

aunque, su menor IMC (índice de masa corporal), la necesidad temprana de insulina y la presencia de autoinmunidad suele distinguirla. La identificación es importante ya que el pronóstico y el tratamiento son diferentes. Presentamos 47 pacientes con nuevo diagnóstico de DM LADA, etiquetados previamente como DM2 y que acudieron a Hospital de día de Endocrinología por mal control glucémico.

Objetivos: Diagnosticar pacientes con DM LADA a través de los anticuerpos anti-GAD en pacientes con características clínicas susceptibles que han acudido a Hospital de día de Endocrinología por mal control de su enfermedad.

Material y métodos: Estudio observacional transversal analítico realizado en un hospital de nivel B durante 2023 y 2024. Se registraron las siguientes variables: sexo, edad, raza, IMC, antecedentes familiares de DM, tipo de tratamiento prescrito, tiempo medio hasta el diagnóstico, hemoglobina glicosilada inicial y posterior al diagnóstico correcto tras ajuste del tratamiento.

Resultados: Durante los años 2023 y 2024 se rediagnosticaron un total de 47 pacientes (43,75% hombres, 56,25% mujeres) con un promedio de edad de 47 años ($\pm 12,9$), con un IMC de 24 ($\pm 4,23$) que acudieron con una hemoglobina glicosilada promedio de $9,12\% \pm 2,19$ (rango: 6-15,6%). La mayoría de ellos (70%) estaban siendo tratados con antidiabéticos orales y un 30% con pauta de insulina basal-bolo. El 80% de los pacientes eran caucásicos y un 76% no tenía antecedentes familiares de diabetes. El tiempo medio hasta el diagnóstico correcto fue de 6,4 años $\pm 7,54$. La hemoglobina glicosilada promedio tras el diagnóstico correcto y ajuste del tratamiento fue de $7,28\% \pm 1\%$ (rango: 4,8-10,10%) con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$, test de Whitney), magnitud del efecto alta (test de Cohen: 1,09) y clínicamente relevante.

Conclusiones: Es importante sospechar de DM LADA en aquellos pacientes con características clínicas de DM 2 que sean jóvenes, de origen caucásico, sin obesidad o sobrepeso, sin antecedentes familiares de DM2 y mal control a pesar del tratamiento inicial. El diagnóstico comporta una revaloración y ajuste del tratamiento claramente beneficioso en el control de la enfermedad.

P-073. ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES RELACIONADAS CON ADIPOSIDAD Y ATEROESCLEROSIS CAROTÍDEA PRECLÍNICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1

C. Figueredo, C. Viñals, I. Conget, K. Castillo, I. Vinagre, M. Giménez y A.J. Amor

Hospital Clínico de Barcelona, España.

Introducción y objetivos: El exceso de adiposidad es cada vez más frecuente en la población con diabetes tipo 1 (DT1), si bien su asociación con la aterosclerosis ha sido escasamente evaluada. Nuestro objetivo fue determinar la asociación entre diferentes variables de adiposidad y la presencia de aterosclerosis preclínica en pacientes con DT1.

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes con DT1 sin ECV previa, sometidos a un programa específico de evaluación del riesgo cardiovascular, que incluye la realización de una ecografía carotídea. Se analizaron los siguientes parámetros de adiposidad: índice masa corporal (IMC), perímetro cintura (Pcin), ratio cintura/altura (WtHR) y ratio cintura/cadera (WHR), estimación de la grasa corporal por la fórmula CUN-BAE (Clínica Universidad de Navarra), índice cintura-triglicéridos (WTI), y la estimación de la sensibilidad a la insulina con la tasa estimada de eliminación de glucosa (eGDR) y la fórmula SEARCH-IS.

Resultados: Se incluyó a $n = 884$ individuos (51,4% mujeres, edad $47,8 \pm 10,8$ años, evolución de diabetes $26,6 \pm 10,7$ años). La prevalencia de sobrepeso/obesidad por IMC fue del 41,7%/16% y un 38% presentó placas carotídeas. En la tabla se muestran las características de los pacientes según la aterosclerosis. Respecto a los parámetros de adiposidad, todos presentan una asociación significativa con el número de placas, excepto el IMC y la fórmula CUN-BAE. No obstante, tras ajustar por diferentes variables confusoras (factores de riesgo cardiovascular clásicos y específicos de DT1), únicamente aquellos parámetros asociados a obesidad disfuncional mantuvieron su relación independiente con la presencia de placa (eGDR, OR 0,90 [0,82-0,99]; SEARCH-IS, 0,53 [0,29-0,97]; y WTI, 1,004 [1,0-1,008]; $p < 0,05$ para todas).

