

técnica de administración, revisar las zonas de administración de insulina y reconocer las lipodistrofias para evitarlas.

P-116. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ATENDIDAS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

I. Rojas Fernández, C. Viñals, A. Altès, J. Altès, A. Jiménez, E. Ortega y M. Giménez

Unidad de Lípidos y Riesgo vascular, Unidad de Diabetes, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, España.

Introducción y objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) es un importante problema de salud pública con elevado impacto en morbilidad y mortalidad, constituyendo la diabetes tipo 2 (DM-2) uno de los principales factores etiológicos. Los objetivos del estudio fueron: establecer la prevalencia de ERC asociada a DM-2 en la población atendida en el centro de atención primaria, caracterizar al grupo de personas con DM-2 y ERC, y evaluar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados y el grado de control metabólico.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo (año 2023) de datos extraídos del programa informático de atención primaria. Población del estudio: personas adultas atendidas en el centro de atención primaria CAP-Sants de Barcelona, con 23,967 usuarios asignados. Se define ERC según criterios KDIGO, como personas con \geq G3 (filtrado < 60 ml/min) y/o albuminuria > 30 mg/g.

Resultados: De la población asignada, 1429 usuarios presentaban DM-2, (prevalencia de DM-2 de 5,9%), de ellos, 448 tenían ERC (31,4%). Las categorías por FG fueron: G1: 37,4% (535), G2: 41,2% (589), G3a: 9,9% (141), G3b: 5,8% (83), G4: 2,2% (32), G5: 0,6% (8), sin datos: 2,9% (41). En relación con la albuminuria: A1 (< 30 mg/g): 63,2% (903), A2 (30-300 mg/g): 15,6% (223), A3 (> 300 mg/g): 4,7% (67), sin datos: 16,5% (236). El estadiaje de la ERC en personas con ERC fue: G1: 18% (80), G2: 22,5% (100), G3a: 31,8% (141), G3b: 18,7% (83), G4: 7,2% (32), G5: 1,8% (8), A1: 31,8% (135), A2: 52,5% (223), A3: 15,8% (67). En la tabla se muestran las características entre personas con y sin ERC. Aquellas con ERC presentaban una mayor proporción de tratamiento con inhibidores de SGLT2 (40,4 vs. 31%), iDPP4 (34,2 vs. 22,7%), e insulínico (21 vs. 14%), y menor con metformina (62,5 vs. 74,5%), $p < 0,005$. También presentaban una mayor

proporción de tratamiento hipolipemiente con estatinas (64,5 vs. 57,1%, $p = 0,008$).

Conclusiones: La prevalencia de ERC en personas con DM-2 en un CAP fue del 31,4%, y estuvo asociada a mayor prevalencia de HTA, dislipemia y eventos cardiovasculares. En un 19,4% de personas no se disponía de datos para clasificarlos, por lo que es necesario continuar implementando el cribado y diagnóstico precoz de la ERC como medio para promover estrategias de prevención cardiovascular y progresión de la enfermedad renal.

P-117. CETOACIDOSIS DIABÉTICA EUGLUCÉMICA EN PACIENTES CON ISGLT2 E INFECCIÓN RESPIRATORIA

M.E. Proaño Fierro, S. Machado Portugués, J. Costas Eimil, B.L. Rodríguez Cañete, P. Sánchez Sobrino y P.Á. Fernández Catalina

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, España.

