

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

vildagliptina y la linagliptina son los iDPP4 que más frecuentemente se encuentran pautados en pacientes con PA a pesar de ser la sitagliptina el más prescrito en la población. La aparición de PA debe ser identificada como un posible efecto secundario del tratamiento con iDPP4 interrumpiendo dicho tratamiento de forma cautelar.

CO-030. REMISIÓN DE LA DIABETES TIPO 2 MEDIANTE UN PROGRAMA ESTRUCTURADO DE MODIFICACIÓN DE ESTILO DE VIDA EN 6 COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS: DATOS PRELIMINARES DEL PROGRAMA PILOTO “CARE4DIABETES” (CUIDA TU DIABETES-C4D)

E. Llaneza Suárez^a, L. Vázquez Salvi^b, C. Venturi Monteagudo^c, R. Rodríguez Acuña^d, P. Urones Cuesta^e, N. Prieto Santos^f y M. Escribano Santamarina^g

^aFICYT, Oviedo, España. ^bServicio de Endocrinología, Diabetes y Nutrición, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. ^cFUNDESLALUD, Mérida, España. ^dFundación Progreso y Salud, Sevilla, España. ^eServizo Galego de Saúde, Santiago de Compostela, España. ^fMinisterio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, España. ^gConsejería de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España.

Introducción: El estilo de vida es fundamental en el tratamiento de la diabetes tipo 2 (DM-2) asociándose con una mejoría del control glucémico, la prevención de complicaciones y un incremento de la calidad de vida. Estudios recientes sugieren la posibilidad de reducción de fármacos antihiperglucemiantes, principalmente cuando los hábitos adquiridos resultan en pérdidas de peso significativas. CARE4DIABETES (C4D) consiste en la implementación en 12 países europeos de una buena práctica en estilo de vida. Las comunidades españolas participantes son: Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Extremadura y Galicia.

Objetivos: Evaluar de forma preliminar la remisión de la DM-2, definida como la consecución de una $\text{HbA}_{1c} < 6,5\%$ durante más de 3 meses tras haber suspendido cualquier medicación para el control de la glucosa, en los participantes españoles del estudio cuasiexperimental C4D.

Material y métodos: C4D se basa en un entrenamiento teórico-práctico impartido de forma grupal por un equipo multidisciplinar dentro de un programa estructurado de estilo de vida enfocado en el abordaje de 4 pilares: alimentación, actividad física, sueño y relajación, durante 6 meses de manera intensiva a través de 5 sesiones que pueden tener lugar en formato presencial o digital. Se realizan analíticas de control en el momento basal y a los 6 meses. Una guía de desescalada de medicación consensuada por los clínicos especialistas está disponible para los diferentes equipos terapéuticos. Así mismo, se hace uso de monitorización continua de glucosa (FreeStyle Libre 2) en determinados períodos de la intervención para tomar decisiones respecto a modificaciones sobre el tratamiento antihiperglucemante.

Resultados: Noventa y dos pacientes ($N = 92$), 46,7% mujeres ($N = 43$), edad $60 \pm 9,24$ años, con DM-2 y en tratamiento con, al menos una medicación antihiperglucemante, participaron en el primer piloto del programa C4D en España. Su HbA_{1c} inicial fue $6,57 \pm 0,96\%$. Tenían una duración de la enfermedad de $5,14 \pm 4,75$ años y su IMC era $30,7 \pm 4,29 \text{ kg/m}^2$. A los 6 meses la HbA_{1c} fue $6,37 \pm 0,85\%$ ($p < 0,01$) y su IMC $29,4 \pm 4,16 \text{ kg/m}^2$ ($p < 0,01$). En total, diecisésis participantes ($N = 16$) (17,4%) finalizaron la intervención sin tratamiento para el control de la glucosa, catorce de ellos ($N = 14$) (15,2%) manteniendo un $\text{HbA}_{1c} < 6,5\%$ sin tratamiento farmacológico.

