

VI JORNADAS OTOÑO 2014

Del 3 al 5 de abril, Auditorio Ángel Bustelo, Mendoza

PRESENTACIÓN ORAL

01

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES EN MÉDICOS Y ESTUDIANTES DE MEDICINA

Rueda S¹, Bufaliza C²

^{1,2}Hospital Dr. Guillermo Rawson. Contacto: sfrueda@gmail.com

Introducción: la educación diabetológica es clave para el correcto control de la diabetes (DM). El conocimiento de sus aspectos básicos por profesiones de la salud no siempre alcanza los estándares recomendados, sobre todo en aquellos que no pertenecen a la especialidad.

Objetivos: evaluar el nivel de conocimientos sobre diabetes en médicos no relacionados con la diabetología y estudiante superiores de medicina, y compararlos con los de los pacientes.

Materiales y métodos: se realizaron encuestas autoaplicadas mediante el formulario DKQ 24, el cual presenta 24 preguntas sobre diversos temas de diabetes; las respuestas posibles son "sí", "no", "no sabe". Se tomó como válida sólo la respuesta "sí". El DKQ24 puede subdividirse en preguntas que evalúan conocimientos (10), control glucémico (7) o prevención de complicaciones. Se evaluaron pacientes de consultorio externo (P), estudiantes del último años de medicina (EM) y médicos no diabetólogos (M).

Resultados: se evaluaron 99 P, 68 tenían DM2 de los cuales 35 usaban insulina, 48 EM y 40 M. La edad media en años de los P fue 32,6 (IC 95%: 28,5-36,9), 55,5 (IC 95%: 53,4-57,7) para DM2, 24 (IC 95%: 23,7-24,4) en EM y de 44,6 (IC 95%: 39,5-49,9) en M.

La media de respuestas correctas en P fue 14,2 (IC 95%: 13,6-14,8), rango 5-21, en EM 19,3 (IC 95%: 18,8-19,8), rango 15-22 y en M 20,4 (IC 95%: 19,8-20,9), rango 16-24 ($p < 0,001$). Evaluando las respuestas correctas como porcentaje del total, los P respondieron un 59,2%, EM 80,4% y M 85%. No hubo diferencias entre las respuestas en diferentes especialidades médicas, ni por géneros.

Al diferenciar las preguntas según evaluaran los diferentes aspectos de los conocimientos, encontramos que sobre conocimientos básicos las respuestas correctas fueron del 48, 89 y 86%, sobre control glucémico 51, 93 y 86%, y sobre prevención de complicaciones 83, 69 y 66% para DM, EM y M respectivamente, ($p < 0,001$, para las tres comparaciones). Los errores más frecuentes en EM y M se refirieron a la curación de heridas.

Conclusiones: como era de esperar, los EM y M tuvieron más conocimientos sobre DM que los P, aunque esto refiere a los aspectos fisiopatológico y clínico pero en lo que respecta a la prevención de complicaciones, los pacientes respondieron mejor. Esto es una alerta ya que incluso los EM presentaron errores básicos de conceptos que es preciso modificar.

02

DIABETES EN MENDOZA: CARACTERÍSTICAS Y COMPARACIÓN CON OTROS GRUPOS

Ojeda A¹, Torres E², Ferrada P³, Cuello M⁴, Savina M⁵, Echegoyen M⁶, Bringa J⁷

^{1,2,3,4,5,6,7}Servicio de Enfermedades Endocrino Metabólicas, Hospital Central de Mendoza. Contacto: alejandra.ojeda.c@gmail.com

Introducción: la diabetes mellitus (DM) ocasiona importantes costos económicos y sociales. Es importante conocer las características de nuestra población de pacientes para realizar acciones de prevención y optimizar su cuidado.

Objetivos: valorar las características de una población diabética, realizando un análisis comparativo con estudios similares previos.

Materiales y métodos: estudio descriptivo, transversal. Cuestionario estructurado. Inclusión: pacientes mayores de 15 años, con DM, evaluados en internación entre 01/06/2012 y 31/12/2013. Sólo se incluyó la primera internación. Exclusión: pacientes no diabéticos o con incapacidad para ser interrogados. Análisis estadístico: Epi Info 3.5.3.

Resultados: incluimos 369 pacientes, 62,9% varones, edad 55,3±11,7 años; 88,8% DM2. Tiempo de

diagnóstico: $10,7 \pm 9,5$ años, edad al diagnóstico: $44,4 \pm 14,6$ años. Motivos más frecuentes de internación: pie diabético (18,5%) y cardiopatía isquémica (15,5%). Control médico: 47,6% por diabetólogo, 34% por médico general y 18,4% sin controles. Complicaciones crónicas: 19,4% nefropatía diabética, 28,2% retinopatía, 8,6% amputaciones previas, 9,5% ACV, 20,4% arteriopatía periférica y 28,6% cardiopatía isquémica. Tratamiento: metformina 32,5%, metformina + glibenclamida 11,2%, sólo oral 38,6%. Insulina: NPH 43,1%, NPH+ rápida 4,6%, 34% sólo insulina. Oral + insulina 17,1%, plan alimentario 17,6%, sin tratamiento 10,2%. Educación diabetológica 19,7%, 13,2% realizaba actividad física. Tabaquismo 65,2%, alcoholismo 8,9%. Dislipemia 32% (54,3% tratados), HTA 66% (90,6% tratados).

Conclusiones: mayoría de hombres >40 años, con DM2 y con una media de 10 años de diagnóstico. Aproximadamente la mitad controlada por diabetólogo y 20% sin control. Menos del 20% de los pacientes había recibido control nutricional, educación diabetológica o realizaba actividad física, a pesar de las recomendaciones. Sólo 9,4% de los hipertensos y 47,7% de los dislipidémicos se encontraba tratado. En comparación con Gagliardino y col. (2001), encontramos mayor porcentaje de hipertensos, fumadores, ACV y arteriopatía periférica. Nuestro grupo presentó mayor porcentaje de pacientes con insulina y metformina, y menos con sulfonilureas. En comparación con Commendatore y col. (2013), hallamos mayor frecuencia de HTA, tabaquismo y cardiopatía isquémica. Además, menor porcentaje de pacientes sólo con hipoglucemiantes orales o dieta y mayor porcentaje con insulina o tratamiento combinado. El alto porcentaje de tabaquistas e hipertensos podría explicar la mayor frecuencia de enfermedad vascular en nuestro trabajo.

