



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



482/26 - ¿ES ÚTIL APLICAR EL ÍNDICE TG/HDL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DE ATENCIÓN PRIMARIA?

F. Cuevas Fernández¹, A. Pérez de Armas², E. Cerdeña Rodríguez³, T. Rodríguez Armas², P. González Medina⁴, M. Iglesias Girón⁵ y M. García Marrero¹

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife. ²Residente de 4º años de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife. ³Enfermero. Centro de Salud Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife. ⁴Estudiante de 6º año de Medicina. Universidad La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. ⁵Enfermero. Gerencia de Atención Primaria. Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Objetivos: Estudiar la utilidad del índice TG/HDL para el estudio de pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) de atención primaria (AP).

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Selección aleatoria de 587 pacientes con DM2 de un centro de salud docente. Recogida mediante revisión de historias clínicas informatizadas de triglicéridos (TG) y colesterol HDL (HDL) para la construcción del índice TG/HDL (puntos de corte 2,5 y 3) y, por otra parte del IMC (punto de corte = 30) como variables dependientes, y como variables predictoras: sexo, edad (punto de corte = 65 años), dieta (adecuada o no), ejercicio físico (sedentario o activo), control DM2 (según recomendaciones redGDPS 2018), hipertensión arterial (HTA), dislipemia, síndrome metabólico, realización de último ECG (cumplimiento de programa), año tratamiento con ISGLT2 o GLP1. Análisis estadístico: descriptivo: mediante frecuencias relativas. Bivariante: chi-cuadrado de Pearson a un nivel de significación $p \leq 0,05$. Concordancia mediante coeficiente kappa de Cohen. Programa estadístico SPSS 24.0.

Resultados: Análisis descriptivo (%). Índice TG/HDL ≥ 3 = 49,4%; índice TG/HDL $\geq 2,5$ = 59%; IMC ≥ 30 = 58,3%; mujeres = 46,5%, edad ≥ 65 años = 56,7%; dieta inadecuada = 23,1%; sedentario = 24,9%; mal control DM2 = 23,7%; HTA = 76,8%; dislipemia = 73,6%; síndrome metabólico = 83,6%; sin ECG = 38,8%; ISGLT2 = 18,2%; GLP1 = 5,5%. Análisis bivariante (variable = sí% vs. no%. p). Para índice TG/HDL ≥ 3 . Mujeres = 46,55% vs. 51,9%. $p = 0,192$; ≥ 65 años = 54,9% vs. 45,2%. $p = 0,019$; dieta inadecuada = 52,9% vs. 42,9%. $p = 0,021$; sedentarismo = 51,7% vs. 41,8%. $p = 0,042$; mal control DM2 = 62,% vs. 45,4%. $p = 0,001$; HTA = 49,8 vs. 48,1. $p = 0,740$; dislipemia = 52,3% vs. 41,3%. $p = 0,018$; síndrome metabólico = 57,1% vs. 10,4%. $p < 0,001$; sin ECG = 55,3% vs. 45,7%. $p = 0,023$; ISGLT2 = 63,2% vs. 46,3%. $p = 0,002$; GLP1 = 71,9% vs. 48,1%. $p = 0,009$. Para índice TG/HDL $\geq 2,5$. Mujeres = 57,9% vs. 59,9%. $p = 0,613$; ≥ 65 años = 63,2% vs. 55,7%. $p = 0,040$; dieta inadecuada = 62,7% vs. 52,2%. $p = 0,014$; sedentarismo = 58,2% vs. 59,1%. $p = 0,846$; mal control DM2 = 68,1% vs. 56,2%. $p = 0,013$; HTA = 58,4 vs. 60,7. $p = 0,634$; dislipemia = 61,9% vs. 51,0%. $p = 0,018$; síndrome metabólico = 66,5% vs. 20,8%. $p < 0,001$; sin ECG = 64,0% vs. 55,7%. $p = 0,47$; ISGLT2 = 71,7% vs. 56,2%. $p = 0,003$; GLP1 = 81,3% vs. 57,7%.

p = 0,008. Para IMC \geq 30. Mujeres = 61,2% vs. 55,8%. p = 0,11; \geq 65 años = 56,4% vs. 60,8%. p = 0,290; dieta inadecuada = 60,2% vs. 54,3%. p = 0,175; sedentarismo = 62,5% vs. 44,9%. p < 0,001; mal control DM2 = 64,7% vs. 56,2%. p = 0,076; HTA = 60,8% vs. 49,6%. p = 0,024; dislipemia = 58,6% vs. 57,4%. p = 0,802; síndrome metabólico = 64,5% vs. 25,6%. p < 0,001; sin ECG = 57,7% vs. 58,7%. p = 0,812; ISGLT2 = 64,2% vs. 57,0%. p = 176; GLP1 = 87,1% vs. 56,6%. p = 0,001. Concordancia IMC \geq 30, índice TG/HDL \geq 3: Kappa = 0,10; \geq 30, índice TG/HDL \geq 2,5: Kappa = 0,12. Concordancia (seleccionando casos con mal control DM2) IMC \geq 30, índice TG/HDL \geq 3: Kappa = 0,02; \geq 30, índice TG/HDL \geq 2,53: Kappa = 0,08.

Conclusiones: El índice TG/HDL ofrece más información que el IMC en pacientes con DM2 en AP. La aplicación del índice TG/HDL, fácil de determinar y con buena correlación con el HOMA (modelo de evaluación de la homeostasis) para medir la resistencia insulínica, puede ser útil para el estudio de los pacientes con DM2. El Índice TG/HDL \geq 2,5 se muestra más eficaz para detectar mal control y síndrome metabólico en pacientes con DM2. Teniendo en cuenta que en nuestro medio es preciso un IMC \geq 30 para poder iniciar un tratamiento con GLP1 y la mala concordancia con índice TG/HDL, se podría valorar utilizar el índice TG/HD \geq 2,5 como criterio complementario para su prescripción, en busca de una mayor efectividad.

Palabras clave: Resistencia insulínica. Diabetes tipo 2. GLP1.