

Efectividad en el control de factores de riesgo cardiovascular en diabéticos tipo 2 de la provincia de Ciudad Real

Grupo ELIPSE*

Fundamentos. La diabetes mellitus tipo 2 presenta un perfil arteriosclerótico muy agresivo, por lo que el control de los factores de riesgo cardiovascular ha de ser muy exigente. Existen dudas acerca de la consecución de tales objetivos idóneos en el ámbito de la asistencia primaria, por la dificultad de reproducir las condiciones de los ensayos clínicos.

Métodos. Estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico. Se diseñó para conocer en diabéticos tipo 2 el grado de control de los principales factores de riesgo (tabaco, hipertensión arterial, hiperglucemia, dislipidemia, obesidad) junto al uso de aspirina en Atención Primaria de la provincia de Ciudad Real. Se recogieron 405 pacientes por 33 médicos de 18 centros de salud.

Resultados. Se obtuvieron valores de HbA_{1c} < 7% en el 51,51% y eran obesos en el 45,9%, con glucemias promedio de 163,61 ± 51,47. Presión arterial < 130/85 se halló en el 18,50%, el 62,22% tomaba algún hipotensor y se asociaron antihipertensivos en el 51,20%. Colesterol ligado a lipoproteína de baja densidad < 100 mg/dl se consiguió en el 10,21%, pero sólo se prescribieron hipolipemiantes en el 30,61%. El colesterol ligado a lipoproteína de alta densidad no se determinó en el 26% y fue > 45 mg/dl en el 66,44%. La aspirina se indicó a un 31,35% y fumaban el 9,63%. Ningún enfermo logró todos y cada uno de los objetivos exigibles de prevención.

Conclusiones. En Atención Primaria el grado de control de los distintos factores de riesgo en los diabéticos tipo 2 no garantiza una prevención cardiovascular correcta. Fue adecuado el comportamiento en cuanto al tabaquismo y aceptable sólo respecto al colesterol ligado a lipoproteína de alta densidad y triglicéridos. El tratamiento farmacológico debería haber sido más utilizado e intenso.

PALABRAS CLAVE: diabetes mellitus, no insulinodependiente, enfermedad cardiovascular.

Galiana Gómez del Pulgar J. Efectividad en el control de factores de riesgo cardiovascular en diabéticos tipo 2 de la provincia de Ciudad Real. *Rev Clin Esp.* 2005;205(5):218-22.

Cardiovascular risk factors control effectiveness in type 2 diabetic population of Ciudad Real province

Basis. Diabetes mellitus type 2 has a very aggressive atherosclerosis profile, which means that the control of the cardiovascular risk factors should be very demanding. There are doubts concerning the attainment of such suitable objectives in primary care because of the difficulties for reproducing the conditions of clinical trials.

Methods. Observational, descriptive, cross-sectional, and multicenter study. It was designed in order to establish the level of control of principal risk factors (tobacco, hypertension, hyperglycemia, dyslipemia, obesity), and the use of aspirin, in type 2 diabetics cared in Primary Care centers in Ciudad Real province. 405 patients were evaluated by 33 physicians from 18 Primary Care centers.

Results. HbA_{1c} values < 7% were obtained in 51.51%, 45.9% of patients showed obesity, average glycemia was 163.61 ± 51.47. Blood pressure < 130/85 was detected in 18.50% of patients, 62.22% of patients took some hypotensive drug and 51.20% antihypertensives. LDL-c < 100 mg/dl was detected in 10.21% but only 30.61% was on hypolipemic drugs. HDL-c was not determined in 26% of patients, and was 45 mg/dl in 66.44%. Aspirin was prescribed in 31.35%; 9.63% of patients were smoker. No patient reached all necessary prevention objectives.

Conclusions. The control of the different risk factors in type 2 diabetics in Primary Care does not guarantee appropriate cardiovascular prevention. The behavior concerning to smoking was good in this study, and the levels of HDL-c and triglycerides were acceptable. Pharmacological treatment should have been most frequent and intense.

KEY WORDS: diabetes mellitus, non-insulin-dependent diabetes mellitus, cardiovascular disease.