PRESENTACIÓN REVISTA

R3

ALTERACIÓN DE LA GLUCEMIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE USAN CORTICOIDES

Rueda S¹, Galvan L², Moreno C³, Pardo Hidalgo R⁴, Castel C⁵, Curti A⁶, Petkovick I⁷

^{1,2,3}Hospital Rawson. ⁴CER San Juan. ^{5,6}Hospital Lagomaggiore. ⁷Sanatorio Petkovick. Contacto: sf_rueda@yahoo.com.ar

Introducción: distintos estudios demostraron un aumento de la incidencia de alteraciones de la glucosa y diabetes (DM) en pacientes con artritis reumatoide (AR). El uso de corticoides podría contribuir al aumento de esta incidencia.

Objetivos: determinar los efectos de los corticoides sobre la glucemia en pacientes con AR.

Materiales y métodos: se evaluaron pacientes ambulatorios > 18 años de tres centros de Cuyo, con diagnóstico de AR, enrolados en dos grupos: el primero con dosis estable de Prednisona 5 a 10 mg/día (UC) y un segundo con AR sin corticoides en los últimos seis meses (NUC). Los pacientes fueron evaluados con DAS28, presión arterial (PA), variables antropométricas y muestra de sangre para glucemia basal y pos carga de 75 g de glucosa, PCR y lípidos. Se calculó el riesgo de diabetes con FinRisk autoadministrado.

Resultados: se incluyeron 112 pacientes, edad media $50,9 \pm 11,4$ años, 77,7% mujeres; 77,4% utilizaba corticoides. La duración AR fue 6,2 años en el total, 6,4 en UC vs 5,6 años en la NUC (p: NS). DAS 28 fue 3,5 en UC vs 2,9 en la NUC (p: NS). No hubo diferencias estadísticamente significativas en peso 76,7 vs 71,2 kg, circunferencia de la cintura 87,1 vs 85,9 cm, IMC 29,8 vs 29,3 Kg/m², PA sistólica 124,4 vs 125,7 mmHg, PA diastólica 78,6 vs 78,1 mmHg y colesterol total 193,2 vs 190 mg/dl, UC vs NUC respectivamente. Los triglicéridos fueron superiores en UC 138,5 vs 112,2 mg/dl en NUC (p: 0,01). La glucemia en ayunas 83,6 vs 87 mg/dl y pos carga 101,7 vs 100,9 mg/dl, UC vs NUC, fueron similares. Se encontró GAA en el 8% en cada grupo, IG en 8 pacientes, 9,2%, de UC y 3 pacientes, 20%, en NUC (p: NS). Dos pacientes fueron diagnosticados de DM con la glucosa post carga. El FINRISK fue de 7,2 en UC frente a 7 en la NUC (p: NS). Presentando un 41,4% de los pacientes puntaje de riesgo de diabetes en UC vs un 44% en NUC (p: NS). Los pacientes con FinRisk elevado presentaron un 31,9% de alteraciones de la glucemia vs el 4,6% de FinRisk bajo (p:> 0,001).

Conclusiones: nuestro estudio demostró que no existen diferencias significativas de la glucemia en los pacientes con AR que recibieron corticoides. Sin embargo, cabe destacar que los pacientes que presentaban un FinRisk elevado tenían asociados algún tipo de intolerancia a la glucosa. Se debe potenciar el uso de los test como el FinRisk para la detección precoz del riesgo de DM en esta población.

BACTERIEMIAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Rueda S¹, Manzur A², Meritelo M³, Busto A⁴, Pellice B⁵

¹Hospital Dr. Guillermo Rawson. ^{2,3,4,5}Hospital Dr. Guillermo Rawson, Servicio de Infectología. Contacto: sfrueda@gmail.com

Introducción: los pacientes internados con diabetes (DM) suelen presentar más complicaciones y más días de internación, aunque no mayor mortalidad que los controles. La DM constituye un factor de riesgo para adquirir infecciones, pero es controvertido si es un factor de mal pronóstico.

Objetivos: comparar las bacteriemias en pacientes con y sin DM.

Materiales y métodos: estudio prospectivo de cohorte de pacientes con bacteriemia donde se compararon las características de aquellos con antecedentes de DM con dos grupos, sin comorbilidad (SC) y con otras comorbilidades (OC).

Resultados: se analizaron 486 bacteriemias en 442 pacientes; DM 87, SC 161, OC 238. La edad media en años fue mayor en los pacientes con DM 60,8±10,5 vs SC 46,4±19,1 y OC 53,2±18,2 ($p<0,001$). Mujeres 50,6% en DM, 36,6% en SC y 36,1% en OC ($p=NS$). Del total de bacteriemias, 69,8% fue asociado al cuidado de la salud, sin diferencias entre los grupos (64,4, 66,5 y 73,9% DM, SC y OC respectivamente). En los pacientes con DM y SC predominaron los microorganismos Gram+ 53,5 y 59,7%, mientras que en OC predominaron los Gram- 61% ($p<0,001$). El principal foco en los tres grupos fue el endovascular (33,3%) seguido del desconocido (24,1%). El índice de Charlson fue 3,1 en DM y OC. La presencia de sepsis severa fue mayor en DM 49,4% vs 42,2% SC y 47,1% OC ($p=0,48$), así como el fallo renal agudo 35,6% DM vs 21,1% SC y 24,8% OC ($p=0,04$). En los tres grupos hubo igual proporción de pacientes con shock séptico o FMO, y el score de Pitt fue similar. La estancia media en días fue menor en DM 28,9 vs 36,1 SC y 32,5 OC ($p=NS$). La mortalidad intrahospitalaria global fue 40,7%, siendo 37,9, 35,4 y 45,4% en DM, SC y OC respectivamente ($p=0,04$). La mortalidad a las 48 horas y a los siete días fue similar en los tres grupos. La mortalidad se correlacionó significativamente con score de Pitt ($r=0,362$), Charlson ($r=0,161$), adquisición nosocomial ($r=0,168$) y edad ($r=0,139$), pero no con la presencia de DM.

