

921. VARIABILIDAD ENTRE CC.AA. EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE Y LAS ESPONDILOARTRITIS

L. Carmona^a, M.J. García de Yébenes^b, M.A. Descalzo^b, E. Loza^b, C. Hernández-García^c, Grupo de Estudio emAR II

^aUniversidad Camilo José Cela; ^bUnidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología; ^cAgencia del Medicamento y Productos Sanitarios.

Antecedentes/Objetivos: EmAR II es un estudio multicéntrico sobre variabilidad en el manejo de la artritis reumatoide (AR) y las espondiloartritis (SPA) llevado a cabo en España durante el año 2010. El objetivo es describir la variabilidad en el manejo de la AR en cuanto a utilización de distintos recursos sanitarios en función de la comunidad autónoma (CCAA) en la que es atendido el paciente.

Métodos: Revisión de historias clínicas con recogida de información de los 2 últimos años de una muestra probabilística de 1.272 pacientes de AR y 1.168 pacientes con SPA seleccionados por muestreo estratificado (CCAA) y bietápico (hospital y paciente). Se analizaron los siguientes recursos: número de visitas al reumatólogo, número de visitas a otros especialistas, proporción de ingresos hospitalarios y proporción de cirugías ortopédicas. Se llevó a cabo un análisis descriptivo con medidas de tendencia central (media, mediana), medidas de dispersión (percentiles 25 y 75) y distribución de porcentajes.

Resultados: La distribución por CCAA del número de visitas al reumatólogo osciló desde un valor mediana de 4 (4-6) a 7 (6-8) en la AR y de 3 (2-5) a 11 (3-12) en las SPA. La variabilidad en el número de visitas a otros especialistas se demostró entre un valor mediana mínimo de 1 (0-4) hasta valores de 6,5 (2-15,5) en la AR y entre 1 (0-2) hasta valores de 7,5 (3-11) en SPA. El porcentaje de ingresos fluctuó entre mínimos de 22,2% y máximos de 53,6% en la AR y desde 6,4% hasta el 34,8% en SpA. El porcentaje de pacientes con cirugía ortopédica se movió entre un mínimo de 2,3% y un máximo de 23,3% en la AR y entre 6,4 y 34,8% en las SPA.

Conclusiones: Existe una importante variabilidad en el uso de recursos sanitarios entre las diversas comunidades autónomas. Esta variabilidad es mayor en las SPA. Es muy posible que las diferencias puedan explicarse, al menos parcialmente, por factores propios de la organización asistencial en la que son atendidos los pacientes y las características estructurales de la propia CCAA.

DIABETES MELLITUS

Viernes 7 de octubre de 2011. 11:00 a 12:30 h

Aula Profesor Schüller – Facultad de Medicina

Comunicaciones orales (10 minutos)

Modera: Miguel Ángel Martínez González

348. RELACIÓN ENTRE CONCENTRACIONES SANGUÍNEAS DE COMPUESTOS TÓXICOS PERSISTENTES Y DIABETES EN CATALUÑA

M. Gasull, J. Pumarega, M. Porta

IMIM, UAB.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos 5 años han aparecido más de 50 estudios que hallan alguna asociación entre las concentraciones

corporales de compuestos tóxicos persistentes (CTP) y diabetes tipo 2. El objetivo es analizar la asociación entre niveles sanguíneos de CTP y prevalencia de diabetes y prediabetes en una muestra representativa de la población general de Cataluña.

Métodos: La población de estudio incluye 886 participantes de la Encuesta de Salud de Cataluña del año 2002 y del posterior examen de salud, en los que se analizaron los niveles de CTP mediante cromatografía de gases de alta resolución con detección por captura de electrones. Los individuos con diabetes y prediabetes se clasificaron a partir de diabetes autodeclarada en la encuesta y de los niveles de glucosa en sangre capilar. De quienes declararon no ser diabéticos se excluyeron los individuos con valores de glucosa > 100 mg/dl que no se encontraban en ayunas, sin valores de glucosa o = 55 mg/dl. Los datos se analizaron mediante modelos de regresión logística.