*Forman el grupo ELIPSE: Aranda Parras, M. Concepción (CS Alcázar de San Juan); Ballesteros Villar, Joaquín (CS Puertollano I); Crespo González, Fernando (CS Corral de Calatrava); del Burgo Fernández, José Luis (CS Porzuna); Domínguez Sánchez-Migallón, Pedro (CS Manzanares); Eliche Vilchez, Julián (CS Valdepeñas); Galiana Gómez del Pulgar, Jesús (Unidad de Lípidos, Complejo Hospitalario de Ciudad Real); García del Valle, M. Lourdes (CS Sta. Cruz de Mudela); García García, Rafael V. (CS Manzanares); García Noguera, Luis (CS Puertollano III); García Rodríguez, Pablo (CS Sta. Cruz de Mudela); García Viñas, Francisco (CS Piedrabuena); Gómez Forner, José Luis (CS Manzanares); Gómez González, Laureano (CS Campo de Criptana); González Corrales, Ramón (CS Piedrabuena); Herraiz Serrano, Cristina (CS Ciudad Real III); Iglesias Fernández, Antonio (CS Manzanares); Maestre Moyano, Isabel (CS Porzuna); Marín Andrés, Fernando (CS Daimiel); Martínez Pardo, Rafael (CS Valdepeñas); Moraleda Velasco, Pilar (CS Almagro); Morales Cano, José Manuel (CS Ciudad Real II); Morales Rodríguez, Juan Pablo (CS Almadén); Ocaña Cazalilla, Carmelo (CS Campo de Criptana); Pérez Sánchez, Ángel (CS Alcoba de los Montes); Pulido Plazuelo, Isidro (CS Puertollano III); Rayo Olmo, M. Jesús (CS Sta. Cruz de Mudela); Rodríguez Fernández, Alfredo (CS Argamasilla de Calatrava); Ruiz Serrano, Antonio L. (CS Manzanares); Sebastián Sanz, Ernesto (CS Piedrabuena); Velasco Pastor, Elia (CS La Solana), y Velasco Vano, Amalia (CS Ciudad Real II).

Correspondencia: J. Galiana Gómez del Pulgar.
C./ Madrilas, 4, 5.º G.
13400 Ciudad Real.
Correo electrónico: jesussggp@telefonica.net

Aceptado para su publicación el 28 de noviembre de 2003.

Introducción

La prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) está aumentando en los países desarrollados debido al incremento de la esperanza de vida, la obesidad y los hábitos sedentarios. Asimismo, los diabéticos tipo 2 son propensos a padecer arteriosclerosis acelerada y es la enfermedad cardiovascular (ECV) su causa más importante de mortalidad. Estos enfermos multiplican el riesgo de muerte cardiovascular por 2-4 veces¹, fallecen de complicaciones derivadas de aterosclerosis en el 75% de los casos y sufren enfermedad coronaria de peor pronóstico que los no diabéticos². Un control correcto de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tendría una gran repercusión clínica sobre ellos. En consecuencia, las recomendaciones hipolipemiantes³ y antihipertensivas^{4,5} son cada vez más exigentes

y se solicita en los diabéticos un tratamiento de los FRCV de intensidad similar a prevención secundaria^{3,6}. Por contra, hallamos con frecuencia que los objetivos diseñados en las guías clínicas de prevención cardiovascular⁷ no se alcanzan, demostrándose una gran laguna entre la eficacia establecida en ensayos clínicos y la efectividad real de las medidas aconsejadas. La finalidad del presente estudio (ELIPSE-DM2) es conocer el grado de efectividad en el control de los principales FRCV (tabaco, hipertensión arterial [HTA], hiperglucemia, dislipidemia y obesidad) junto al uso de aspirina en diabéticos tipo 2 de la provincia de Ciudad Real.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico, con muestreo estratificado, realizado en el ámbito de la Atención Primaria de la provincia de Ciudad Real (478.000 habitantes), participando profesionales de 18 centros de salud y del Complejo Hospitalario de Ciudad Real. El período de estudio fue del 1 de junio al 31 de julio de 2001. Se incluyeron diabéticos tipo 2 (según criterios de la *American Diabetes Association*)⁸ pertenecientes al cupo de los médicos participantes, excluyéndose quienes había tenido algún ingreso hospitalario en los dos meses previos al inicio del estudio y aquellos que presentaban deterioro cognitivo avanzado o enfermedad grave que hiciera presumible un mal conocimiento de la enfermedad o mal cumplimiento de los consejos higiénico-diabéticos o terapéuticos. El tamaño muestral se calculó con la fórmula del intervalo de confianza para estimación de proporciones (precisión de ± 5 , confianza del 95% y p estimada de 0,5; n = 385). El muestreo fue estratificado y se incluyó un 10% de los facultativos de Atención Primaria de cada Área de Salud de la provincia (38 médicos).

Quienes aceptaron participar en el estudio (33) llevaron a cabo la siguiente metodología de inclusión de pacientes: a) listado alfabético de todos los pacientes de su cupo con DM2 con ayuda del programa informático de la Cartera de Servicios (CSERV); b) división del total de pacientes con DM2 del cupo por el número de pacientes asignados al investigador (tamaño muestral dividido del total de investigadores); así se obtenía la constante de muestreo que se aplicó a su listado alfabético, y c) sustitución de los pacientes seleccionados que no podían ser incluidos en el estudio por ausencia de su domicilio, cambio de cupo o reunir criterios de exclusión, por el sucesivo en el listado alfabético. Se rellenó una hoja de recogida de datos (HRD) de cada paciente. La presión ar-