Tabla P-073

	No placa (n = 546)	1 placa (n = 145)	≥ 2 placas (n = 193)	p tendencia
Mujeres	55,5	45,5	44,0	0,003
Edad (años)	$43,9 \pm 9,5$	$51,1 \pm 10$	$56,2 \pm 9$	$< 0,001$
Evolución DT1 (años)	$25,2 \pm 9,7$	$28,7 \pm 11$	$28,9 \pm 12,6$	$< 0,001$
Hipertensión	15,4	26,2	41,5	$< 0,001$
Tabaquismo activo	23,8	21,4	37,3	0,001
Retinopatía	32,6	38,6	39,9	0,047
Enfermedad renal	7,9	5,5	13,5	0,046
Uso estatinas	26,7	41,4	54,4	$< 0,001$
HbA _{1c} (%)	$7,3 \pm 0,9$	$7,6 \pm 1$	$7,6 \pm 0,9$	$< 0,001$
Triglicéridos (mg/dL)	80 ± 41	87 ± 47	97 ± 46	$< 0,001$
IMC (kg/m ²)	$25,10 \pm 4,28$	$26,06 \pm 3,99$	$26,63 \pm 4,38$	0,077
Pcin (cm)	$89,65 \pm 12,32$	$92,35 \pm 12,38$	$94,86 \pm 13,02$	$< 0,001$
WHR	$1,12 \pm 0,18$	$1,15 \pm 0,2$	$1,18 \pm 0,18$	$< 0,001$
CUN-BAE (%)	$31,71 \pm 7,83$	$31,54 \pm 7,62$	$32,75 \pm 7,75$	0,108
WtHR	$0,53 \pm 0,07$	$0,55 \pm 0,07$	$0,56 \pm 0,07$	$< 0,001$
eG (mg/Kg/min)	$9,11 \pm 1,89$	$8,17 \pm 2,16$	$7,45 \pm 2,06$	$< 0,001$
SEARCH-IS	$1,92 \pm 0,32$	$1,83 \pm 0,32$	$1,75 \pm 0,33$	$< 0,001$
WTI	$82,47 \pm 47,22$	$91,14 \pm 54,71$	$105,73 \pm 56,85$	$< 0,001$

Media \pm desviación estándar o porcentaje.

Conclusiones: En pacientes con DT1 los parámetros relacionados con adiposidad, en especial los que reflejan mayor disfunción del tejido adiposo (asociados a insulinoresistencia y/o dislipemia) se asocian de forma independiente con la aterosclerosis preclínica.

07. TRATAMIENTO DIABETES TIPO 2

P-074. IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON ISGLT2 EN LA SALUD METABÓLICA Y RENAL DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE USUARIOS QUE TOMAN Y LOS QUE NO TOMAN EL FÁRMACO EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

I. García Herrero^a, M.D. García García^b, D. Sánchez Fenollar^a, I. Río Moso^c, C. García Giménez^d, A.B. García Fernández^a y M.D. Carrillo García^a

^aEAP San Antón, Cartagena, España. ^bEAP Orihuela Costa, Orihuela, España. ^cEAP Torre Pacheco Este, Torre Pacheco, España. ^dHospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, España.

Introducción: Ante las nuevas indicaciones de los iSGLT2 para pacientes con diabetes tipo 2 y aquellos sin diabetes, se busca determinar si el uso de estos fármacos es más beneficioso en términos de índice de masa corporal (IMC) y función renal en comparación con otros antidiabéticos orales (ADO).

Objetivos: El objetivo principal es evaluar si el tratamiento con iSGLT2 mejora el IMC, la HbA_{1c}, el filtrado glomerular y la creatinina, así como identificar el perfil del paciente ideal para iniciar este tratamiento.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de cohortes en el centro de salud de San Antón, incluyendo a 238 pacientes diabéticos en tratamiento solo con ADO, divididos en dos grupos: 124 pacientes que toman iSGLT2 (n1) y 114 que no lo toman (n2). Se registraron valores de IMC, HbA_{1c}, filtrado glomerular y creatinina durante los años 2023/24.

Parámetro	Con iSGLT2	Sin iSGLT2	Diferencias clave
IMC	29,6	28,93	Mayor en el grupo con iSGLT2
Creatinina	00,93	0,93	Igual en ambos grupos
Filtrado glomerular	77,28	75,31	Ligeramente mayor con iSGLT2
HbA _{1c}	7,42	6,77	Mejor control sin iSGLT2
Tendencia IMC	-0,08	+0,05	Reducción significativa con iSGLT2
Tendencia creatinina	-1	-0,03	Mayor reducción con iSGLT2
Tendencia filtrado	-1,91	+3,1	Filtrado empeora con iSGLT2
Tendencia HbA _{1c}	-0,5	+0,2	Mayor reducción con iSGLT2

