

TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2

P-087. INSULINA ICODEC ADMINISTRADA UNA VEZ A LA SEMANA DEMOSTRÓ UN MEJOR CONTROL GLUCÉMICO EN COMPARACIÓN CON INSULINA DEGLUDEC ADMINISTRADA UNA VEZ AL DÍA EN LA DIABETES TIPO 2 TRATADA CON INSULINA BASAL

A. Soto^a, A. Philis-Tsimikas^b, M. Asong^c, E. Franek^d, S. Harris^e, T. Jia^c, J. Rosenstock^f, K. Stachlewska^c, H. Watada^g y M. Kellerer^h

^aServicio de Endocrinología, Hospital Virgen del Rocío, España.

^bScripps Whittier Diabetes Institute, San Diego, EE. UU.

^cNovo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ^dCentral Clinical Hospital of the Ministry of Interior, Warsaw, Polonia. ^eSchulich School of Medicine and Dentistry, Western University, London, Canadá. ^fDallas Diabetes Research Center, Dallas, EE. UU. ^gJuntendo University Graduate School of Medicine, Tokyo, Japón. ^hClinic for Internal Medicine, Diabetology and Endocrinology, Marienhospital, Alemania.

Objetivos: ONWARDS 2, un estudio de fase 3 abierto, aleatorizado, de tratamiento según el objetivo, de 26 semanas, evaluó la eficacia y la seguridad de insulina icodec (icodec) una vez a la semana frente a insulina degludec (IDeg) una vez al día en diabetes tipo 2 (DM2) tratada con insulina basal.

Material y métodos: Los participantes seleccionados (HbA_{1c} 7,0-10,0%) se aleatorizaron (1:1) a icodec (n = 263) o IDeg (n = 263). Criterio de valoración principal: cambio en HbA_{1c} desde el inicio hasta la semana 26.

Resultados: En la semana 26, desde un inicio medio de 8,17% (icodec) y 8,10% (IDeg), las reducciones de HbA_{1c} fueron -0,93% (icodec) frente a -0,71% (IDeg), lo que confirma la no inferioridad (p < 0,0001) y la superioridad (p = 0,0028; diferencia de tratamiento estimada, ETD: -0,22% [IC95%: -0,37; -0,08]). Las tasas combinadas generales de hipoglucemia de nivel 2 o 3 fueron < 1 episodio por persona-año de exposición (PYE) para ambos grupos (0,73 [icodec] frente a 0,27 PYE [IDeg]; relación de tasas estimada: 1,93 [IC95%: 0,93; 4,02]; p = 0,0782). La dosis semanal media de insulina de la semana 24 a la 26 fue de 268 U/semana para icodec y de 244 U/semana para IDeg (p = 0,0348). El cambio de peso corporal medio estimado fue de 1,40 kg (icodec) y -0,30 kg (IDeg) (ETD: 1,70 kg [IC95%: 0,76; 2,63]; p = 0,0004). No se identificaron nuevos problemas de seguridad para icodec. El cambio desde el inicio en la puntuación total de satisfacción con el tratamiento del Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento de la Diabetes favoreció significativamente a icodec frente a IDeg (p = 0,0036).

Conclusiones: El tratamiento con icodec una vez a la semana demostró superioridad en la reducción de HbA_{1c} y una satisfacción con el tratamiento significativamente mayor en comparación con IDeg una vez al día en personas con DM2 tratadas previamente con insulina basal. No hubo diferencias estadísticamente significativas en los niveles generales de hipoglucemia 2 y 3.

P-088. CAMBIOS EN EL ÍNDICE DE RIESGO DE FIBROSIS HEPÁTICA (FIB-4 SCORE) EN RESPUESTA A SEMAGLUTIDA ORAL EN PACIENTES CON DM2: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO A MEDIO PLAZO

C. Guillén^a, Ó. Moreno Pérez^{a,b,e}, I. Modrego Pardo^c, R. Reyes García^d, T. Argüello Gordillo^a, C. Soriano López^a y J. Serrano Gotarredona^{a,b}

^aSección de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Balmis, Alicante, España. ^bDepartamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante, España. ^cSección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Marina Baixa, Alicante, España. ^dSección de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España. ^eInstituto Investigación Biomédica de Alicante, Alicante, España.

Introducción: La enfermedad hepática metabólica (EHmet) es muy prevalente en la DM2, y su pronóstico depende de la progresión a fibrosis. En la práctica clínica habitual cada vez está más extendido el uso de biomarcadores como FIB-4 para cuantificar el riesgo de “fibrosis” sin tener que requerir a pruebas invasivas o de mayor coste sanitario.