Conclusiones: la presencia de bacteriemia implicó una alta tasa de mortalidad intrahospitalaria: 40%. En este estudio, los pacientes con DM presentaron mayor porcentaje de complicaciones por la infección (sepsis severa y fallo renal agudo), sin embargo la mortalidad fue similar a pacientes SC o con OC.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE DIABETES GESTACIONAL

Trejo S¹, Olivera C²

¹UNSE. ²Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo. Contacto: selelitrejo@unse.edu.ar

Introducción: el servicio de maternidad y el consultorio de diabetes coordina acciones de detención, control y seguimiento a embarazadas con diagnóstico reciente de diabetes gestacional (DG). El desarrollo de esta enfermedad conlleva importantes riesgos para la madre y el feto, que se manifiesta a través de complicaciones. El rol de enfermería juega un papel importante en la asistencia y asesoramiento en la embarazada con DG.

Objetivos: identificar factores que influyen en embarazadas con diagnóstico reciente de DG y desarrollar estrategias de trabajo que fortalezcan su cuidado.

Materiales y métodos: descriptivo, exploratorio. Perfil de población: embarazadas con diagnóstico reciente de DG. Fuente de datos: encuesta semi-estructurada con 22 puntos, trata dimensiones física (edad, IMC, glucemia capilar ayunas/posprandial), psicológica (estado de ánimo, bienestar, conocimiento de su problema) y sociocultural (creencias, escolaridad). Procesamiento de datos: estadística descriptiva.

Resultados: durante 2013, se detectaron 21 embarazadas con diagnóstico reciente de DG. Edades entre 23 a 43 años. Según IMC: 57,1% (12) tenía obesidad, 28,5% (6) sobrepeso y 9,5% (2) normopeso. Promedio glucemia capilar ayunas: 81,2 gr/dl y posprandial 146 gr/dl. El 90% (19) manifestó bajo estado de ánimo, 100% (21) sintió miedo, preocupación, ansiedad ante el diagnóstico, 80% (18) tuvo contención familiar/amigo cuando se sintieron ansiosas. Según conocimiento: 80% (15) sabía que la DM no se cura, 80% (14) no sabía cuál era el órgano afectado, 100% (21) desconocía los valores normales. Según creencias: 90% (18) creyó que la DM se produce por comer dulces en exceso, 100% (21) sostuvo que la DM no se contagia por compartir objetos, 50%

(10) creyó que la DM se da en personas mayores, 80% (15) creyó que el niño tendrá DM por utilizar insulina durante el embarazo. Según tratamiento: 90% (19) creyó que la insulina es una droga y un 80% (15) que la insulina puede afectar al bebé. El 50% (9) no sabía si el uso de la insulina es para toda la vida y desconocía si colocársela en la panza puede perjudicar al bebé. Nivel de escolaridad: primaria a secundaria incompleta.

Conclusiones: realizar acciones de asistencia y asesoramiento por parte de la enfermera para aclarar dudas, temores y mitos sobre la DM, permitirá asegurar la adherencia al tratamiento con un buen control apropiado del peso, plan alimentario, actividad física, administración de insulina (en caso de ser necesario), además de controles periódicos de glucemia capilar, con el propósito de reducir al mínimo los riesgos y complicaciones durante etapa gestacional.

R6

RIESGO CARDIOVASCULAR EN PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN Y VIRGEN DE LA MISERICORDIA

Delgado D¹, Santonocito M², Masier M³, Gómez Portillo J⁴, Leiva Sersing L⁵

^{1,2,3,4,5}Hospital del Carmen. Contacto: ddelgadobarreto@hotmail.com

Introducción: la enfermedad cardiovascular (CV) es una de las principales causas de morbimortalidad en Argentina, siendo prevenible con intervenciones políticas de salud sobre la población.

Objetivos: evaluar e identificar factores de riesgo CV en personal sanitario, determinar la prevalencia de patologías CV e implementar medidas de intervención.

Materiales y métodos: estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Fase preliminar. Se evaluaron factores de riesgo CV en médicos del Hospital Nuestra Señora del Carmen y Virgen de la Misericordia mediante encuestas, medición de TA, medidas antropométricas y laboratorio. Se aplicó el Score Framingham a 10 años (SF10), Score Framingham a 30 años (SF30) y SCORE. Se utilizó Microsoft Excel y GraphPad.

Resultados: durante el período noviembre 2013/febrero 2014, se evaluaron 123 médicos (n=123), 66% sexo femenino, edad media 36,4 (SD 10,8), 24% fumadores, 5% HTA, 6% dislipemia. Ninguno presentó diabetes o evento CV. El 6% (32) tenía antecedentes familiares de primer grado de eventos CV, de los cuales 9,75% (12) con antecedente familiar de muerte por enfermedad CV <55 años. Media de peso 68,70 (SD16, rango 43-116 kg), IMC media 24,3 (SD 4,03, rango 18-42); presentando el 28,4% sobrepeso/obesidad. Perímetro abdominal en hombres: media de 96,2 cm (SD 10, rango 74-122 cm); en mujeres media 79,49 (SD 8,67; rango 64-110). Perfil lipídico: HDL media 59,29 mg/dl (SD 15,11, rango 30-103), LDL media 103,7 mg/dl (SD 28,8, rango 39-196), colesterol total 186,85 mg/dl (SD 35,8, rango 100-296). Para evaluar el riesgo CV se utilizó: SF10 y SCORE en >45 años, y entre 20 y 45 años SF30. Resultados: >45 años (n= 26): SF10: 80,76% (21) riesgo bajo; 15,38% (4) moderado y 1,08% (1) alto. SCORE: (0) paciente riesgo alto/muy alto, 57,69% (15) moderado y 42,3% (11) bajo. En el segundo grupo (n=97): SF30 lípidos: 74,2% (72) riesgo bajo; 25,77% (25) moderado y (0) riesgo alto. Según IMC: 75,25% (73) riesgo bajo; 23,71% (23) moderado y 1,03% (1) alto. Se compararon SF (10 y 30) y valor de LDL (<math><130\text{ mg/dl}</math>). SF10: bajo riesgo (21): 6 LDL>130; moderado (4): 1 LDL>130; el único paciente con riesgo alto LDL>130. Con respecto al SF30 lípidos: bajo riesgo (72): 10 con LDL>130 y moderado (25): 8 LDL>130. Se relacionó LDL/ SF30 según IMC: bajo riesgo (73): 10 LDL>130; moderado (23): 8 LDL>130 y el único de alto riesgo LDL>130.