Resultados: 1. Pacientes que usan iSGLT2: IMC: se observó una ligera reducción del IMC, aunque algunos permanecen en rangos de obesidad. Se recomienda implementar estrategias de manejo del peso. En cuanto a HbA_{1c}: la mayoría mostró estabilización o mejoría

en el control glucémico, aunque algunos no alcanzaron el objetivo. Se sugiere revisar la adherencia al tratamiento. En lo referente a función renal: Se mantuvo una función renal más estable, con algunas mejoras en el filtrado glomerular, aunque persisten casos de deterioro. Se recomienda monitorear el filtrado glomerular. 2. Pacientes que no usan iSGLT2: El IMC se mantuvo elevado sin cambios significativos. Se sugiere considerar la introducción de iSGLT2 en estos pacientes. HbA_{1c}: mayor variabilidad en los valores de HbA_{1c}, con algunos pacientes mostrando empeoramiento. Se recomienda reevaluar los esquemas de tratamiento. Función renal: Mayor deterioro en el filtrado glomerular y aumento de creatinina. Se aconseja incluir iSGLT2 en pacientes con riesgo de progresión renal.

Conclusiones: 1. El tratamiento con iSGLT2 parece tener un impacto positivo en el control glucémico, el peso corporal y la función renal en la mayoría de los pacientes, aunque se requieren ajustes en casos específicos. 2. Los pacientes que no utilizan iSGLT2 presentan peores resultados en HbA_{1c} y función renal, por lo que se debe considerar su inclusión en el tratamiento. 3. Es fundamental realizar un monitoreo continuo de HbA_{1c}, IMC y función renal en ambos grupos para ajustar el tratamiento de manera oportuna. 4. Necesitamos nuevos estudios que eliminen el sesgo de no ser primera opción terapéutica.

P-075. CERCANÍA A LA NORMOGLUCEMIA Y REGRESIÓN DE LA INSULINA INDUCIDAS POR TIRZEPATIDA EN DIABETES TIPO 2 TRATADA CON INSULINA BASAL

N. Duque^a, J. Rosenstock^b, S. Tofe^c, C. Wysham^d, V.T. Thieu^e, J. Kiljanski^e, C.J. Lee^e, H. Wang^f y H. Patel^e

^aEli Lilly and Company, Alcobendas, España. ^bVelocity Clinical Research at Medical City, EE. UU. ^cUniversity Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, España. ^dRockwood Clinic, EE. UU. ^eEli Lilly and Company, Indianapolis, EE. UU. ^fTechData Service Company LLC, EE. UU.

Introducción: En el estudio SURPASS-6, la adición de tirzepatida a la insulina basal glargina 100U en participantes con diabetes tipo 2 (DT2) de larga duración e inadecuadamente controlados mejoró sustancialmente la HbA_{1c} y el peso corporal. Evaluamos el grado de reducción de la dosis de insulina y la eficacia y la seguridad de tirzepatida en pacientes con dosis de insulina residual en la semana 52.

Material y métodos: Se entiende por «Regresor de insulina» la interrupción del tratamiento con insulina basal o el uso de < 10 UI/día y «No regresor de insulina» el uso de ≥ 10 UI/día, a las 52 semanas. Solo se incluyeron los participantes en tratamiento con tirzepatida en la semana 52 (cumplimiento ≥ 75%) sin medicación de rescate. Los análisis de eficacia emplearon un modelo mixto para medidas repetidas.

Resultados: En resumen, se incluyeron 145 y 496 participantes en tratamiento con tirzepatida en el grupo Regresor de insulina y en el grupo No regresor de insulina, respectivamente. En la situación inicial, la media de edad era de 58,4 frente a 58,2 años y la media de la dosis basal de insulina era de 40 (38-43 IC al 95%) frente a 50 (48-51 IC95%) UI/día. En la semana 52, la media de la dosis basal de insulina era de 0,4 (0,3-0,5 IC95%) y 32 (30-33 IC95%) UI/día en el grupo Regresor de insulina y en el grupo No regresor, respectivamente. Desde la situación inicial hasta la semana 52, en el grupo Regresor de insulina y en el grupo No regresor, respectivamente, la media de HbA_{1c} del 8,5% y 8,9% se redujo al 5,9% y 6,7% (cambio desde la situación inicial del -2,6% y -2,2%, respectivamente), mientras que la media de peso se redujo sustancialmente desde 87,5 y 92,0 kg hasta 71,3 y 84,3 kg (cambio desde la situación inicial de -16,1 kg y -7,7 kg, respectivamente). Desde la situación inicial hasta la semana 52, la media de glucosa sérica en ayunas descendió desde 139 a 107 mg/dl en el grupo Regresor de insulina y desde 164 hasta 120 mg/dl en el grupo No regresor de insulina (cambio respecto a la situación inicial de -32 y -44 mg/dl, respectivamente). La hipoglucemia clínica