Objetivos: Este trabajo tiene como objetivo evaluar en práctica clínica habitual, el efecto de la semaglutida oral (SEMAo) sobre el índice de fibrosis-4 (FIB-4) como biomarcador del riesgo de fibrosis de la “EHmet” en pacientes con DM2.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo a corto plazo de pacientes con prescripción de SEMAo en tres departamentos de salud (11.2021-11.2022), con disponibilidad de parámetros analíticos para cálculo de FIB-4. Se ha definido como ausencia de fibrosis una determinación de FIB-4 < 1,3. Estadístico: análisis descriptivo (mediana [RIC]); Prueba de Wilcoxon - datos pareados; correlación Spearman. CEIM Ref.: 2022-0386.

Resultados: 93 pacientes fueron incluidos, edad 61 [52,5-68,0] años, 62,4% hombres, peso inicial de 95 [84-112] kg e IMC 33,6 [30,8-39,0] Kg/m². La evolución de la DT2 fue de 8 [2,0-13,5] años, 29% ECV establecida y 42,6% ER. Terapia basal DT2: 14,0% AR-GLP1, 24,2% iDPP4, 46,7% iSGLT-2 y 23,9% insulinizados. Prescripción: Endo 58,1%, AP 20,4%, CAR 17,2%. Dosis de mantenimiento 7 mg en el 83,0% de los pacientes. La mediana de FIB-4 fue de 1,06 [0,1-16,5]. Clasificación basal del riesgo fibrosis (FIB-4): F0-1 (< 1,3) 59,1%, F2 (1,3-2,67) 32,3%, F3-4 (> 2,67) 8,6%. El tratamiento con SEMAo se suspendió en el 25,8% de los pacientes (40,9% intolerancia digestiva). En los pacientes que persistieron con el tratamiento el FIB-4 no se modificó a los 3-6 meses 0,0 [-0,5-0,22] (p = 0,47) y descendió 0,2 [-0,59-0,09] (p = 0,024) a los 6-12 meses de seguimiento. En la subpoblación con FIB-4 > 1,3, el descenso se objetivó a corto 0,4 [-1,2-0,1] (p = 0,05) y medio plazo 0,57 [-1,5- -0,25] (p = 0,003). El descenso en FIB-4 a los 3-6 meses se correlacionó de forma moderada con el cambio en HbA_{1c}, de forma global (Rho 0,3 (p = 0,03)) y en la subpoblación con FIB-4 > 1,3 (Rho 0,37 (p = 0,05)). No obstante, no hubo correlación significativa entre el cambio de peso y la mejora de FIB-4.

Conclusiones: En la práctica clínica habitual semaglutida oral conlleva efectos beneficiosos en el índice de fibrosis de la EHmet. Estos cambios se asocian a la mejora del control metabólico a corto plazo en esta población.

P-089. REDUCCIÓN DEL RIESGO MULTIFACTORIAL CON SEMAGLUTIDA ORAL FRENTE A COMPARADORES EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2

R. Quilez^a, V.R. Aroda^b, J. Eliasson^c, B. Mallin^c, J.J. Meier^d, L.L. Nielsen^e, T. Vilsboll^e y K. Khunti^f

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España. ^bBrigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, EE. UU. ^cNovo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ^dSt. Josef Hospital, Ruhr University Bochum, Bochum, Alemania. ^eSteno Diabetes Center Copenhagen, Gentofte Hospital, University of Copenhagen, Herlev, Dinamarca. ^fLeicester Diabetes Centre, Diabetes Research Centre, Leicester General Hospital, Leicester, Reino Unido.

Objetivos: Las terapias que abordan múltiples factores de riesgo pueden ayudar a los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) a mejorar su perfil de riesgo cardiometabólico. Análisis exploratorio con el objetivo evaluar la eficacia de semaglutida oral para mejorar múltiples factores de riesgo cardiometabólico frente a los comparadores.