Conclusiones: el estudio permitió identificar factores de riesgo y estratificar la población para realizar la intervención. La determinación de lípidos y medidas antropométricas es de fácil acceso, por lo cual SF30 debería utilizarse en prevención primaria, dado que el SF10 subestima el riesgo en población joven y en mujeres.

R7

RELACIÓN ENTRE PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS, BIOQUÍMICOS Y FUNCIÓN VENTRICULAR EN EL SÍNDROME METABÓLICO EN LA MUJER

Testasecca E¹, Testasecca A², Lemos P³, Navarta L⁴, Mallcu M⁵, Russo R⁶

^{1,2,3,4,5,6}Hospital Central. Contacto: elisatestasecca@yahoo.com.ar

Introducción: el síndrome metabólico (SM) podría afectar la función ventricular independientemente de aterosclerosis (ATS) coronaria y parámetros antropométricos y bioquímicos.

Objetivos: evaluar los parámetros antropométricos, marcadores de inflamación, de trombogénesis y disfunción endotelial y la función ventricular, en pacientes femeninos con síndrome metabólico, con y sin expresión clínica de ATS.

Materiales y métodos: ensayo clínico transversal en dos grupos de pacientes con SM, sin y con expresión clínica de ATS coronaria, grupos 1 y 2 respectivamente.

Variables de estudio: antropométricas, metabólicas, de inflamación, trombogénesis, disfunción endotelial y función ventricular, dispersión QT de ECG y función sistodiastólica del ecocardiograma. Pruebas estadísticas: test de Student para datos apareados y el de CHI cuadrado. Estadísticamente significativo: $P < 0,05$.

Resultados: Se estudiaron 50 pacientes, 25 en cada grupo. Edad: $52,76 \pm 10,26$ y $57,96 \pm 6,29$ años grupos 1 y 2 respectivamente, P no significativa (Pns). Los valores de las variables en grupos 1 y 2 fueron respectivamente: IMC: $29,52 \pm 5,3$ vs $33,28 \pm 0,2$, PC: $98,92 \pm 11,86$ vs $102,24 \pm 9,29$; PAS $145,2 \pm 8,51$ vs $148,8 \pm 12,36$ mmhg; PAD $87,6 \pm 8,79$ vs 92 ± 13 mmhg Pns; glucemia $105,04 \pm 9,28$ vs $106,88 \pm 9,88$ mg/dl; colesterol total $219,76 \pm 45,16$ vs $194,12 \pm 34,07$ mg/dl, LDL c $133,52 \pm 25,49$ vs $134,32 \pm 30,35$ mg/dl, triglicéridos $170,12 \pm 40,45$ vs $171,6 \pm 49,13$ mg/dl, uricemia $51,76 \pm 12,82$ vs $59,8 \pm 15,15$ mg/dl. Pns; HDL col $51,32 \pm 15,19$ vs $39,84 \pm 8,06$ mg/dl, $P < 0,02$; PCR us $5,06 \pm 3,62$ vs $6,74 \pm 4,83$ mg/dl, fibrinogeno $366,52 \pm 61,21$ vs $364,4 \pm 70,68$ mg/dl, e-selectina $41,3 \pm 1,8$ vs $49,1 \pm 5,7$ ng/ml Pns.

Ambos grupos presentaron función sistólica normal con función diastólica alterada en el 100% del grupo 1 y 96% del grupo 2; en este último asociado a hipertrofia ventricular izquierda e isquemia miocárdica. Se registró anormal dispersión del QT en ambos grupos Pns.

Conclusiones: el SM podría presentar una afectación cardíaca al igual que la diabetes independientemente de ATS coronaria. El estado inflamatorio estaría presente en el SM. El índice PCR us/HDL c podría ser útil para identificar a pacientes de mayor riesgo aterosclerótico isquémico.

R8

EVALUACIÓN DE VARIABLES INDICADORAS DE CONTROL NEFROLÓGICO ADECUADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO AL MOMENTO DE INGRESO A HEMODIÁLISIS

Rivera G¹, Sánchez P², Lasa M³

¹Hospital Scaravelli, Fresenius. ^{2,3}Hospital Scaravelli. Contacto: griselda25martin@yahoo.com.ar

Introducción: existen varios parámetros en el paciente diabético con enfermedad renal que brindan información sobre el control adecuado del mismo, especialmente referidos a la oportuna derivación al nefrólogo, por ejemplo: acceso vascular al ingreso, estado nutricional, vacunación o modalidad de ingreso que incidirán en la morbimortalidad de los mismos.

Objetivos: evaluar estas variables en un pool de pacientes diabéticos al momento de ingreso a HD.

Materiales y métodos: se evaluó en forma retrospectiva datos de la historia clínica electrónica, de un centro de hemodiálisis, durante un período de 10 años (01/01/2003 al 31/12/2012).

Resultados: durante dicho período ingresaron 173 pacientes, 63 de ellos (36,4%) con diagnóstico de DM, siendo la media argentina para el año 2007 de 36,5%. Sexo femenino 29 (46%) y sexo masculino 34 (54%). El 100% ingresó con modalidad HD. Edad promedio: 61 años, 63 SF y 59 SM. DM tipo 2: 52 (82,5%) DM tipo 1: 7 (11,1%) sin datos: 4 (6,4%). Años de diagnóstico de DM: menos de 5 años: 8 (12,7%), entre 5 y 10 años: 7 (11,1%), más de 10 años: 39 (61,9%), sin datos: 9 (14,3%). Control por nefrología: sin control previo: 24 (38%), al menos un contacto previo al ingreso: 36 (57,29%), sin datos: 3 (4,8%). Tratamiento diabetológico al ingreso: insulino terapia: 34 (54%), HGO: 6 (9,5%), dieta: 4 (6,4%), sin datos: 19 (30,1%). Enfermedades cardiovasculares: IC: 13 (20,7%), MCPH: 7 (11,1%), HTA: 48 (76,2%), IAM: 3 (4,8%). Hematocrito: 27,08%. Hemoglobina: 8,78. Vacunación antihepatitis B: esquema iniciado: 2 (3,2%), sin vacunación previa: 61 (96,8%). Estado nutricional: peso: 72,63 kg, talla: 1,62 m, IMC: 26,72. Acceso vascular: catéter transitorio: 46 (73%); fístula AV nativa: 11 (17,5%), fístula protésica: 5 (7,9%), sin datos: 1 (1,6%). Modalidad de ingreso: urgencia: 48 (76,2%), programada: 12 (19%), sin datos: 3 (4,8%).

