

tratamiento sería el propio de todos los FRCV que hemos mencionado previamente. De igual manera, para la valoración completa de la arteriopatía periférica deberíamos disponer de un índice tobillo-brazo y una claudicometría. La necesidad de pruebas invasivas debe ser valorada conjuntamente con el cirujano vascular.

En cuanto a la microangiopatía, sería de mucha utilidad poder disponer de un cociente albúmina/creatinina o de una albuminuria de 24 horas para poder filiar el grado de nefropatía, así como un aclaramiento de creatinina. Se podría plantear la realización de un electromiograma de extremidades inferiores para cuantificar el grado de neuropatía y monitorizar su evolución. Adicionalmente, los test para descartar neuropatía autónoma cardíaca, como el de Valsalva o el de la respiración profunda, resultan sencillos y poco invasivos, y ofrecen una información valiosa en este sentido.

Finalmente, sería recomendable una ecografía abdominal con el fin de descartar esteatosis hepática, dados los niveles de transaminasas y las elevadas cifras de colesterol y triglicéridos. ■

Declaración de potenciales conflictos de intereses

Juan José Chillarón declara no tener ningún conflicto de intereses en relación con el contenido de este manuscrito.

Bibliografía

1. Stevens R, Kothari V, Adler AI, Stratten IM, Holman RR. The UKPDS Risk Engine: a model for the risk of coronary heart disease in type 2 diabetes. *Clin Sci (Lond)*. 2001;101:671-9.
2. The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;358:2545-59.
3. The ACCORD Study Group. Effects of combination lipid therapy in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 2010 Mar 18. [Epub ahead of print]
4. The ACCORD Study Group. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 2010 Mar 14. [Epub ahead of print]
5. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32:193-203.
6. Scognamiglio R, Negut C, Ramondo A, Tiengo A, Avogaro A. Detection of coronary artery disease in asymptomatic patients with type 2 diabetes mellitus. *J Am Coll Cardiol*. 2006;47:65-71.

Fe de erratas

Publicamos a continuación el póster P-031 que no se incluyó en el suplemento 2 de *Avances en Diabetología* (año 2010, volumen 26), correspondiente al XXI Congreso de la Sociedad Española de Diabetes:

P-031. EXPERIENCIA CLÍNICA CON EXENATIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA DM TIPO 2

J.A. Piniés Raposo, B. Quintana San José, J. García Sánchez, J. Alonso Arana

Hospital de Cruces, Barakaldo

Objetivos: Evaluar la eficacia en el control metabólico y la tolerancia del tratamiento con exenatida (E) en pacientes con DM tipo 2 con mal control glucémico. **Material y métodos:** Cincuenta y ocho pacientes con DM tipo 2 con una edad media de 55,8 ± 8,2 años, 59% hombres, con un tiempo de evolución de la diabetes de 7,2 ± 4,9 años comenzaron tratamiento inyectándose E, 5 µg el primer mes y 10 µg a partir del segundo, antes del desayuno y la cena. Basalmente, los pacientes presentaron un índice de masa corporal de 38 ± 5,3 kg/m², HbA_{1c} 9 ± 1,4%, glucemia basal 199 ± 56 mg/dL, colesterol 193 ± 40 mg/dL, HDLc 47,3 ± 12,4 mg/dL, LDLc 102,2 ± 40 mg/dL, triglicéridos 216 ± 162 mg/dL, TAS 145 ± 20 mmHg y TAD 85 ± 11 mmHg. Antes de comenzar con E, el 27,5% de los pacientes estaban en tratamiento con metformina (M), 5,2% con secretagogos (S), 5,2% con M y glitazonas, 31% con M y S, 24% con M, glitazonas y S, y 7% con M, S e insulina. Al iniciar E el 46,5% de los pacientes tomaron M, el 5,2% S y el 48,3% M más S. El tiempo medio de seguimiento han sido 28 ± 16 semanas. **Resultados:** Durante el periodo de tratamiento con E los pacientes con DM tipo 2 mejoran su control glucémico, con descenso de la HbA_{1c} de 1,3%, pierden 5 kg de peso y disminuye el colesterol total (tabla 1). En los pacientes con un seguimiento de más de 25 semanas de tratamiento la HbA_{1c} y el peso continúan descendiendo y se hace significativa la disminución de la TAS. El 22%, 5% y 5% de los pacientes presentaron náuseas, vómitos y diarrea respectivamente y el 14% otros efectos adversos

P-031. Tabla 1.

	n	Media ± SD	Significación
↓ Peso (kg)	53	4,9 ± 4,3	p <0,001
↓ TAS (mmHg)	51	3,6 ± 21	p= 0,230
↓ TAD (mmHg)	51	2,6 ± 10	p= 0,66
↓ Colesterol (mg/dL)	33	17,7 ± 41,7	p= 0,019
↑ HDLc (mg/dL)	27	1,5 ± 7	p= 0,267
↓ LDLc (mg/dL)	19	6,8 ± 34	p= 0,384
↓ TG (mg/dL)	37	42 ± 136	p <0,067
↓ HbA _{1c} (%)	51	1,3 ± 1,7	p <0,001
↓ Glucemia (mg/dL)	44	44,6 ± 65	p <0,001

como irritabilidad, mal estado general, cefalea y pirosis. El 24% refirió saciedad o disminución del apetito. El 7% interrumpió el tratamiento por efectos adversos, un 12% por pérdida de control metabólico, un 1,7% por ambos motivos y un 1,7% abandonó. El 7% de los pacientes tuvieron hipoglucemias leves que se dieron únicamente en los tratados con secretagogos. **Conclusiones.** 1) El tratamiento con exenatida en pacientes con DM tipo 2 mal controlada con antidiabéticos orales y/o insulina consigue pérdida de peso y descenso de HbA_{1c} de 5 kg y 1,3% respectivamente. 2) Alrededor del 50% de los pacientes presentaron algún efecto adverso, siendo la náusea el más frecuente. 3) Las hipoglucemias leves ocurrieron en el 7%, en pacientes tratados con secretagogos y exenatida.