Material y métodos: En el programa de ensayos clínicos de fase 3a de PIONEER, los pacientes con DM2 se aleatorizaron para recibir semaglutida oral 14 mg/flex (ajuste de dosis flexible solo para PIO-

NEER 7) o comparadores (25 mg de empagliflozina, 100 mg de sitagliptina, 1,8 mg de liraglutida o placebo [pbo]). Este análisis *post hoc* evaluó la proporción de pacientes que lograron criterios de valoración cardiometabólicos específicos (reducciones en HbA_{1c} \geq 1%, peso corporal \geq 5%, PA sistólica \geq 5 mmHg o colesterol LDL \geq 0,5 mmol/l; o un aumento en TFG $>$ 0 ml/min/1,73 m²) al final de los estudios PIONEER 1-8, y la proporción que alcanza 2, 3 y 4 o más de estos criterios de valoración. Los datos se analizaron mediante un modelo de regresión logística con tratamiento, estratos (PIONEER 3-8), estratos de interacción (PIONEER 5 y 8) y región como efectos fijos categóricos y valor inicial como covariable para los datos en tratamiento sin medicación de rescate para todos los pacientes aleatorizados.

Resultados: En todos los estudios, una mayor proporción de pacientes logró cada criterio de valoración con semaglutida oral frente a los comparadores. Reducciones en HbA_{1c} \geq 1% ocurrieron en 47,3-77,1% con semaglutida oral frente al 32,8-51,4% con comparadores activos o 8,5-23,7% con pbo. Se produjeron reducciones en el peso \geq 5% en 30,8-49,8% con semaglutida oral frente a 12,7-41% con comparadores activos o 5,4-16,3% con pbo. Se produjeron reducciones de la PA sistólica \geq 5 mmHg en 47,9-62,5% con semaglutida oral frente a 48,8-59,7% con comparadores activos o 40,1-57,9% con pbo. Se produjeron reducciones en el colesterol LDL \geq 0,5 mmol/l en 20,2-27,4% con semaglutida oral frente a 13,7-21,1% con comparadores activos o 12,7-21,7% con pbo. Se produjeron aumentos en TFG \geq 0 ml/min/1,73 m² en 45,1-54,6% con semaglutida oral frente a 37-50% con comparadores activos o 32,4-44,5% con pbo. Proporciones significativamente mayores de pacientes lograron mejoras en 2, 3 o 4 o más criterios de valoración con semaglutida oral frente a los comparadores en todos los estudios, excepto por el logro de 2 criterios de valoración con semaglutida oral 14 mg frente a liraglutida 1,8 mg en PIONEER 4.

Conclusiones: Semaglutida oral fue más eficaz en la mejora de múltiples factores de riesgo cardiometabólicos frente a los comparadores, lo que indica su potencial para ayudar a abordar el perfil cardiometabólico completo en pacientes con DM2.

P-090. EFECTO DE SEMAGLUTIDA FRENTE A PLACEBO EN LOS RESULTADOS CARDIOVASCULARES POR HBA1C INICIAL: ANÁLISIS POST HOC DE SUSTAIN 6 Y PIONEER 6

A. Sánchez Bao^a, L.G. Mellbin^b, D.L. Bhatt^c, J.P. David^d, M.C. Petrie^e, S. Rasmussen^d, P.A. Schytz^d y T. Vilsbøll^f

^aEndocrinología y Nutrición, HM Rosaleda, Santiago de Compostela, España. ^bDepartment of Medicine Solna, Karolinska Institutet, Stockholm, Suecia. ^cBrigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, EE. UU.. ^dNovo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ^eUniversity of Glasgow, Glasgow, Reino Unido. ^fSteno Diabetes Center Copenhagen, Herlev, Dinamarca.

Objetivos: SUSTAIN 6 y PIONEER 6 han demostrado beneficio y seguridad cardiovascular (CV) con semaglutida, respectivamente, y no inferioridad para la reducción de eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE), en personas con diabetes tipo 2 (DM2) de alto riesgo CV. Se recomienda el uso de agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 en personas con DM2 y riesgo CV, independientemente de los valores de HbA_{1c}. Este análisis *post hoc* de SUSTAIN 6 y PIONEER 6 evaluó el efecto del tratamiento con semaglutida frente a placebo en el MACE según la HbA_{1c} inicial.