Conclusiones: el diagnóstico precoz de la enfermedad renal crónica es fundamental para prevenir/enlentecer su evolución, teniendo en cuenta que un gran porcentaje de los pacientes permanece asintomático hasta los últimos estadios, condicionando la derivación oportuna, situación agravada por la escasa implementación de normas de seguimientos por parte de los médicos. Los conceptos de derivación precoz y tardía se relacionan con el número y calidad de las interconsultas, evidenciando una falla en las mismas en el elevado porcentaje de pacientes que ingresa de urgencia, con un catéter transitorio, siendo esta situación perjudicial en la sobrevida inmediata de los mismos, contrario a lo que uno esperaría en un paciente controlado con ingreso programado.

DEL HOSPITAL A LA COMUNIDAD "HACIA UN CAMINO SALUDABLE"

Ayora M¹, Bermúdez J², Castro G³, Chaler Puebla M⁴, Montero P⁵, Puccio R⁶, Onofri E⁷
^{1,2,3,4,5,6,7}Hospital Saporiti. Contacto: soledad_ayora@hotmail.com

Introducción: la Campaña Nacional "100.000 corazones para un cambio saludable", organizada por el Ministerio de Salud de la Nación, se realiza en el mes de noviembre en varias provincias. En 2012, bajo el lema "La lucha contra la obesidad nos involucra a todos", se realizó la Sexta Edición de la Campaña. Para acercarnos a la comunidad, el grupo de trabajo presentó un proyecto llamado: "Del Hospital a la comunidad" para detectar y reducir factores de riesgos cardiovasculares, como obesidad, sedentarismo, diabetes, hipertensión arterial y tabaquismo.

Objetivos: determinar prevalencia de factores de riesgo cardiovascular modificables, según edad y sexo, asociando variables entre sí; promover hábitos de vida saludable, a través de consejería mediante intervención breve; captación y derivación de pacientes con factores de riesgo cardiovascular a efectores de atención primaria.

Materiales y métodos: estudio descriptivo transversal, cuantitativo. Muestra: 992 personas autoconvocadas. Análisis estadístico a través de planilla Excel, utilizando planilla prediseñada de volcado de datos personales y registro de peso, talla, IMC, tensión arterial (TA), glucemia, tabaquismo activo. Finalizado el control, el paciente recibió devolución personalizada y consejería en hábitos saludables. La campaña culminó con una caminata.

Resultados: N: 992 personas. 70% de 30 a 74 años. 60% mujeres y 40% hombres. IMC: obesidad 33%, sobrepeso 36%; de éstos, 58% mujeres y 42% hombres. 79% edades entre 30 a 74 años. 34% tabaquistas activos y 10% glucemias ≥ 126 mg/dl. Glucemia (n:713) 11% glucemias ≥ 126 mg/dl, 91% hombres. 48% asociado a valores TA ≥ 140 y/o 90 y 79% sobrepeso y obesidad. 41% fumadores activos. Tabaquismo: 32% fumadores activos, 29% entre los 30 a 44 años. 51% mujeres. 74% normotensos y 72% con sobrepeso y obesidad. 16% con glucemias ≥ 126 mg/dl. Tensión arterial: 44% TA ≥ 140 y/o 90mmHg. 50% mujeres y 50% hombres. 47% con obesidad y 39% sobrepeso. 33% fumaba. 20% glucemias ≥ 126 mg/dl. 26% entre 55 a 64 años.

Conclusiones: de la muestra, la mayor parte comprendió edades de 30 a 74 años, de sexo femenino. Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo cardiovascular modificables más importantes, asociados a tabaquismo activo, cifras de TA ≥ 140 y/o 90mmHg y glucemias ≥ 126 mg/dl. Glucemias con valores ≥ 126 mg/dl se encontraron con mayor frecuencia en el sexo masculino. El grupo etario con cifras TA ≥ 140 y/o 90mmHg fue el comprendido entre los 55 a 64 años. Con respecto a tabaquismo activo, un tercio de la muestra era fumador, sin diferenciación de sexo.

ATENCIÓN SUBÓPTIMA DE PACIENTES DIABÉTICOS EN MENDOZA

Ojeda A¹, Torres E², Ferrada P³, Cuello M⁴, Savina M⁵, Echegoyen M⁶, Bringa J⁷

^{1,2,3,4,5,6,7}Servicio de Enfermedades Endocrino Metabólicas, Hospital Central de Mendoza. Contacto: alejandra.ojeda.c@gmail.com

Introducción: la diabetes mellitus (DM) es una enfermedad de prevalencia creciente que frecuentemente genera complicaciones de carácter invalidante, por lo cual constituye un problema de salud serio. La eficacia de las estrategias de prevención depende, al menos en parte, de la calidad de atención brindada a las personas con diabetes.

Objetivos: valorar calidad de atención de pacientes diabéticos en Mendoza.

Materiales y métodos: estudio descriptivo, transversal. Cuestionario estructurado. Inclusión: pacientes mayores de 15 años con DM, evaluados en internación entre 01/06/2012 y 31/12/2013. Sólo se incluyó primera internación. Exclusión: pacientes no diabéticos o con incapacidad para ser interrogados. Análisis estadístico: Epi Info 3.5.3.

