

Objetivos: Conocer las características basales y el estado cognitivo de los sujetos con DM2 en tratamiento con múltiples dosis de insulina que inician la MCG en un Hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se incluyeron de forma prospectiva pacientes mayores de 65 años con DM2 que iniciaron el uso de la MCG tras un programa educativo en el Hospital Universitario Vall d'Hebron. Los criterios de exclusión fueron: a) Diagnóstico previo de demencia/enfermedad neurodegenerativa; b) Retinopatía diabética (RD) proliferativa o no proliferativa severa; c) Uso previo de la MCG. Para el screening de deterioro cognitivo se realizó el test MoCA y se evaluó la sensibilidad a la retina mediante microperimetria.

Resultados: Se reclutaron 89 pacientes: 53% hombres, edad media de $74,5 \pm 0,64$ años, con un tiempo de evolución de la DM2 de $21,02 \pm 0,93$ años y un IMC medio de $28,99 \pm 0,48$. El 71,16% tenía complicaciones de la DM2, siendo la enfermedad renal crónica la más prevalente con un 46%, seguida de RD leve (27%), polineuropatía (22%) y cardiopatía isquémica (29%). En relación al estado cognitivo de los pacientes, en el cuestionario MoCA un 67,47% presentó una puntuación < 26 (puntuación media de $22,16 \pm 0,50$). Además, hallamos una correlación significativa entre la sensibilidad de la retina medida por la microperimetria y la puntuación del cuestionario MoCA ($r = 0,4$; $p = 0,003$). En cuanto a los datos glucométricos, observamos un control metabólico aceptable (HbA_{1c} : $7,80 \pm 0,1,2\%$ y tiempo en rango: $64,11 \pm 2,28\%$).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la población con DM2 mayor de 65 años candidata a iniciar MCG presenta una elevada prevalencia de deterioro cognitivo. Este dato es de gran relevancia para individualizar el tratamiento e iniciar la MCG mediante programas educativos especializados.

CO-027. NT-PROBNP COMO HERRAMIENTA PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE PROGRESIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: IMPACTO EN EL MANEJO

S. López-Zacárez, L. García de Guadiana, A. Esteban-Flores, J. Moore, J. Flores-Torrecillas, A. Claudiu Coman y A. Cebrián-Cuenca

Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo, Cartagena, España.

Introducción: Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tienen un alto riesgo de desarrollar insuficiencia cardiaca (IC). Recientemente, la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) ha recomendado la medida de NT-proBNP en pacientes con DM2 para la identificación del riesgo elevado de progresión de la IC, mediante la detección del “estrés cardiaco”, concepto introducido para identificar individuos asintomáticos con factores de riesgo, como la DM2, y concentraciones elevadas de péptidos natriuréticos. En este estudio, describimos las concentraciones séricas de NT-proBNP en una población de pacientes con DM2 sin diagnóstico previo de IC para evaluar la presencia de estrés cardiaco y valoramos el impacto de su medida en este grupo de pacientes.

Material y métodos: Estudio transversal unicéntrico en el que se reclutaron pacientes asintomáticos con DM2 sin diagnóstico conocido de IC. En todos ellos se extrajo una muestra de sangre como parte del seguimiento habitual de este tipo de pacientes, en la que se midió la concentración sérica de la NT-proBNP mediante un ensayo de electroquimioluminiscencia en el analizador Cobas e801 (Roche Diagnostics). Los pacientes fueron clasificados en base a los puntos de corte estratificados por edad recomendados por la ESC (estrés cardiaco muy improbable: ≤ 50 pg/mL; estrés cardiaco improbable: zona gris; estrés cardiaco probable: < 50 años: ≥ 75 pg/mL; 50-74 años: ≥ 150 pg/mL; ≥ 75 años: ≥ 300 pg/mL).

Resultados: La población de estudio incluyó 126 pacientes con DM2 sin clínica y sin diagnóstico de IC, [edad mediana (AIQ): 72 (14)

años; sexo varón: 76 (60,3%); tiempo de evolución mediana (AIQ): 11,9 (12) años]. Los porcentajes de pacientes con hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, dislipemia, obesidad y enfermedad cardiovascular fueron 69%, 71,4%, 81,7%, 46,8% y 22,2%, respectivamente. La concentración mediana (AIQ) de NT-proBNP fue 70 (160) pg/mL. De acuerdo a los puntos de corte estratificados por edad para la detección del estrés cardiaco, 45 (35,7%) pacientes fueron clasificados como “estrés cardiaco muy improbable”, cuyo manejo incluye la repetición de NT-proBNP al año, 57 (45,2%) como “estrés cardiaco improbable”, en los que se recomienda repetir la medida a los 6 meses, y 24 (19,1%) como “estrés cardiaco probable”, candidatos para ecocardiograma.

