

problemas de salud [media 5,50 puntos (DE: 2,72)] comparado con los pacientes sin hipoglucemias [media 1,73 (DE: 2,30); 2,89 (DE: 2,82) y 2,73 puntos (DE: 2,72), respectivamente] ($p < 0,0001$). Se obtuvo una correlación negativa entre CVRS (ADDQoL) y preocupación por las hipoglucemias (HFS-II), de modo que a mayor preocupación, menor CVRS (-0,441; $p < 0,0001$).

Conclusiones: La preocupación por las hipoglucemias afecta negativamente la CVRS de los pacientes con DM2, especialmente cuando las mismas han tenido lugar recientemente. Asimismo, las hipoglucemias influyen negativamente en la capacidad para desempeñar diversas actividades de la vida diaria.

Sábado, 21 de abril de 2012

15.00-16.30 h

CO-5: Epidemiología

O-025. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN ESPAÑA (ESTUDIO PERCEDIME 2)

A. Rodríguez Poncelas^a, G. Coll de Tuero^a, J. Díez Espino^b, J. Franch Nadal^c, J. Garre Olmo^d y X. Mundet Tuduri^e

^aEAP Anglès. Girona. ^bEAP Tafalla. Navarra. ^cEAP El Raval. Barcelona. ^dInstitut recerca IAS. Salt. Girona. ^eEAP El Carmel. Barcelona.

Objetivos: El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de la enfermedad renal crónica en pacientes con DM2 atendidos en las consultas de atención primaria en España.

Material y métodos: Estudio epidemiológico descriptivo transversal, de ámbito nacional, realizado en consultas de atención primaria. Se seleccionaron los participantes de ambos sexos, mayores de 40 años, diagnosticados de DM2 y que tenían registradas todas las variables del estudio. Se excluyeron los pacientes con diabetes tipo1, si no tenían todas las variables del estudio y los que rechazaron participar. Los investigadores incluyeron cada día los 3 primeros pacientes con diagnóstico de DM2 que acudían a la consulta por cualquier motivo, hasta completar los 15 pacientes por investigador. Los datos de los participantes fueron recogidos entre febrero y julio de 2011. Se recogieron variables demográficas y antropométricas, factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, dislipemia, consumo de tabaco y obesidad), complicaciones macrovasculares y microvasculares registradas en la historia clínica, medidas clínicas y analíticas: tiempo de evolución de la DM2, presión arterial (media de las 3 últimas determinaciones), fármacos que tomaba el paciente, glucemia, HbA1c, hemoglobina, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, colesterol no HDL, triglicéridos, creatinina (media de dos valores) y cociente albúmina/creatinina en muestra de orina de primera hora de la mañana (media de 2 valores). Se definió la ERC como la disminución del filtrado glomerular (FGe < 60 ml/min/1,73 m²) o la presencia de albuminuria (cociente albúmina/creatinina (CAC) ≥ 30 mg/g) durante 3 o más meses. Se definió la albuminuria por la presencia de un CAC de 30 a 300 mg/g (microalbuminuria) y > 300 mg/g (macroalbuminuria); 2 de 3 determinaciones, durante 3 o más meses, debían presentar

valores normales o alterados. Aquellos casos que no cumplieron este requisito fueron excluidos del análisis final del estudio.

Resultados: Un 27,9% de los participantes presentó algún grado de ERC: 3,5% para el estadio 1, 6,4% para el estadio 2, 16,8% para el estadio 3 (11,6% para el estadio 3A y 5,2% para el estadio 3B) y 1,2% para los estadios 4-5. La prevalencia de albuminuria (CAC ≥ 30 mg/g) fue 15,4% (microalbuminuria 13,0% y macroalbuminuria 2,4%). Las variables que se asociaron de forma significativa con la ERC fueron la edad, el sexo (mujer), la presión arterial igual o superior a 150 mmHg y la historia previa de enfermedad cardiovascular (enfermedad cardíaca isquémica, insuficiencia cardíaca y arteriopatía periférica).

Conclusiones: Los resultados sobre una muestra de 1.145 pacientes con DM2 atendidos en las consultas de atención primaria muestran una prevalencia de ERC del 27,9%. La determinación sistemática del FGe y del CAC contribuiría a realizar un diagnóstico más precoz y llevar a cabo intervenciones en el estadio inicial de la enfermedad donde las intervenciones realizadas son mucho más eficaces.

O-026. DEMORAR LA INCIDENCIA DE LA DIABETES TIPO 2 MEDIANTE INTERVENCIÓN INTENSIVA SOBRE EL ESTILO DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA ES FACTIBLE Y UNA ESTRATEGIA EFECTIVA

B. Costa, F. Barrio, J.J. Cabré, X. Cos, T. Mur, S. Sarret, X. Mundet y J.L. Piñol

Grupo de Investigación DE-PLAN-CAT/PREDICE. IDIAP Jordi Gol. Institut Català de la Salut. Barcelona.

Introducción y objetivos: Ciertas medidas son eficaces previniendo la diabetes tipo 2 pero no se ha demostrado su efectividad durante la práctica clínica. Se evaluó la viabilidad y la efectividad de una intervención sobre el estilo de vida desarrollada en población con riesgo alto para la diabetes.

Sujetos y métodos: Estudio prospectivo de cohortes en atención primaria española. Doble cribado secuencial en sujetos no diabéticos de 45-75 años, primero mediante el cuestionario FINDRISC (8 ítems analizando el riesgo futuro de diabetes) y, segundo, con una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). Cuando fue factible, los participantes con riesgo alto aunque libres de diabetes se asignaron consecutivamente a una intervención estandarizada o bien a la intervención intensiva DE-PLAN (*Diabetes in Europe-Prevention using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional-intervention*) sobre el estilo de vida (individual o grupal). Ambos grupos fueron seguidos, el primero con medidas convencionales y el segundo mediante refuerzo periódico personal de su motivación. El indicador primario de efectividad fue el desarrollo de diabetes a los 4 años (criterios OMS), a partir de un análisis comparativo por intención de tratar.

Resultados: Se contactó con 2.547 usuarios determinados al azar entre la población asignada y 2.054 (80,6%) respondieron al cuestionario. De ellos, 1.192 (58%) consintieron además la PTOG. En 624 se detectó riesgo alto de diabetes, bien por FINDRISC ($n = 347$), PTOG ($n = 106$) o ambas pruebas ($n = 171$). Finalmente, 552 (88,5%) aceptaron la intervención asignándose 219 (39,7%) al modelo estandarizado y 333 (60,3%) a la intervención intensiva. Ambos grupos fueron comparables en edad (62/62,2 años), sexo (64,4/68,2% mujeres), IMC (31,3/31,2), puntuación FINDRISC (16,2/15,8), glucemia basal (5,3/5,2 mmol/l), tras sobrecarga (7,1/6,9 mmol/l) y en el interés por introducir cambios en su estilo de vida. Se diagnosticó diabetes a 124 participantes, 63 (28,8%) en intervención estándar y 61 (18,3%) en intervención intensiva. Durante una mediana de 4,2 años, la incidencia de diabetes fue 7,2 y 4,6 casos-100 personas-año, respectivamente (36,5% reducción de riesgo relativo; $p < 0,005$ -prueba log rank). El número necesario de participan-