Resultados: incluimos 369 pacientes, 62,9% varones, edad $55,3 \pm 11,7$ años; 88,8% DM2. Tiempo de diagnóstico: $10,7 \pm 9,5$ años. 81,6% proveniente de Gran Mendoza. Motivos más frecuentes de internación: pie diabético (18,5%) y cardiopatía isquémica (15,5%). Control médico: 47,6% por diabetólogo, 34% por médico general y 18,4% sin controles. Complicaciones crónicas: 19,4% nefropatía diabética, 28,2% retinopatía, 8,6% amputaciones previas, 9,5% ACV, 20,4% arteriopatía periférica y 28,6% cardiopatía isquémica (CI). Educación diabetológica 19,7%, actividad física 13,2%, control odontológico 12,8%, inmunizaciones <15%. Comparación según motivos de ingreso (relacionados a DM [MIDM] vs no relacionados [MI noDM]): sin diferencia en edad, sexo, tiempo de diagnóstico. En MIDM: mayor estadía hospitalaria, cardiopatía isquémica y arteriopatía periférica. Sin diferencia en lugar de control, especialidad de médico de cabecera, control de fondo de ojo y proteinuria, antecedente de retinopatía o nefropatía. En MI noDM: mayor control odontológico y actividad física. Control

por diabetólogo (D) vs médico general (G): en G mayor edad, predominio de hombres, y antecedente de ACV (17,2 vs 6,7%). En D: mayor realización de fondo de ojo (46,8 vs 31,3%), proteinuria (36,1 vs 14%) y educación diabetológica (27,6 vs 17,2%). Sin diferencia en retinopatía, nefropatía, CI, arteriopatía periférica, tabaquismo, dislipemia, HTA, alcoholismo, uso de AAS, hipolipemiantes, actividad física, inmunizaciones.

Conclusiones: la mayoría de los pacientes proviene del Gran Mendoza; 81,6% con control habitual, descartando como causa del mal control a la falta de acceso al sistema de salud. Si bien el motivo de ingreso relacionado a DM podría vincularse con peor control previo o existencia de complicaciones, esto fue descartado. Aunque los pacientes en seguimiento por diabetólogo presentaban mejor calidad de control, éste es igualmente insuficiente.

R11

TALLERES DE APRENDIZAJE A TRAVÉS DEL ARTE PARA NIÑOS CON DIABETES Y SUS PAPÁS

Tejada M¹, Benedetti C²

^{1,2}Hospital del Niño de San Justo. Contacto: tejedanaty@yahoo.com.ar

Introducción: los niños que padecen diabetes crecen dependientes de la insulina, de la mirada y atención de su familia y de los adultos responsables que los tienen a cargo en los distintos espacios donde participan. Nos interesa pensar nuestra intervención desde la salud y no desde la patología. La utilización del juego, lo corporal, lo expresivo (pintar, dibujar, bailar) es una elección de privilegio en esta intervención en la cual el sostén, la recuperación y el fortalecimiento del cuidado forman parte fundamental del objetivo del taller. Arteterapia es una disciplina que utiliza las propiedades liberadoras, constructivas, integradoras y transformadoras de la creación plástica y el lenguaje del arte para vehicular objetivos terapéuticos.

Objetivos: rescatar los recursos de salud del niño: el gesto singular, auténtico y creador para trascender la condición de su enfermedad, mejorando su calidad de vida. Para ello, cada taller tuvo como objetivo: recuperar la cualidad de niño, motivar el autocuidado y fortalecer la identidad individual y grupal.

Materiales y métodos: con dinámica grupal de taller, de 2 horas de duración en el aula del hospital. Fueron realizados desde febrero a noviembre del 2013, una vez por mes, con participación activa de cada uno de los integrantes. De los 10 talleres, en cuatro participaron los padres con los niños. El arte (música, movimiento, plástica, juegos) es el medio para crear entre todos, descubriendo la propia capacidad de afrontamiento. Criterio de inclusión: niños/as, adolescentes de 11 a 16 años con diabetes que asisten al Consultorio de Diabetología, con escolaridad y a cargo de adulto responsable. La facilitación estuvo a cargo de la Dra. Tejada quien además de médica nutricionista infantil es profesora de Biodanza y Arteterapia; la acompañó la Lic. Benedetti, Psicóloga Infantil con experiencia en trabajos grupales con niños y sus padres.

Resultados: durante los 10 talleres que se realizaron en el año, el grupo se fue consolidando llegando a tener un mayor compromiso entre ellos como grupo, con el equipo tratante y con su propio tratamiento. Esto se reflejó en la mayor asistencia a los controles, confianza con el equipo tratante (en las entrevistas), mayor automonitoreo y aplicaciones de insulina, lo que les asegura una mejor calidad de vida.

Conclusiones: trabajar con lo saludable de cada niño los conecta con sus capacidades y posibilidades para asumir la enfermedad desde otra perspectiva, con una mirada nueva que los habilita a mejorar su calidad de vida.

R12

VIDA SALUDABLE

Aruta Escudero G¹, Cauwlaert N²

^{1,2}CIC Palmira. Contacto: gladysaruta@yahoo.com.ar

Introducción: desarrollamos un diagnóstico en la comunidad de la región, detectando un elevado índice de obesidad y sobrepeso, siendo ésta una enfermedad epidémica, endocrino-metabólica, crónica, inflamatoria, poligénica y de herencia multifactorial, heterogénea y estigmatizada, lo cual motivó la realización y abordaje de este proyecto a través de un trabajo coordinado intersectorial y multidisciplinario.

Objetivos: captar, diagnosticar y realizar el seguimiento del paciente con sobrepeso y/u obesidad, realizar tareas de promoción, prevención primaria y secundaria; fortalecer la conciencia de la obesidad como enfermedad; educar en alimentación y estilos de vida saludables.

Materiales y métodos: se inició en el año 2007; en cada consulta médica se realizó historia clínica, con diagnóstico nutricional a través del índice de masa corporal, interconsultas a especialistas, según enfermedades comórbidas. Realizando talleres psicoeducativos semanales y actividad física dos veces por semana. En

años consecutivos, integramos a nutricionista, psicóloga, servicio social, obstetra, odontólogo y la participación del equipo en la red provincial de obesidad.

Resultados: en el período 2007-2008 se controlaron 300 pacientes mayores de 40 años observando 20% con peso normal. En 2009 se realizaron 16 talleres, asistieron 72 pacientes, 48% bajó de peso. En el año 2010, efectuamos 29 talleres, participaron 99 pacientes, descendiendo + de 8 kg. 6 pacientes y + de 10 kg. 10 pacientes. El año 2011 concluimos 42 talleres con 108 pacientes: 13 descendieron 3 a 5 Kg. y 6 entre 6 a 10 Kg. En el año 2012 hicimos 45 talleres, asistieron 69 pacientes: 9 descendieron 3 a 5 Kg y tres logros importantes de 6,7, 12,9 y 20,5 Kg. En el año 2013, con bajas en el equipo de trabajo, concretamos 35 talleres: dos pacientes descendieron 3 a 5 Kg. Entre el año 2012 y el primer semestre 2013 se atendieron 1.668 pacientes en clínica médica, detectándose 374 pacientes diabéticos (18%), teniendo el 23% sobrepeso, 52% obesidad grado I, 23% grado II y 2% mórbida.