Resultados: En los modelos ajustados por edad, sexo e índice de masa corporal se observó una asociación positiva y estadísticamente significativa entre los niveles sin corregir por lípidos de los PCB 118, 138, 153 y 180 y la prevalencia de diabetes (todas las OR para el cuartil superior = 2,3; p de tendencia = 0,018; para el PCB 138, OR = 2,9; p de tendencia = 0,002) y de prediabetes (todas las OR para el cuartil superior = 2,2; p de tendencia = 0,004). Cuando también se ajustó por colesterol y triglicéridos, se mantuvieron las asociaciones. Las concentraciones de HCB también se asociaron a diabetes (OR para el cuartil superior = 2,8; p de tendencia = 0,028). Al estratificar por sexo, las asociaciones con diabetes fueron estadísticamente significativas para los PCB 138 y 153 en las mujeres, mientras que las asociaciones con prediabetes fueron estadísticamente significativas para los PCB 118, 138 y 180 en las mujeres, y para los PCB 118 y 138 y para el HCB en los hombres. El β -HCH se asoció solo en modelos ajustados por edad y sexo, y el p,p'-DDT y el p,p'-DDE solo en los modelos crudos.

Conclusiones: Mayores concentraciones séricas de PCB y HCB se asocian a una mayor prevalencia de diabetes y prediabetes en la población general de Cataluña. Los resultados son consistentes con estudios realizados en otras poblaciones de Asia, América del Norte y Europa, algunos de los cuales son prospectivos y, por tanto, han descartado que en ellos haya operado algún "sesgo de progresión de la enfermedad".

409. ASOCIACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA INCIDENCIA DE DIABETES TIPO 2 EN EL PROYECTO SUN

M. Bes-Rastrollo, F.J. Basterra-Gortari, J.J. Beunza, A. Marí, A. Sánchez-Villegas, M.A. Martínez-González

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar con un análisis longitudinal, en una cohorte de nuestro país, la asociación entre la actividad física en el tiempo libre (AFTL) y la incidencia de diabetes tipo 2 (DM2).

Métodos: Se usaron datos de la cohorte SUN, una cohorte dinámica prospectiva de graduados españoles iniciada en el año 1999. Tras 6,2 años (mediana) de seguimiento fueron retenidos en la cohorte 17.303 participantes (89,8%). Se excluyó a participantes con ingestas energéticas extremas o con diabetes prevalente, permaneciendo 15.336 participantes para el análisis. La AFTL se recogió mediante un cuestionario validado que valoraba la exposición a 17 actividades. Se calcularon equivalentes metabólicos totales multiplicando las horas semanales dedicadas a cada actividad por su equivalente metabólico y sumándolas para obtener un total de METs-horas/semana. Estas estimaciones se correlacionaron adecuadamente en el estudio de validación con el gasto energético medido objetivamente. Se clasificó a los participantes en cuartiles de AFTL. Los casos incidentes de DM2 fueron confirmados por un médico especialista en endocrinología, mediante un cuestionario adicional y revisando los informes médicos enviados por los participantes, según los criterios vigentes de la American Diabetes Association. Se utilizaron modelos de regresión de Cox.

Resultados: Entre los 15.336 participantes inicialmente exentos de diabetes, hubo 186 autodeclaraciones de un nuevo diagnóstico médico de cualquier tipo de diabetes en los cuestionarios de seguimiento. De ellos se confirmaron por el endocrinólogo 76 casos de DM2, que fueron los que se incluyeron en los análisis. Entre quienes realizaban mayor AFTL (cuartil superior) se observó una reducción del riesgo del 55% de desarrollar DM2 durante el seguimiento en comparación con los que menos AFTL realizaban (cuartil inferior) tras ajustar por edad, sexo, índice de masa corporal basal, hipercolesterolemia, hipertensión, historia familiar de diabetes, tabaquismo, antecedente personal de diabetes gestacional, ingesta energética total, puntuación en la escala de un patrón de dieta mediterránea y horas al día sentado (HR: 0,45; IC 95%, 0,21-0,93; p tendencia lineal = 0,032).

Conclusiones: Una mayor actividad física en el tiempo libre se asocia con un menor riesgo de desarrollar DM2 en una cohorte de graduados universitarios españoles, incluso después de ajustar por múltiples factores de confusión tras una mediana de seguimiento de 6,2 años.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (PI081943, PI080819, PI1002658, PI1002293, RD06/0045 y G03/140) y Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (36/2008).