terial (PA) se hizo constar como media de dos tomas consecutivas con diferencia menor de 10 mmHg entre sistólicas y de 5 mmHg en diastólicas y los valores de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) según fórmula de Friedewald. Los resultados analíticos se actualizaron cuando los disponibles eran de una antigüedad mayor a 6 meses. Se obtuvieron así 430 HRD que reunían criterios de inclusión. Se depuraron y comprobaron valores extremos o de alguna manera discordantes, subsanándose los errores y eliminando la HRD en bloque en caso contrario. Finalmente fueron admitidas 405 HRD. Para el estudio descriptivo de los datos se ha utilizado la proporción para las variables cualitativas y la media (± 1 desviación estándar [DE]) en las variables cuantitativas, así como el rango. Para el estudio analítico se ha empleado la comparación de medias mediante la «t» de Student y la χ^2 para la comparación de porcentajes. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS y la colaboración del Comité de Ética e Investigación del Complejo Hospitalario de Ciudad Real.

En cuanto al control de los distintos FRCV se estableció un nivel óptimo (c-LDL < 100 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteína de alta densidad [c-HDL] > 45 mg/dl, triglicéridos [Tg] < 150 mg/dl, PA < 130/80 mmHg, HbA_{1c} < 6%) y un nivel exigible, considerado más realista (c-LDL < 130 mg/dl, c-HDL > 35 mg/dl, Tg < 200 mg/dl, PA < 140/85 mmHg, HbA_{1c} < 7%), según valores internacionales de consenso^{3,6,8-10}.

Resultados

La edad media de los 405 pacientes fue de 68,41 años (DE $\pm 9,87$), siendo 241 mujeres (59,75%). La media de años transcurridos desde el diagnóstico de diabetes fue de 8,8 años (rango: 0,5-36 años; DE: $\pm 6,90$). Los valores promedios de los distintos FRCV y el grado de consecución de los objetivos de prevención, tanto exigibles como óptimos, se recogen en las tablas 1 y 2. En ambas tablas podemos apreciar las diferencias observadas entre hombres y mujeres. Un índice de masa corporal (IMC) definitorio de obesidad (> 30 kg/m²) lo mostró el 45,90%. El control glucémico correcto referido al riesgo microvascular⁹ (< 126 mg/dl) se logró en sólo 80 pacientes (19,80%), y en cuanto al riesgo macrovascular⁹ (< 110 mg/dl) en 34 (8,40%). Treientos veintiséis encuestados presentaron glucemias < 200 mg/dl (80,50%) y 196 de ellos < 150 mg/dl (48,40%). Se obtuvieron niveles de c-LDL < 100 mg/dl en el 10,21% y < 130 mg/dl en el 34,15%. El c-HDL no fue

TABLA 1
Valores promedios de los distintos factores de riesgo

Parámetro	Media \pm DE	Valores rango	IC 95%	Hombres (n = 163; 40,25%)	Mujeres (n = 241; 59,50%)	p valor
Edad	68,41 \pm 9,87	(30-93)	67,45-69,38	67,35 \pm 10,21	69,14 \pm 10,05	NS
IMC	30,20 \pm 5,24	(14,45-49,84)	29,69 - 30,72	28,66 \pm 4,08	31,26 \pm 5,68	p = 0,000
Tabaquismo	39 (9,63%)	(0-60)	9,60-9,65	21,47%	1,64%	p = 0,000
PAS	142,91 \pm 17,81	(98-215)	141,17-144,65	139,99 \pm 17,65	144,90 \pm 17,68	p = 0,006
PAD	78,53 \pm 8,54	(56-101)	77,70-79,37	78,37 \pm 8,54	78,66 \pm 8,56	NS
Colesterol total	209,70 \pm 37,52	(107-357)	206,04-213,37	203,27 \pm 38,06	214,08 \pm 36,59	p = 0,004
c-LDL	141,01 \pm 31,56	(48-244)	137,32-144,70	141,25 \pm 31,40	140,88 \pm 31,74	NS
c-HDL	51,76 \pm 12,38	(24-92)	50,35-53,18	49,65 \pm 12,18	52,97 \pm 12,37	p = 0,026
Triglicéridos	138,02 \pm 72,14	(43-534)	130,98 - 145,07	131,13 \pm 72,28	141,83 \pm 70,80	NS
Glucemia	163,61 \pm 51,47	(58-427)	158,58-168,65	163,35 \pm 52,08	163,79 \pm 51,17	NS
HbA _{1c}	7,20 \pm 1,53	(4,40-13,70)	7,04-7,35	7,07 \pm 1,58	7,28 \pm 1,48	NS

NS: diferencia no significativa; DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; IMC: índice de masa corporal; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; c-LDL: colesterol ligado a lipoproteína de baja densidad; c-HDL: colesterol ligado a lipoproteína de alta densidad; HbA: hemoglobina A.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9303952>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9303952>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)