Conclusiones: De acuerdo a las concentraciones de NT-proBNP, casi una quinta parte de los pacientes con DM2 sin clínica o diagnóstico de IC, presentan un elevado riesgo de desarrollo de IC, estando indicada la realización de un ecocardiograma y valorar el inicio precoz de estrategias efectivas para prevenir o retrasar la progresión a los estadios más avanzados de la enfermedad.

CO-028. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN INICIALMENTE INCLUIDA EN UN NUEVO PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE LA DIABETES NO TIPO 1 EN EL ADULTO JOVEN (DM JOVEN)

M. Mateu Salat^a, A.J. Blanco Carrasco^a, A. Jiménez^{a,b}, C. Viñals^a, Z. Herreras^c, A. Altés^d y E. Ortega^{a,b}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Instituto de Enfermedades Digestivas y Metabólicas, Hospital Clínic de Barcelona, España. ^bCIBER-OBN, ISCIII, Barcelona, España. ^cCAP Comte Borrell, CAPSBE, Barcelona, España. ^dCAP Sants, Institut Català de la Salut, Barcelona, España.

Objetivos: El nuevo programa asistencial “DM JOVEN” busca mejorar la atención en adultos jóvenes mediante un abordaje precoz, estandarizado e intensivo. Mediante un fenotipado exhaustivo, evaluación del riesgo cardiovascular y la implementación de tratamiento integral, pretendemos reducir las comorbilidades a largo plazo. Describimos las características de los primeros pacientes incluidos.

Material y métodos: El programa se ha implementado en colaboración entre un hospital terciario y los equipos de atención primaria de su área. Se incluyen pacientes de 18-55 años diagnosticados de diabetes antes de los 50. Incluye un itinerario de educación digital y otro híbrido para pérdida ponderal intensiva, integrados en el programa electrónico asistencial y el entorno de salud del paciente. La valoración inicial incluye una evaluación clínica, bioquímica y ecografía carotidea. Se valora el patrón alimentario con PrediMed17p y calidad de vida con DQOL.

Resultados: De los 63 primeros pacientes incluidos, 23 (36,5%) eran mujeres, con una edad mediana (Q1-Q3) de 44 (37-50) años, edad al diagnóstico de 36 (31-42) años y una evolución de 3 (1-8). El antecedente fue diverso: 57% europeo, 13% asiático oriental y 18% latinoamericano. Los datos antropométricos, de laboratorio, cuestionarios y relativos al tratamiento se muestran en la tabla, donde destaca una elevada prevalencia de obesidad (28%). La mayoría de pacientes tenían mal control: 51% $HbA_{1c} \geq 7\%$, 44% $LDL > 100$ mg/dL, 60,7% triglicéridos > 150 mg/dL y 52,8% PAS > 130 mmHg. Se realizó ecografía carotidea en 36 pacientes, identificándose aterosclerosis preclínica en 9 (25%), con una mediana de 3 (2-3) placas. Se diagnosticaron un caso de diabetes secundaria a acromegalia y uno de MODY-HNF1A. Incluimos 7 pacientes en el programa intensivo de pérdida ponderal.

Conclusiones: La población con DM JOVEN en nuestro entorno presenta un antecedente diverso, mal control glucémico y metabólico, alta prevalencia de obesidad y significativa carga aterosclerótica.