Material y métodos: Usando datos agrupados de SUSTAIN 6 y PIONEER 6, MACE (una combinación de muerte por causas cardiovasculares, infarto de miocardio [IM] no mortal e ictus no mortal) con semaglutida frente a placebo se evaluó a través de la HbA_{1c} inicial. Se utilizó una función *spline* cuadrática de la HbA_{1c} inicial por tratamiento para analizar el efecto del tratamiento en el tiempo hasta

el primer MACE a lo largo de un continuo de valores de HbA_{1c} inicial. MACE y sus componentes también se compararon entre los subgrupos de HbA_{1c} iniciales ($<$ 8; $=$ 8% [$<$ 64; $=$ 64 mmol/mol]; corte seleccionado como cercano a la mediana). El riesgo de MACE se analizó utilizando un modelo de riesgos proporcionales de Cox, con el tratamiento por subgrupo de HbA_{1c} inicial como un factor fijo (sin ajustar), agregando predictores claves de enfermedad CV-renal al inicio como covariables (ajustado usando ponderación de probabilidad inversa). La prueba de heterogeneidad en el efecto del tratamiento entre los subgrupos de HbA_{1c} se indicó mediante valores p de interacción.

Resultados: Los HR para el riesgo de MACE favorecieron a semaglutida frente a placebo en un continuo de valores de HbA_{1c} iniciales ($>$ 6,5- $<$ 12,6% [$>$ 48- $<$ 114 mmol/mol]). Al evaluar los componentes individuales de MACE por subgrupos de HbA_{1c} inicial, los valores p de interacción fueron $>$ 0,05, lo que indica que no hubo diferencias estadísticamente significativas en el efecto del tratamiento en ningún resultado cardiovascular entre los subgrupos de HbA_{1c} inicial (coherentes entre los análisis ajustados y no ajustados). Los HR para todos los resultados cardiovasculares fueron sistemáticamente $<$ 1 para semaglutida. Los HR en el análisis ajustado [IC del 95%] para MACE, (muerte por causas cardiovasculares, IM no mortal e ictus no mortal) fueron 0,80 [0,57; 1,11], 0,87 [0,49; 1,56], 0,98 [0,60; 1,59] y 0,52 [0,26; 1,05], respectivamente, con HbA_{1c} inicial $<$ 8%, y 0,72 [0,56; 0,93], 0,70 [0,46; 1,07], 0,83 [0,57; 1,20] y 0,74 [0,44; 1,22], respectivamente, con HbA_{1c} inicial = 8%.

Resultados: El efecto CV beneficioso de semaglutida frente a placebo en MACE y sus componentes fue consistente independientemente de los valores de HbA_{1c} iniciales de la población combinada de pacientes con DM2 en SUSTAIN 6 y PIONEER 6.

P-091. EXPERIENCIA EN VIDA REAL DE SEMAGLUTIDA ORAL EN UN HOSPITAL NO TERCIARIO

F.J. Gómez Alfonso, P. González Lázaro, A. Lomas Meneses, A. Moreno Tirado, M. Zhao Montero, P. Jiménez Torrecilla e I. Gómez García

Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España.

Objetivos: Valorar la eficacia, seguridad y efectos pleiotrópicos de semaglutida oral en pacientes con DM tipo 2 no controlada con ADOs y/o insulina basal (HbA_{1c} $>$ 7% y $<$ 10%), todos ellos *naïve* para AGLP-1.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de 24 semanas de duración. Se reclutaron 57 pacientes $>$ 18 años, IMC $>$ 30, FG $>$ 30 ml/min y DM tipo 2 no controlados con ADO y/o insulina basal (HbA_{1c} $>$ 7% y $<$ 10%), a los que se añadió semaglutida oral hasta un máximo de 14 mg según ficha técnica; se discontinuó el tratamiento de iDPP-IV y se redujo un 20% la dosis de insulina basal al inicio; 12 pacientes (21,05%) estaban con insulina basal. Fueron analizadas de forma basal y después de 24 semanas de tratamiento con semaglutida oral las siguientes variables: HbA_{1c}, IMC, CoIT, LDLc, HDLc, TG, TAs, Tad; así como los efectos secundarios atribuidos al fármaco. Los datos fueron recogidos y analizados en el programa estadístico SPSS 20,0; tras comprobación de normalidad (método Shapiro-Wilk), se escoge prueba t-Student para comparación de las medias de todas las variables, a excepción de la Tad, donde se escogió el test de Kolmogorov-Smirnov, al no cumplir criterio de normalidad.

