



## RV-84. - VALORACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA LESIÓN DE ÓRGANOS DIANA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

V. Giner<sup>1</sup>, E. Nadal<sup>1</sup>, A. Genovés<sup>2</sup>, A. Cucó<sup>3</sup>, M. Campoy<sup>2</sup>, R. Pastor<sup>2</sup>, I. Boix<sup>2</sup>, M. Esteban<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de Los Lirios. Alcoy (Alicante). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Salud de Elda. Elda (Alicante). <sup>3</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Salud de Alcoy. Alcoy (Alicante).

### Resumen

**Objetivos:** Conocer el manejo de la lesión de órganos diana en diabéticos tipo 2 en centros de atención primaria.

**Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, transversal, multicéntrico de los pacientes reclutados de forma consecutiva en 9 centros de atención primaria de nuestra área desde el diagnóstico de diabetes.

**Resultados:** Se incluyeron 211 pacientes (54,5% hombres) con edades comprendidas entre 44 y 87 años y con  $10,09 \pm 7,61$  años de evolución de la diabetes. Valoración de lesión órgano diana: microalbuminuria (MAU): Tenían al menos una determinación 91,46%. No se detectó MAU en el 51,2%. Retinopatía y neuropatía periférica: En el año anterior se realizó revisión oftalmológica al 66,4% a diferencia de la realización de EMG o examen físico neurológico efectuado en el 6,2%. Vasculopatía periférica: ITB se realizó en 7,6%. Se registró una prevalencia de disfunción eréctil del 6,6%. Al menos se detectó una lesión de órgano diana en el 26,1% de los pacientes. La prevalencia de afectación de cada uno de los órganos diana aumentó tras la inclusión en el estudio por una mejor valoración de los mismos.

**Discusión:** La lesión de órganos diana puede detectarse con exámenes sencillos que están disponibles desde atención primaria. Los pacientes con mayor tiempo de evolución de la DM, peor control glucémico, polimedicados y mayor incidencia acumulada de patologías concomitantes son los más susceptibles de presentar LOD. La valoración de LOD debe ir dirigida a la detección precoz tanto en los pacientes con diagnóstico reciente como en los de larga evolución para minimizar el riesgo cardiovascular.

Tabla (RV-84). Comparación entre pacientes sin LOD y al menos una LOD

	≥ 1 LOD	Sin LOD	p-valor
Tiempo de evolución de DM (años)	12,73 ± 8,86	9,29 ± 7,02	0,006
Tratamiento insulínico (%)	10,9	15,2	0,002
Glucemia basal (mg/dl)	154,36 ± 51,35	137,03 ± 39,83	0,014
Niveles de HbA1c (%)	7,68 ± 1,38	9,09 ± 1,19	0,004
Número de fármacos	6,06 ± 2,77	5,53 ± 2,66	0,021

*Conclusiones:* Un tercio de los pacientes diabéticos presentaron LOD, la más estudiada y detectada fue la afectación renal. El infradiagnóstico de la LOD da lugar a una mayor probabilidad de presentar vasculopatía periférica. Existe una relación directamente proporcional entre el tiempo de evolución de la DM, el mal control glucémico y el número de fármacos (pluripatológicos). Posiblemente la falta de insulinización precoz por inercia terapéutica esté en relación con el infradiagnóstico de la LOD.