Conclusiones: la propuesta es promover el cambio de hábitos, alimentación sana, equilibrada, ejercicio físico y mente sana.

R13

¿DETERMINAMOS CLARAMENTE EN NUESTROS PACIENTES EL RIESGO DE PRESENTAR DIABETES?

Ferrada P¹, Cuello M², Ojeda A³, Savina M⁴, Torres E⁵, Echegoyen M⁶, Bringa J⁷

^{1,2,3,4,5,6,7}Servicio de Enfermedades Endocrino Metabólicas, Hospital Central de Mendoza. Contacto: paferrada@hotmail.com

Introducción: a partir de la creciente prevalencia de la diabetes mellitus (DM) a nivel mundial, como así también que el porcentaje de individuos que desconoce el diagnóstico de diabetes se acerca al 50%, contar con herramientas para el cálculo de riesgo de presentar esta enfermedad toma una vital importancia.

Objetivos: evaluar en un grupo poblacional de Mendoza, la frecuencia y distribución de riesgo de DM, utilizando el score de Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC).

Materiales y métodos: análisis transversal, observacional. Cuestionario estructurado. Criterio de inclusión: pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, sin diagnóstico previo de diabetes. Criterio de exclusión: incapacidad de responder el cuestionario. Análisis estadístico: Epi 3.5.3.

Resultados: incluimos 153 individuos, 61,4% mujeres, edad media 47,3±15,3 años. Índice de masa corporal (IMC) 29,03±5,4 Kg/m². Perímetro de cintura 98,7±13,8 cm. Diferencia significativa tanto de peso (mujer/varón: 73,1±18,2/ 95,1±54,1 Kg, p<0,05) como cintura (mujer/varón: 95,2±13,3/ 104,1±12,9 cm, p<0,05) según sexo. Consultas médicas en el último año: promedio de cinco eventos. Análisis comparativo según sexo (se expresa según relación mujer/ varón): no presentaron diferencias significativas de edad (47,6±14,8/ 46,8±16,2 años, pNS), nivel de instrucción, consultas médicas en el último año (5±4,4/ 5,2±9,5, pNS), conocimiento de la importancia de realizar actividad física periódica (96,8 vs 98,3%) o ingerir frutas o verduras diariamente (97,9 vs 98,3%). Las mujeres respondieron más frecuentemente sobre conocer qué es la diabetes. Dicho análisis no presentó diferencias significativas en el score de FINDRISC medio por sexo (12,2±5,3/ 12,25±5,9, pNS), como así tampoco la distribución por categoría de riesgo.

Conclusiones: aproximadamente un tercio de la población encuestada presentó riesgo alto o muy alto de desarrollar diabetes en los próximos 10 años, observándose que en ambos sexos el porcentaje de individuos que presentaba un perímetro de cintura menor al recomendado (mujer: 80 cm, varón: 94 cm) no superaba el 20%. Sólo 4 de 94 mujeres (4,2%) presentaron un adecuado IMC y perímetro de cintura, realizaban actividad física regularmente y consumían verduras o frutas diariamente. Dicha situación, se observó en 4 de 59 hombre (6,7%) (pNS). Es de considerar que ninguno de los individuos interrogados fue informado acerca del riesgo de presentar diabetes en forma explícita, a pesar de promediar cinco consultas a un profesional en el año previo, considerándose ello como oportunidades perdidas de establecer conductas preventivas.

R14

COMPARACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA EL DESARROLLO DE DIABETES GESTACIONAL

Argerich M¹, David R², Funez A³, Bochini A⁴, Previtera V⁵

^{1,2,3,4,5}Hospital Perrupato. Contacto: ines_argerich@hotmail.com

Introducción: los factores de riesgo (FR) frecuentemente relacionados al desarrollo de diabetes gestacio-

nal (DG) son: edad materna, IMC pregestacional, antecedente familiar de DM, de hijo macrosómico, mortalidad perinatal previa y de multigestas (>4). No está definido cuál FR tendría más peso para predisponer a DG.

Objetivos: determinar la frecuencia de observación de cada FR en pacientes con y sin DG, y evaluar cuáles son los más influyentes para padecer DG en embarazos futuros.

Materiales y métodos: 181 pacientes de entre 16 a 45 años que realizaron controles gestacionales durante el año 2013 fueron estudiadas mediante PTOG. 78 tuvieron diagnóstico negativo y 103 diagnóstico positivo para DG. Se interrogó sobre cada FR mencionado y se analizó el promedio de observación de cada uno. Se utilizó el programa SPSS.

Resultados: en pacientes sin DG (NDG) se observaron promedios de edad: 25,07; IMC: 25; 2,3 gestas; 0,11 de antecedente de aborto; 0,12 de antecedente de macrosomía y 0,3 de antecedente de DM familiar; antecedente de DG previa de 0. En pacientes con DG se observaron promedios de edad de 29,7 años; IMC 31, 3,3 gestas; 0,19% de antecedente de aborto; 0,24% de macrosomía previa; 0,7% antecedente familiar de DM y 0,08% de promedio de antecedente de DG previa.

La distribución de casos fue simétrica, el 51% abarcó un rango entre 20-30 años. El 80% de casos sin DG correspondió al grupo de 15-30 años y el 90% de la población con DG al grupo de 20-40 años. En ambos grupos la observación de DG previa, macrosomía fetal previa y antecedente de aborto fue escasa debido al gran número de primerizas. Similar cantidad de mujeres con y sin DG tuvieron aumento del IMC y antecedente familiar de diabetes.

En pacientes con DG no se encontró significancia de asociación respecto al antecedente de macrosomía, abortos, IMC >27, gestas >4 o antecedente familiar de DM, pero sí con el antecedente de haber padecido DG (p: 0,03). Se analizó por método de regresión múltiple en función de la incidencia de los FR en seis rangos de edad, con y sin DG. Se repitió la asociación de antecedentes de diabetes familiar (p:0,02) y de DG previa (p:0,03).