536. VARIABILIDAD GEOGRÁFICA DE LA INCIDENCIA DE DIABETES TIPO I EN MENORES DE 15 AÑOS EN ARAGÓN

M.L. Compes, C. Feja, I. Aguilar, E. Niño de Guzmán, M.C. Burriel, G. García, M. Esteban, W. Ben Cheikh, M.T. García, M.P. Rodrigo, J.P. Alonso

Dirección General de Salud Pública, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Aragón.

Antecedentes/Objetivos: La diabetes mellitus tipo I (DMT1) es la enfermedad endocrinológica más frecuente en la infancia. Tanto la incidencia como su patrón geográfico presentan diferencias a nivel mundial, pudiendo estar influenciados por factores medioambientales o de infranotificación. El objetivo fue conocer si existe variabilidad geográfica por Zona Básica de Salud (ZBS) en la incidencia de DMT1 en menores de 15 años en Aragón.

Métodos: Se realizó un estudio ecológico transversal con unidad de análisis la ZBS. Se analizaron los casos incluidos en el Sistema de Información de DMT1 de Aragón de 1991 a 2009 que define caso incidente como menor de 15 años, residente en Aragón al menos en los 6 meses anteriores. Se obtuvieron las razones de incidencia estandarizada (RIE) por edad, en niños, niñas y en su conjunto, utilizando como tasa de referencia la del total del periodo por sexo, y las RIE suavizadas (RIEs) mediante el modelo bayesiano de Besag, York y Mollie. Se calcularon las probabilidades de riesgo a posteriori (PRP) para cada ZBS y la deviance esperada posterior (DIC) de cada modelo. Se valoró la convergencia, y se representaron la función de densidad de RIEs y los mapas de RIE crudas, RIEs y la PRP > 100.

Resultados: Se analizaron 535 casos, 306 niños y 228 niñas. El DIC obtenido en el modelo de los niños fue de 389,2. Los valores más elevados de las RIEs se encontraron en la mitad norte de Aragón y en algunas zonas de Zaragoza capital, Actur Oeste y Oliver, y los valores más bajos en la provincia de Teruel. La PRP mostró exceso de riesgo en ZBS del norte de Aragón: Jaca, Hecho, Sabiñánigo, Ainsa, Sádaba, Ejea, Zuera, Almudevar, Grañén, Villamayor, Alfajarín, Fuentes de Ebro y Actur Oeste, Oliver y Bombarda de Zaragoza capital. Y defecto de riesgo en las zonas del sur y en Illueca, Morata, La Almunia y Cariñena. El DIC obtenido en el modelo de las niñas fue de 339,2. Los valores más elevados de RIEs se concentraron en Zaragoza capital y sus alrededores. Al realizar el análisis para el conjunto de los sexos, se obtuvo un DIC de 460,4. No se observaron zonas con exceso o defecto de riesgo al realizar la PRP en las niñas ni en el conjunto de sexos.

Conclusiones: En Aragón se observa variabilidad geográfica en la incidencia de la DMT1 en los niños con un patrón decreciente norte-

sur. Este patrón no se presenta en las niñas ni al estudiar el conjunto de los sexos.

662. PROGRAMA ALAS. DETECCIÓN-INTERVENCIÓN EN PERSONAS CON ALTO RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

P. García, M. Benedicto, O. Borrego, M. Capillos, M. Costa, I. Liébanas, C. Martín, D. Ochoa, M.D. Rivas, M.D. Ruiz, M. Martínez

Equipos Centros Madrid Salud.

Antecedentes/Objetivos: Existen fases previas a la DM2 con glucemia alterada en ayunas y/o intolerancia a la glucosa —prediabetes— con riesgo de desarrollar diabetes y enfermedad vascular aumentado. Una alimentación adecuada, el incremento de actividad física y la pérdida de peso pueden evitar o retrasar hasta un 58% la evolución a DM2. (Malmö 1991, Da Quing Study 1997, FDPS 2001, DPP 2002, IDPP 2006). Dentro del Programa ALAS, desarrollado en 16 centros de Madrid Salud, se ha diseñado una estrategia de identificación de personas con alto riesgo de desarrollar diabetes para intervenir sobre ellas y conseguir y mantener un peso corporal adecuado mediante medidas dietéticas y actividad física. **Objetivo:** Disminuir la incidencia de DM2 en población de alto riesgo de la ciudad de Madrid.