Introducción y objetivos: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) son un tipo de antidiabéticos orales con acción glucosúrica que han demostrado en múltiples estudios su efecto beneficioso a nivel renal, cardiovascular y metabólico, por lo tanto, su empleo en la práctica clínica habitual ha experimentado un crecimiento exponencial. La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación común en pacientes con diabetes mellitus tipo 1, aunque es menos frecuente en aquellos con diabetes mellitus tipo 2. Existe una variante de esta condición, denominada cetoacidosis diabética euglucémica que en los últimos años ha sido identificada como un efecto adverso asociado al uso de iSGLT2. Esta variante se caracteriza por presentar niveles de glucemia por debajo de 250 mg/dl, acidosis metabólica con anión gap elevado que junto con su presentación clínica atípica supone un reto diagnóstico. Principalmente, se ha observado que la cetoacidosis euglucémica está relacionada con infecciones, las cuales desencadenan un estrés metabólico concomitante. El objetivo de este trabajo es comunicar la asociación entre el desarrollo de cetoacidosis euglucémica en pacientes con tratamiento con iSGLT-2 e infección respiratoria concomitante, destacando la importancia de sospechar el diagnóstico y la necesidad de suspender estos fármacos en procesos agudos.

Material y métodos: Se realiza una selección entre diciembre de 2022 y enero de 2023 de pacientes a tratamiento con iSGLT2, que ingresan en el servicio de Endocrinología con diagnóstico de cetoacidosis diabética euglucémica e infección respiratoria concomitante.

Tabla P-116

	DM-2 sin ERC (N = 981)	DM-2 con ERC (n = 448)	p
Mujeres/hombres (%)	46,9/53,1	43,1/56,9	0,18
Edad (años)	67,2 \pm 12,7	75,4 \pm 13,2	$< 0,001$
FG (ml/min)	82,85 \pm 9,7	58,99 \pm 22,3	$< 0,001$
C-LDL (mg/dl)	94,4 \pm 34,4	89 \pm 34,5	0,003
Albuminuria (mg/g)	8,9 \pm 6,9	187,6 \pm 451,3	$< 0,001$
HbA _{1c} (%)	6,97 \pm 1,3	7,0 \pm 1,3	0,24
Dislipemia (mg/dl)	53,3	61,2	0,006
Obesidad (%)	45	41,1	0,17
Hipertensión (%)	58,7	83	$< 0,001$
Fumador (%)	13,5	15	0,45
Insuficiencia cardíaca (%)	4,9	16,5	$< 0,001$
Cardiopatía isquémica (%)	9,7	18,1	$< 0,001$

Datos expresados en media \pm DE o %.

Tabla P-117

Características	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Edad	67	52	66
Tipo de diabetes	DM2	DM2	DM2
Tiempo de evolución	6 años	5 años	13 años
IMC	23,8 kg/m ²	36,22 kg/m ²	31,6 kg/m ²
A1C	7,8%	8,4%	10,1%
Insulinoterapia	Sí	No	No
Causa de descompensación	Influenza	Influenza + VSR	Neumonía por <i>S. pneumoniae</i>
Tipo de iSGLT2	Dapagliflozina	Empagliflozina	Empagliflozina
Glucosa plasmática	174 mg/dL	217 mg/dL	317 mg/dL
Anión GAP	25	20	42,9
pH	7,32	7,02	7,04
Cetonemia /cetonuria	7,1 /+	4,8/++	+
Complicaciones	No	Ingreso a UCI	Ingreso a UCI

Resultados: Se presentan en la tabla.

Conclusiones: La cetoacidosis euglucémica es una complicación de la diabetes mellitus en pacientes a tratamiento con iSGLT2 que supone un reto diagnóstico por su forma de presentación. Como vemos en nuestra serie de pacientes, la gravedad de su presentación clínica conllevó la necesidad de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, lo que pone en relevancia la necesidad de un diagnóstico y tratamiento temprano. Entre los posibles desencadenantes se presentan los procesos infecciosos, concretamente, en nuestra muestra de pacientes, infecciones respiratorias. Por tanto, se plantea la necesidad de retirada de los iSGLT2 de forma preventiva, siendo necesario incidir en la educación diabetológica en este tipo de pacientes.

P-118. PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 EN BURGOS (ESPAÑA)

J. Castañón Alonso^a, E. Santos Mazo^b, P. Álvarez Baños^b, A.M. Delgado Lucio^b, E. Ruiz Pérez^b, L. de la Maza Pereg^b y M. Serrano Hernantes^b

^aComplejo Asistencial Universitario de León, España. ^bHospital Universitario de Burgos, España.