Conclusiones: en el grupo NDG ninguna paciente presentó antecedente de DG. En este grupo se observó menor edad e IMC. El resto de los FR presentó una menor incidencia en relación al grupo con DG. Los antecedentes de haber padecido DG y tener familiares con DM serían los factores más influyentes para padecer DG.

II JORNADAS INVIERNO 2014 IV REUNIÓN CIENTÍFICA SAD

Del 15 al 17 de agosto, Maran Suites & Towers, Paraná, Entre Ríos

PRESENTACIÓN ORAL

01

EFFECTOS BENEFICIOSOS DE LA PROTEÍNA DE SOJA DIETARIA SOBRE LAS ANORMALIDADES METABÓLICAS EN TEJIDO HEPÁTICO DE RATAS DISLIPÉMICAS INSULINO RESISTENTES

Oliva MA¹, Chicco A², Lombardo YB³

^{1,2,3}Laboratorio de estudio de enfermedades metabólicas relacionadas con la Nutrición; Cátedra Química Biológica, FBCB, UNL

Objetivos: el presente estudio analiza los efectos del reemplazo de caseína por proteína de soja dietaria sobre los posibles mecanismos involucrados en el alterado metabolismo lipídico en tejido hepático, inducido en ratas normales por ingesta crónica de una dieta rica en sacarosa (DRS).

Materiales y métodos: ratas machos Wistar recibieron durante cuatro meses DRS [%energía: 60 sacarosa, 23 aceite de maíz, 17 caseína]. Luego, la mitad de las ratas continuó con DRS, mientras que en la otra mitad la caseína fue reemplazada por proteína de soja por cuatro meses adicionales (DRS-S). Un grupo control recibió dieta control durante toda la experiencia. En el hígado se analizaron: contenido lipídico y las actividades de las enzimas claves de la lipogénesis "de novo" (FAS, ACC, G-6-P DH) y la oxidación mitocondrial y peroxisomal de ácidos grasos (CPT-1 y FAO), así como los niveles de la masa proteica del SREBP-1 y PPAR-alpha.

Resultados: en ratas alimentadas con DRS, la administración de proteína de soja: a) redujo los niveles hepáticos de triglicéridos y colesterol; b) disminuyeron los niveles de la masa proteica de la forma madura

del SREBP-1 y las actividades enzimáticas de FAS, ACC y G-6-P-DH; c) se incrementaron los niveles de masa proteica del PPAR- α y la actividad de las enzimas oxidativas CPT-1 y FAO. Estos cambios en el destino metabólico de los ácidos grasos desde la síntesis de lípidos hacia la oxidación condujeron a una reducción de la lipogénesis hepática, del contenido de triglicéridos y colesterol, y de la secreción de VLDL-Tg normalizando la dislipidemia.

Conclusiones: este estudio proporciona nueva información sobre algunos mecanismos claves relacionados con el efecto de la proteína de soja dietaria sobre el metabolismo lipídico en el tejido hepático en presencia de dislipidemia y resistencia insulínica inducida por una dieta rica en sacarosa.

PRESENTACIÓN POSTER

P2

EFFECTOS BENEFICIOSOS DE LA SEMILLA DE CHÍA DIETARIA (SALVIA HISPÁNICA L) SOBRE ASPECTOS MORFOLÓGICOS Y FUNCIONALES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN DEL TEJIDO ADIPOSITO EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE DISLIPEMIA Y RESISTENCIA INSULÍNICA

Ferreira Cordoneda M¹, D'alejandro MA,² Illesca P³, Chicco A⁴, Lombardo YB⁵

^{1,2,3,4,5}Laboratorio de estudios de enfermedades metabólicas relacionadas con la Nutrición

Introducción: ratas alimentadas crónicamente con dieta rica en sacarosa (DRS) representan un modelo de dislipidemia, resistencia insulínica (RI), disfunción del tejido adiposo (TA) y adiposidad visceral semejante en muchos aspectos bioquímico-metabólicos a los descriptos en el síndrome metabólico (SM) en humanos. El incremento de la adiposidad responde en este modelo a alteraciones morfológicas y funcionales del TA tales como: incremento de la lipogénesis, mayor lipólisis basal y menor acción insulínica, alteraciones en los niveles de adipocitoquinas y estrés oxidativo. Los macronutrientes de la dieta juegan un rol clave en el mejoramiento de los desórdenes metabólicos incluidos en el SM. De especial interés resultan los ácidos grasos poliinsaturados n-3 debido a los efectos beneficiosos que ejercerían sobre los componentes del SM. La semilla de chía (Salvia hispánica L: rica en ácido α -linolénico) corrige la dislipidemia y RI en los animales alimentados con DRS.

Objetivos: evaluar en estos animales el efecto de la sustitución de la grasa dietaria: aceite de maíz-AM por semilla de chía sobre: a) características morfométricas y metabólicas en TA epididimal; b) niveles de citoquinas y peroxidación lipídica en plasma.

Materiales y métodos: ratas Wistar recibieron durante tres meses DRS (62,5%p/p). Luego, la mitad de los animales continuó consumiendo DRS mientras que en la otra mitad el AM se reemplazó por semilla de chía durante tres meses adicionales. El grupo control recibió dieta control durante seis meses. Se determinó: a) en plasma: niveles de Triglicéridos (Tg), AGNE, glucosa, insulina, leptina, TNF- α , IL-6 y TBARS; b) en TA: índice de adiposidad visceral y actividad de enzimas lipogénicas; c) en adipocitos aislados: volumen, número, distribución celular y contenido de Tg, lipólisis y acción de la insulina.

Resultados: la semilla de chía: a) corrige la dislipidemia, hiperglucemia, RI y niveles plasmáticos de leptina, TNF α e IL-6 y reduce los niveles de TBARS ($p < 0,05$); b) normaliza la lipólisis basal y acción de la insulina ($p < 0,05$); c) reduce la adiposidad visceral, la hipertrofia de los adipocitos ($p < 0,01$) y mejora la alterada distribución celular; d) en TA normaliza/mejora las actividades de las enzimas sintetasa de ácidos grasos, glucosa-6-P dehidrogenasa, acetil-CoA carboxilasa y enzima málica ($p < 0,05$).

Conclusiones: estos resultados muestran algunos mecanismos asociados al efecto beneficioso de la semilla de chía sobre la desregulación del TA y adiposidad observada en un modelo de dislipidemia y RI inducido por administración de una DRS.