Métodos: La identificación se realiza en la población de 50 a 69 años mediante el test de Findrisc (TF), si la puntuación es mayor de 14 se realiza test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG). A los prediabéticos se les oferta atención individual e intervención intensiva grupal: diez sesiones durante 6 meses con técnicas de aprendizaje significativo, cognitivo-conductuales y discusión grupal, dirigidas por equipo multidisciplinar —medicina, enfermería, salud mental, trabajo social, auxiliares— para modificar en sentido favorable hábitos de alimentación y actividad física. Parámetros valorados al inicio: peso, IMC, perímetro abdominal, cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (ADM), cuestionario internacional de actividad física, TTOG y hemoglobina glicosilada. Evaluación de los mismos parámetros a los 6 meses (al finalizar el taller), 12 y 18 meses. Los objetivos son aumentar la puntuación del cuestionario ADM al menos dos puntos; realizar 30 minutos de actividad física moderada, al menos 5 días a la semana; disminuir entre el 5 y el 10% de peso; disminuir la puntuación del test de Findrisc por debajo de 15 puntos.

Resultados: Enero-marzo de 2011; se han realizado 3.509 TF, 630 (17,9%) han puntuado más de 14 puntos. TTOG realizados: 35% normoglucemias, 47% prediabetes y 18% diabetes no conocida. Se han iniciado 8 talleres con 73 participantes.

Conclusiones: El TF ha resultado un buen instrumento para detectar personas con mayor riesgo de diabetes y seleccionar aquellas en las que el TTOG tiene un buen rendimiento en la identificación de prediabéticos y DM2 no conocida. Se identifican las personas que mayor beneficio obtendrán con la intervención intensiva. Los equipos multidisciplinares están resultando clave para abordar un problema tan complejo como el cambio de hábitos.

675. DIABETES, INSUFICIENCIA RENAL EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO Y TRASPLANTE RENAL (ARAGÓN, 1990-2010)

I. Aguilar, M.P. Rodrigo, M. Esteban, M. García, M.L. Compés, G. García, M.C. Burriel, J.P. Alonso

Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Aragón; Sección de Información e Investigación Sanitaria; Dirección General de Salud Pública; Aragón.

Antecedentes/Objetivos: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2) están entre las principales causas de tratamiento renal sustitutivo (TRS). El objetivo de este trabajo es conocer las características de

los pacientes con DM1 y DM2 en TRS en Aragón y los factores que condicionan la realización y lista de espera del trasplante renal (TR).

Métodos: Se utilizó el registro de pacientes con insuficiencia renal crónica en TRS de Aragón. Se seleccionaron aquellos cuya enfermedad renal primaria fuese DM1 o DM2 incluidos en el registro entre 1990 y 2010. Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y regresión logística para analizar los factores que condicionan la realización de TR. Se llevó a cabo un análisis de supervivencia y regresión de Cox para conocer los factores condicionantes del tiempo de espera desde la inclusión en el registro hasta el TR.

Resultados: Se registraron 197 pacientes con DM1 y 236 con DM2 en TRS para el periodo de estudio. En los DM1, el 61,9% fueron hombres. La edad media de inicio del TRS fue de 54,4 años (IC 95%, 52,3-56,5). Casi la mitad (43,7%) tuvieron un riesgo de TRS de 3 y el 81,2% recibió hemodiálisis (HD) o hemofiltración (HF). El 57,4% residía fuera de la capital. Al 36% de los DM1 (71 pacientes) se les realizó un TR. Recibir un TR se relacionó de manera inversa con la edad (0,90, IC 95%, 0,87-0,92; $p < 0,001$) y de manera directa con el riesgo al TRS ($p = 0,02$). En cuanto al tiempo en lista de espera hasta el TR, la media fue de 18,7 meses (IC 95%, 13,8-23,7). En el análisis de las curvas de supervivencia se encontraron diferencias estadísticamente significativas por lugar de residencia, siendo superior el tiempo de espera en aquellos que no residían en la capital ($p = 0,008$), manteniéndose estas diferencias al ajustar por edad y riesgo de TRS. En relación a los pacientes con DM2, el 64,6% fueron hombres y la edad media fue superior a la de los DM1 (70,3, IC 95%, 69,2-71,4). El 41,5% tuvo un riesgo de TRS de 2, siendo la HD y HF el tratamiento mayoritario (95,8%). El 53,8% de los pacientes residía fuera de la capital y sólo a 25 de ellos (10,6%) se les realizó un TR, siendo la media de espera de 19,6 meses (IC 95%, 16,1-23,1). Debido al alto número de datos censurados, no se realizó análisis de supervivencia.