Tabla CO-028

Antropometría		Laboratorio	
Peso (kg)	82 (70-101)	HbA _{1c} (%)	7 (6,5-7,4)
IMC (kg/m ²)	30,2 (26,7-34,9)	Colesterol total (mg/dL)	177 (165-203)
Sobrepeso*	18%	HDL (mg/dL)	45,5 (35-57,5)
Obesidad grado 1*	16%	LDL (mg/dL)	99 (76-119)
Obesidad grado 2*	4%	Triglicéridos (mg/dL)	181 (134-239)
Obesidad grado 3*	8%	FGe (mL/min/1,73 m ²)	90 (90-90)
Cintura (cm)	103,5 (93-118)		
PAS (mmHg)	130 (118-140)		
Cuestionarios		Tratamiento diabetes	
Predimed 17p	8 (6-9)	Sin terapia farmacológica	4 (6,4%)
DQOL		Metformina	43 (68,3%)
Satisfacción	40 (33-46)	Sulfonilureas	1 (1,6%)
Impacto	30 (25-36)	iSGLT2	19 (30,2%)
Social	13 (10-17)	iDPP4	6 (9,5%)
Preocupación	9 (6-11)	Glinidas	1 (1,6%)
		Pioglitazona	2 (3,2%)
		aGLP1	18 (28,6%)
		Insulina	9 (30,2%)
		Otros tratamientos	
		Hipolipemiantes	53 (84,1%)
		Hipotensor	52 (82,5%)

Datos expresados en Mediana (Q1-Q3) o n (%). *Según puntos de corte occidentales.

Estas características refuerzan la necesidad de generar programas específicos que aborden de una manera temprana el tratamiento basándose en la necesidad de conseguir una reducción del peso y una estrategia decidida de prevención cardiovascular.

CO-029. RELACIÓN DEL PENFIGOIDE AMPOLLOSO CON EL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE DIPEPTIDIL PEPTIDASA IV (IDPP4) O GLIPTINAS

M.Á. Vélez Romero^a, C. Vázquez Martínez^a
y O. González Albarrán^b

^aHospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

^bHospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: El uso de gliptinas (IDPP4) se relaciona con la aparición de penfigoide ampolloso (PA). El PA se produce con mayor frecuencia en población anciana (media de edad 80 años) siendo los IDPP4 ampliamente recomendados en este grupo por su seguridad. **Hipótesis:** Entre los pacientes con PA, la prevalencia de DM en tratamiento con IDPP4 es más elevada a la esperada en la población general de individuos con DM.

Material y métodos: Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados histológicamente de PA entre 2003 y 2018. Nivel de significación estadística $p < 0,05$. Se realizó una prueba binomial respecto a los datos de la población: DM en población anciana: 21,95% (estudio Di@betes de 2012). Informe de anti-diabéticos (ADO) de la AEMPS de 2015: Dosis habitante día (DHD) de IDPP4 solos y en combinación con metformina: 13,79 DHD del total de DHD de ADO (19,7%). El porcentaje de DHD de cada IDPP4 (solo

y combinado con metformina): sitagliptina: 49,7%; vildagliptina: 32,6% y linagliptina 11,89%.

Resultados: Hubo 198 casos de PA, 108 (54,5%) hombres y 90 (45,5%) mujeres con una edad media de 79,38 años (DE 11,54 años). 86 tenían DM (43,43%), de ellos había 56 hombres (65,1%) y 30 mujeres (34,9%) ($p = 0,007$). Los fármacos más utilizados fueron la metformina en 52/84 (61,9%), iDPP4 en 52/84 (61,9%), sulfonilureas en 15/86 (17,4%) y glinidas en 9/85 (10,6%). De los 52 con iDPP4 hubo 24/52 (46,15%) con vildagliptina, 18/52 (34,62%) con linagliptina, 9/52 (17,31%) con sitagliptina y 1 de 52 (1,92%) con saxagliptina. El tiempo medio desde el inicio de iDPP4 hasta el diagnóstico de PA fue de 22,76 meses (DE 21,92) con un rango de 0 a 96 meses. La proporción observada de DM es de 43% frente a la esperada de 21,95% ($p < 0,001$). La proporción observada de iDPP4 fue de 61% frente a la proporción esperada de 19,7% ($p < 0,001$). Respecto al tipo de iDPP4, solo y en combinación con metformina, se observa una mayor proporción de pacientes en tratamiento con vildagliptina y linagliptina (tabla).

Contraste de frecuencia (prueba binomial)

Variable	Proporción en el estudio	Proporción en la población	Significación
Vildagliptina	46%	32,6%	$p = 0,001$
Linagliptina	30%	11,89%	$p < 0,001$
Sitagliptina	17%	49,7%	$p < 0,001$

Conclusiones: La elevada prevalencia de DM en pacientes con PA probablemente sea en relación con el tratamiento con iDPP4. La