



## P-072 - EL ÍNDICE DE APNEAS-HIPOPNEAS, JUNTO CON EL PERÍMETRO CERVICAL, INFLUYEN EN LA VARIABILIDAD DE LA SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA

J. Escalada<sup>a</sup>, P. Andrada<sup>b</sup>, G. Gutiérrez<sup>a</sup>, M. de la Higuera<sup>a</sup>, J. Gómez-Ambrosi<sup>a</sup>, G. Frhübeck<sup>a</sup> y J. Salvador<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, <sup>b</sup>Hospital de Navarra, Pamplona.

### Resumen

**Objetivos:** Determinar los factores bioquímicos, antropométricos y polisomnográficos relacionados con la alteración de la glucemia tras test de sobrecarga oral de glucosa (SOG).

**Material y métodos:** Hemos estudiado 279 pacientes (113 varones, 166 mujeres) con una edad de 42 años  $\pm$  12 DE, índice de masa corporal (IMC) 46,6 kg/m<sup>2</sup>  $\pm$  5,7 DE, índice de apneas/hipopneas (IAH) 33,1  $\pm$  31,2 DE y perímetro cervical (PC) 43  $\pm$  5 cm. La comparación entre grupos se realizó mediante ANOVA. Los resultados se expresan como M  $\pm$  SEM.

**Resultados:** La estadística descriptiva asociada a los factores que influyen en las diferentes categorías de diagnóstico del metabolismo hidrocarbonado tras la SOG revela que el IAH se incrementa según el grado de alteración de la glucemia postprandial. Es decir, que aquellos pacientes con una SOG normal presentaron IAH (27,20  $\pm$  2,24) numéricamente inferior a aquellos pacientes con SOG compatible con intolerancia hidrocarbonada (IHC) (35,59  $\pm$  3,83) que a su vez fue numéricamente inferior a los pacientes cuya SOG arrojaba el diagnóstico de diabetes (44,88  $\pm$  4,99). El resultado del ANOVA señala que existen diferencias significativas entre los grupos [F (2, 169) 6,66, p = 0,001,  $\eta^2$  = 0,04] y la evaluación post-hoc mediante el test de Tukey HSD informa que el IAH de la SOG normal es significativamente inferior al IAH de la SOG diagnóstica de diabetes (p = 0,001). No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre SOG diagnóstica de IHC comparada con la SOG normal (p = 0,13) ni SOG compatible con diabetes (p = 0,21). De manera similar al IAH, el PC aumentaba con el empeoramiento del resultado de la SOG, con diferencias significativas en el ANOVA [F (2, 184) 3,39, p = 0,036,  $\eta^2$  = 0,04]. Tanto el IAH como el perímetro cervical eran responsables del 4% en la variabilidad del resultado de la SOG. No hemos encontrado diferencias significativas en perímetro de cintura, cadera ni IMC. La glucemia basal contribuía en el 34% de la variabilidad en el resultado de SOG ( $\eta^2$  = 0,34), con diferencia media entre normal e IHC (7,25, p = 0,005), IHC y diabetes (28,10, p < 0,001) y normal vs diabetes (35,35, p < 0,001). La insulinemia al finalizar la SOG aportaba un 5% en la variabilidad del resultado de la SOG ( $\eta^2$  = 0,05), diferenciándose únicamente entre normal e IHC (7,55, p < 0,001).

**Conclusiones:** En nuestra población de pacientes con obesidad mórbida, el factor predictor que contribuye en mayor parte a la alteración de la glucemia en el test de SOG es la glucemia basal seguida por la insulinemia al finalizar la SOG, el índice de apneas-hipopneas y el perímetro cervical.