Gareta, Juan Daniel	25
Carrera Fernández, Larisa	30	Leal Tejada, Francisco	14	Salvador Guerra, M ^a Del Carmen	28
Carrera Fernández, Liza	30	López Grau, Noelia Soledad	23	San Miguel Martin, Nuria	22
Carretero Hernández, Patricia	21, 25, 29	López Lanza, José Ramón	22, 26, 28	Sanchez Cano, Fco Javier	28
Castañeira Barffus, Marian	30	López Luque, Esther	29	Sánchez López-Gay, José	14
Cols Sagarra, Cèlia	17, 18, 22	López Simarro, Flora	20	Sánchez Pérez, María Rosa	18
Córdova Peralta, Shirley	29	Lopez Videras, Rocio	28	Santamaría Calvo, Yolanda	17
Daza Macaya, Noelia	22	Machuca Albertos, M ^a José	15, 16	Santos Urrutia, Alicia	24, 27
De la Iglesia Garrido, Trinidad	20, 25, 29	Malo García, Fernando	18	Saviola, Vanesa	21
De Mier Bustillo, Marta	24	Mancera Romero, José	18, 19, 26	Serna Ruiz, Elena	28
Del Rivero Sierra, Francisco Borja	24, 27, 28	Martínez Alonso de Armiño, Blanca M. ^a	17	Soneira Rodríguez, Zuany	23
Delgado Moreno-Arrones, Alejandra	14	Martínez López-Alcorocho, Agustina	14	Soriano Llorca, Trinidad	17
Domínguez Mosquera, M. ^a del Carmen	24	Martínez Urroz, M ^a Belén	30	Tandaipan Jaime, José Luis	20
Escribano Serrano, José	26	Melguizo Benavides, Rocío	17	Tascón Marín, Luis Alberto	23
Flores Cebada, Elvira	15, 16	Michán Doña, Alfredo	26	Toca Incera, Carmen Ventura	23
Fortea López, Joan	21	Miravet Jiménez, Sonia	18, 21, 25	Torregrosa Sanchis, Ángel	24
Franch Nadal, Josep	26	Montalva Barra, Juan Carlos	24	Valiente Bayarri, Marina	24
Fuster Bellido, Tomás	18	Moralejo Lozano, Oscar	27	Vélez Escalante, Asunción	23
Gambero Pino, Laura	18, 29	Moreno Fernández, Luisa María	14	Vergara Martín, Jesús	14
Gandara Revuelta, María Antonia	26	Moreno López, Mari Carmen	14	Villa Puente, Miguel	28
García Gallego, Francisco	17	Moreno Moreno, Ana	17	Zuttoni, Melina	30

Jornadas Nacionales
DIABETES
SEMERGEN
Hotel Monte Málaga, 13 y 14 de Marzo 2015



www.jornadasdiabetes.com
info@jornadasdiabetes.com



Organiza:



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

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

Secretaría Técnica:


ap congress | C/Narvárez 15-1º izq
28009 · Madrid
tel: 902 430 960
fax: 902 430 959
info@apcongress.es