Introducción: La insuficiencia pancreática exocrina (IPE) es una comorbilidad muy común en pacientes con diabetes tipo 1. Está presente en aproximadamente el 50% de los pacientes. La IPE puede impactar negativamente a la persona con diabetes tipo 1, siendo un factor de riesgo de desnutrición y mal control glucémico. Sin embargo, se trata de una entidad claramente infradiagnosticada en la práctica clínica diaria. La mayoría de los estudios definen la IPE determinando la elastasa-1 fecal (EF-1 < 200 µg/g). La fisiopatología no está clara, aunque parece que pueden influir diferentes factores, como la inflamación y fibrosis del páncreas, la isquemia causada por microangiopatía diabética o la neuropatía autonómica enteropancreática. El objetivo principal es establecer la prevalencia de IPE en diabetes tipo 1 y su asociación con otras variables de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio observacional en el que se reclutan pacientes con diabetes tipo 1, que acuden al servicio de Endocrinología y Nutrición, entre febrero y mayo de 2024. Se obtiene una muestra de heces para determinar la elastasa-1 fecal (EF-1). La IPE moderada se define como EF-1 < 200 µg/g y grave como EF-1 < 100

µg/g. Además, se recogen otras variables como edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), presencia de síntomas digestivos, edad de diagnóstico, años de evolución y HbA_{1c}. Quedan excluidos los pacientes con diabetes no autoinmune, aquellos con patología digestiva ya diagnosticada o aquellos que estén en tratamiento con fármacos que puedan interferir en la absorción de nutrientes.

Resultados: Se reclutaron 28 pacientes (50% hombres y 50% mujeres), de los cuales el 21,4% tenía IPE moderada, el 28,6% tenía IPE grave y el 50% no padecía IPE. La mayoría de los pacientes negaban síntomas digestivos (89,3%). La población presentó un IMC promedio de 26 kg/m², 23,4 años de evolución de diabetes tipo 1, edad promedio al diagnóstico de 19,3 años y HbA_{1c} de 7,8%. En cuanto a la comparación entre la presencia y ausencia de IPE, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en el IMC, los años de evolución ni la edad al diagnóstico. En el grupo con IPE la HbA_{1c} fue de 8,2% y en el grupo sin IPE fue de 7,4% (p = 0,07). No se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre los niveles de EF-1 y la edad en el momento del diagnóstico y el IMC. La correlación es débil e inversa entre los niveles de EF-1 y años de evolución (r = -0,26, p = 0,19) y HbA_{1c} (r = -0,28, p = 0,16).

Conclusiones: En nuestra población la prevalencia de IPE en diabetes tipo 1 es similar a la reportada en la literatura, alrededor del 50%. Es posible que exista asociación con los niveles de HbA_{1c}, aunque probablemente sea necesario ampliar la muestra en futuros estudios para encontrar diferencias estadísticamente significativas.

P-119. CRIBADO DE OSTEOPOROSIS EN DIABETES TIPO 1, ¿ES ÚTIL LA HERRAMIENTA FRAX?

J. Román Villatoro, A. Piñar Gutiérrez, P.J. Remón Ruiz, S. Amuedo Domínguez, N. Gros Herguido, V. Bellido Castañeda y A. Soto Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Objetivos: La osteoporosis es más frecuente en pacientes con diabetes tipo 1. La guía de la American Diabetes Association incluyó en 2024 la recomendación de realizar densitometría ósea a pacientes mayores de 50 años con factores de riesgo. Describir la prevalencia de osteoporosis en una cohorte de personas con diabetes tipo 1 mayores de 50 años y con factores de riesgo. Describir los resultados de la escala FRAX en estos pacientes; comparar los resultados de la escala con la densitometría ósea (DXA).