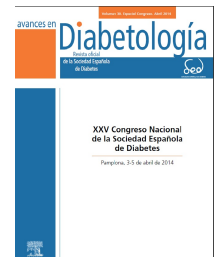




Avances en Diabetología



P-015. - ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 DE PROCEDENCIA MEDITERRÁNEA

C. Castell Abad^a, G. Rojo Martínez^b, M. Giménez Álvarez^c y E. Ortega Martínez de Victoria^c

^aDepartament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona. ^bHospital Carlos Haya. Málaga. ^cHospital Clínic. Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de morbimortalidad cardiovascular en personas con diabetes mellitus. La mayor parte de la información epidemiológica, fisiopatológica, y pronóstica disponible en este campo proviene de estudios realizados en personas con diabetes tipo 2 (DM2). Nuestro objetivo fue describir la prevalencia de ECV en personas con diabetes tipo 1 (DM1) incluidas en el registro del sistema público de salud catalán de infusores de insulina subcutánea (CNPH-CSII), y compararla con datos obtenidos de pacientes con DM2 o con metabolismo hidrocarbonado normal (NORMAL) procedentes del estudio epidemiológico de la diabetes en España (Di@bet.es).

Material y métodos: Estudio transversal que incluye sujetos adultos (18-70 años) de ambas bases de datos. La información sobre la prevalencia de los distintos tipos de ECV se obtuvo mediante un cuestionario dirigido por una enfermera (estudio Di@bet.es, NORMAL n = 3.430, DM2 n = 312) o un registro que rellanaban los médicos solicitantes (CNPH-CSII, n = 1382). Se evaluaron las diferencias no ajustadas (chi-cuadrado) y ajustadas (modelos de regresión logística múltiple) en la prevalencia de enfermedad coronaria (EC), cerebrovascular (ECEV), vascular periférica (EVP), y ECV global de DM1 frente a NORMAL o DM1 frente a DM2.

Resultados: Se encontraron diferencias en edad (mediana 34, 42, 61 años), índice de masa corporal (24, 26, 31 kg/m²), proporción de mujeres (71, 60, 45%), y pacientes con dislipemia (15, 27, 57%) o tratamiento hipotensor (17, 11, 58%) entre DM1 vs NORMAL y DM1 vs DM2 (todos p < 0,001). La prevalencia de tabaquismo fue similar entre DM1 y DM2 (p = 0,44), y menor en DM1 que en CONTROL (p < 0,0001). El porcentaje de EC, ECEV, EVP, y ECV global en DM1 vs NORMAL (%), p fue de 3 vs 2,5 (p = 0,31), 0,70 vs 1,1 (p = 0,22), 2,61 vs 0,20 (p < 0,0001), y 5,1 vs 3,44 (p < 0,01), respectivamente. El porcentaje en DM2 (y valor de p vs DM1) fue de 11,3 (p < 0,0001), 3,5 (p < 0,0001), 4,2 (p = 0,13), y 17% (p < 0,0001), respectivamente. Los modelos de regresión logística múltiple ajustados por edad, sexo, y demás factores de riesgo mostraron una mayor prevalencia (Odd Ratio IC95%) de EC (2,27 [1,41-3,67]), EVP (15,35 [5,61-42,04]), y ECV global (2,32 [1,55-3,46]), pero no de ECEV (0,49 [0,19-1,27]) en DM1 frente a Control. Tras este ajuste no encontramos diferencias entre DM1 y DM2.

Conclusiones: Nuestra población de pacientes con DM1 de un área mediterránea presentó mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular que una población control, y similar prevalencia de la

misma que pacientes con DM2 tras ajustar por factores de confusión.