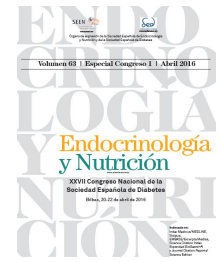




# Endocrinología y Nutrición



## P-136. - ¿EXISTEN DIFERENCIAS MEDIADAS POR EL SEXO EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES CON DIABETES?

A. Martínez García, C.M. Cortés Muñoz, M. Olivar Azuara, A. Marco Martínez, J. Sastre Marcos, A. Vicente Delgado y J. López López

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

### Resumen

**Introducción:** La importancia del control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) para modificar el curso de la diabetes (DM), es bien conocida. Existen además factores invariables, como la edad y el sexo, que pueden influir en la aparición de sus complicaciones. Las mujeres con DM tienen un riesgo cardiovascular equivalente si no superior a los hombres para desarrollar enfermedad aterosclerótica. Algunos estudios muestran diferencias en el grado de control de los FRCV entre ambos sexos.

**Objetivos:** Valorar si existen diferencias de prevalencia de FRCV, grado de control metabólico, número de fármacos pautados y complicaciones metadiabéticas según sexo.

**Material y métodos:** A partir de una cohorte de pacientes con DM en seguimiento en nuestras consultas o Atención Primaria (n = 293), hemos realizado un estudio transversal para analizar las siguientes variables: FRCV: hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, dislipemia (DL) y obesidad. Grado de control metabólico según los estándares de la ADA 2016 para el paciente mayor y/o con diabetes de larga evolución: LDLc  $\leq$  100 mg/dL, HDLc  $\geq$  50 mg/dL, triglicéridos (TGD)  $\leq$  150 mg/dL, PAS < 140 mmHg, PAD < 90 mmHg, HbA1c  $\leq$  8%. Número de fármacos utilizados en el tratamiento de HTA y DL. Prevalencia de complicaciones: macroangiopáticas (cardiopatía isquémica (CI) y ACVA) y microangiopáticas.

**Resultados:** Mujeres (M) 59,5%. El tiempo de evolución medio de 25,1 años y la edad media de 69,3 años. La edad resultó superior respecto al grupo de hombres (H) (H: 65,6 vs M: 71,8 años,  $p < 0,05$ ), siendo éstas más obesas (H: 30,8% vs M: 69,2% y  $p < 0,05$ ) y menos fumadoras (H: 80,5% vs M: 19,5%,  $p < 0,05$ ). No encontramos diferencias en el resto de FRCV: HTA (H: 37,6% vs M: 62,4%); DL (H: 40,5% vs M: 59,5%). La consecución de los objetivos marcados fue inferior en las mujeres en cuanto a PAS < 140 (H: 51% vs M: 49%,  $p < 0,001$ ). Tenían mejores resultados en HDLc  $\geq$  50 mg/dL (H: 34,4% vs M: 65,6%,  $p < 0,05$ ) y TGD  $\leq$  150 mg/dL (H: 43,5% vs M: 56,5%,  $p < 0,05$ ). No encontramos diferencias entre grado de control de LDLc, PAD y HbA1c. El número de fármacos antihipertensivos pautados fue superior en mujeres (más de 2 fármacos antihipertensivos: H: 32,6% vs M: 69,4%,  $p < 0,05$ ). No encontramos diferencias en el tratamiento hipolipemiente. No encontramos diferencias en la prevalencia de complicaciones: CI (H: 47,1% vs M: 52,9), ACVA (H:

33,1% vs M: 66,7%), nefropatía (H: 45,5% vs M: 54,5%), retinopatía (H: 45,8% vs M: 54,2,  $p = 0,05$ ) y neuropatía (H: 38,9% vs M: 61,1%).

**Conclusiones:** Nuestros resultados indican que en esta cohorte las mujeres tienen un perfil cardiovascular más desfavorable (más edad, más obesidad) y aunque fuman menos, tienen peor control de algunos de los factores de riesgo como la PAS (a pesar de utilizar más fármacos). No encontramos diferencias en el grado de control glucémico. La prevalencia de complicaciones macro y micro angiopáticas fue superior en el sexo femenino si bien no hallamos significatividad estadística.