Conclusiones: La modificación de estilo de vida mediante el programa multifocal C4D mostró de forma preliminar mejorar la HbA_{1c} y conseguir la remisión de la DM-2 a los 6 meses en un grupo signifi-

cativo de pacientes con sobrepeso/obesidad y con corto tiempo de evolución de la diabetes, debido, probablemente en parte, a una reducción significativa de peso corporal. Se necesita un seguimiento más largo para evaluar la duración de esta remisión y caracterizar a los pacientes con más probabilidades de conseguirla.

COMUNICACIONES ORALES 06: MISCELÁNEA 1

CO-031. PÉRDIDA DE PESO PRECOZ Y PARÁMETROS CARDIOMETABÓLICOS EN LOS PARTICIPANTES TRATADOS CON TIRZEPATIDA EN SURMOUNT 1-2

P. Casado^a, T. Thethi^b, A. Kokkinos^c, M. McKean-Matthews^d, C.J. Lee^d, L.M. Neff^d, C.J. Mast^d, Á. Rodríguez^d, A. Stefanski^d y A. Bartee^d

^aEli Lilly and Company, Alcobendas, España. ^bAdventHealth, Translational Research Institute and AdventHealth Diabetes, Obesity and Endocrinology Institute, Orlando, EE. UU. ^cFirst Department of Propaedeutic Internal Medicine, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Laiko General Hospital, Atenas, Grecia. ^dEli Lilly and Company, Madrid, España.

Introducción: Tirzepatida (TZP) conllevó una pérdida de peso y una mejora de los parámetros cardiometabólicos (PC) significativas en los ensayos SURMOUNT (SM)-1 y SM-2. El objetivo era evaluar si una pérdida de peso precoz se relacionó con una mayor mejora de los PC en los pacientes tratados con TZP en SM-1-2.

Material y métodos: Los análisis retrospectivos incluyeron participantes tratados con TZP, con obesidad o sobrepeso y ≥ 1 complicación relacionada con el peso en SM-1 ($n = 1.775$) y con diabetes tipo 2 en SM-2 ($n = 609$) categorizados como con respuesta precoz (reducción de peso $\geq 5\%$) o sin respuesta precoz (reducción de peso $< 5\%$) en la semana 8. Los análisis emplearon la estimación de eficacia y evaluaron las variables basadas en el análisis de la varianza y en la regresión logística.

Resultados: En SM-1, los participantes con respuesta precoz ($n = 1.103$, 62,1%) presentaron beneficios significativamente mejores en el peso corporal (P) y los PC desde la situación inicial (SI) hasta la semana 72 (S72) en comparación con aquellos sin respuesta precoz ($n = 672$, 37,9%): P (-23,3 frente a -14,6%, $p < 0,001$), presión arterial sistólica (PAS) (-9,8 frente a -5,6 mmHg, $p < 0,001$), presión arterial diastólica (PAD) (-6,0 frente a -4,2 mmHg, $p < 0,001$), triglicéridos (TG) (-30,9 frente a -23,0%, $p < 0,001$), HDL (10,0% frente a 3,8%, $p < 0,001$) y ALT (-31,1 frente a -25,1%, $p < 0,001$). En SM-2, aquellos con respuesta precoz ($n = 247$, 40,6%) lograron una mayor reducción en HbA_{1c} desde la SI hasta la S72 en comparación con aquellos sin respuesta precoz ($n = 362$, 59,4%) (-2,5 frente a -2,0%, $p < 0,001$), con una mayor proporción de consecución de $\text{HbA}_{1c} < 5,7\%$ (69,7 frente a 41,2%). Aquellos con respuesta precoz presentaron mejoras significativamente mayores en los PC desde la SI hasta la S72 frente a aquellos sin respuesta precoz: P (-20,0 frente a -10,8%, $p < 0,001$), PAS (-8,4 frente a -6,2 mmHg, $p = 0,04$), PAD (-3,7 frente a -2,0 mmHg, $p = 0,012$), TG (-34,5 frente a -23,9%, $p < 0,001$), HDL (13,4 frente a 4,8%, $p < 0,001$) y ALT (-38,7 frente a -28,4%, $p < 0,001$).

Conclusiones: En SM-1-2, los participantes tratados con TZP con obesidad o sobrepeso lograron una reducción de peso y una mejora de los PC significativas en comparación con la SI, con independencia de la categoría de reducción de peso precoz; sin embargo, en estos