Conclusiones: El TR es una opción terapéutica frecuente en aquellos pacientes con DM1. En estos se observó que la edad y el riesgo de TRS eran factores que influían en la posibilidad de recibir un TR y que el tiempo en lista de espera estaba influenciado por el lugar de residencia del paciente.

919. EXCESO DE MORTALIDAD EN DIABÉTICOS DE RECIENTE DIAGNÓSTICO CON RESPECTO A LA POBLACIÓN GENERAL

A. Giliberti^a, M. Gil^b, J.E. Lozano^b, S. Tamames^b, J.J. Castrodeza^b, T. Vega^b

^aDepartamento de Medicina Ambiental y Sanidad Pública, Universidad de Padova; ^bDirección General de Salud e Investigación, Desarrollo e Innovación, Consejería de Sanidad de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: Los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) tienen un riesgo de mortalidad aumentado con respecto a la población general. Sin embargo, la presencia de un exceso de mortalidad en pacientes con diagnóstico reciente de DM2 está poco documentada en la literatura. Este trabajo describe la mortalidad por sexo y calcula el exceso de mortalidad en pacientes con diagnóstico reciente de DM2 con respecto a la población de Castilla y León (CyL).

Métodos: Se utilizó la información de los pacientes con DM2 de la cohorte de diabetes de la Red Centinela Sanitaria. Se contabilizaron los fallecidos por edad y sexo por cualquier causa entre el 01/01/2000 y el 31/12/2009. Se calcularon, por edad y sexo, las personas-año de seguimiento desde su diagnóstico hasta la salida de la cohorte, bien por fallecimiento o por otro motivo. Se calcularon las tasas de mortalidad, crudas y específicas por grupo de edad y sexo, para la cohorte y la población de CyL. Para comparar las tasas por sexo se ajustaron por edad tomando como población de referencia la cohorte total. El exceso de mortalidad se midió con la razón de mortalidad estandarizada (RME) tomando de referencia las tasas de mortalidad de CyL.

Resultados: Se incluyó a 1.637 pacientes para un total de 4.998 personas-año de seguimiento. Se produjeron 97 fallecimientos (65% hombres), con una tasa de mortalidad anual de 19,4 por mil. La edad media al diagnóstico en los fallecidos fue de 71 años en los hombres y 76 en las mujeres. La estratificación por grupo de edad mostró mayores tasas de mortalidad entre los hombres en todos los grupos de edad, con un importante aumento de la mortalidad a partir de los 55 años, mientras que en las mujeres este ascenso se presentó dos décadas más tarde. La estandarización directa confirmó tasas mayores de mortalidad entre los hombres, 25,8 por mil, que entre las mujeres, 12,9 por mil ($p < 0,01$). La RME para la cohorte fue del 127% (IC 95%, 103-155), siendo mayor entre los hombres (135%; IC 95%, 103-172) que entre las mujeres (110%; IC 95%, 76-154).

Conclusiones: En el momento del diagnóstico, los pacientes con DM2 presentan un riesgo de mortalidad un 27% superior a la población general, más elevada en los hombres (35%) que en las mujeres (10%). El exceso significativo de mortalidad en los hombres diabéticos podría explicarse por una mortalidad mayor en todos los grupos de edad y más precoz que en las mujeres. Es probable además que, a causa del diagnóstico más tardío, la mortalidad de las mujeres en la cohorte sea más parecida a la de la población general de mujeres, diluyendo las diferencias.