Resultados: De los 57 pacientes reclutados, 54 completaron el estudio y 3 abandonaron: 2 por intolerancia digestiva y 1 por empeoramiento de su retinopatía. El 56,1% eran mujeres, y el 43,9% hombres; la edad media $62,25 \pm 0,99$ años; tiempo de evolución de la DM $7,30 \pm 0,47$ años. La HbA_{1c} basal media fue $8,03 \pm 0,76\%$ y a las 24 semanas $7,26 \pm 0,63\%$ ($p < 0,01$). El IMC basal medio fue 35,38

$\pm 4,01$ y a las 24 semanas $32,69 \pm 2,69$ ($p < 0,01$). El ColT basal medio fue $181,78 \pm 22,13$ mg/dL y a las 24 semanas $170,28 \pm 19,99$ mg/dL ($p < 0,01$). El LDLc basal medio fue $91,39 \pm 19,93$ mg/dL y a las 24 semanas $83,80 \pm 17,93$ mg/dL ($p < 0,01$). El HDLc basal medio fue $45,70 \pm 5,34$ mg/dL y a las 24 semanas $47,59 \pm 4,78$ mg/dL ($p < 0,01$). El nivel de TG basal medio fue $170,11 \pm 45,91$ mg/dL y a las 24 semanas $146,94 \pm 27,38$ ($p < 0,01$). La TAs media basal fue $140,78 \pm 8,82$ mmHg y a las 24 semanas $137,55 \pm 8,17$ mmHg ($p < 0,01$). La TAd basal media fue $79,56 \pm 10,59$ mmHg y a las 24 semanas $75,09 \pm 7,65$ mmHg ($p < 0,01$). Los efectos secundarios descritos fueron los siguientes: 15 pacientes (26,3%) presentaron náuseas transitorias, 2 pacientes (3,5%) presentaron vómitos persistentes, y 1 paciente (1,8%) presentó empeoramiento de su retinopatía.

Conclusiones: Los resultados a las 24 semanas ponen de manifiesto, que más allá de la mejoría metabólica clínica y estadísticamente significativa en cuanto a HbA_{1c}, semaglutida oral aporta otros beneficios adicionales en el IMC, ColT, LDLc, HDLc, TG, TAs y TAd, con buena tolerancia y perfil de seguridad. Se requieren estudios de mayor tamaño muestral y de mayor duración, que corroboren los resultados aquí obtenidos.

P-092. MAYOR TIEMPO EN CONTROL GLUCÉMICO CON SEMAGLUTIDA ORAL FRENTE A COMPARADORES ORALES

B. González Aguilera^a, F.K. Knop^{b,c}, B. Cariou^d, J. Eliasson^e, G. Frappin^e, M.S. Kaltoft^e, E. Montanya^f y J. Rosenstock^g

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ^bCenter for Clinical Metabolic Research, Gentofte Hospital, University of Copenhagen, Hellerup, Dinamarca. ^cSteno Diabetes Center Copenhagen, Gentofte, Dinamarca. ^dNantes Université, CHU NantesNRS, Inserm, l'institut du thorax, Nantes, Francia. ^eNovo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ^fHospital Universitari Bellvitge-IDIBELL, CIBERDEM, University of Barcelona, Barcelona, España. ^gDallas Diabetes Research Center at Medical City, Dallas, EE. UU.

Objetivos: Este análisis exploratorio tuvo como objetivo determinar cuánto tiempo pasaban los pacientes con HbA_{1c} $< 7\%$ (53 mmol/mol) y la probabilidad de que mantuvieran este objetivo glucémico en los ensayos clínicos PIONEER.

Material y métodos: Los pacientes con diabetes tipo 2 no controlada en los estudios PIONEER 2, 3, 4 y 7 fueron aleatorizados para recibir semaglutida oral frente a comparadores activos (empagliflozina 25 mg, sitagliptina 100 mg, liraglutida 1,8 mg una vez al día). La dosis oral de semaglutida se aumentó, comenzando con 3 mg una vez al día y aumentando a 7 mg después de 4 semanas y luego a 14 mg después de 8 semanas en todos los estudios excepto PIONEER 7, que utilizó un enfoque de ajuste de dosis flexible basado en la HbA_{1c} y la tolerancia gastrointestinal. Empagliflozina se inició con 10 mg y se aumentó a 25 mg después de 8 semanas. Sitagliptina se inició a 100 mg y no se aumentó. Liraglutida se inició con 0,6 mg y se aumentó a 1,2 mg y luego a 1,8 mg después de 1 y 2 semanas, respectivamente. Se evaluaron los resultados de semaglutida oral frente a los comparadores activos utilizando datos sobre el tratamiento sin medicación de rescate para todos los pacientes aleatorizados. Se analizó un criterio de valoración binario para lograr HbA_{1c} $< 7\%$ (53 mmol/mol) en las semanas 26 y 52 de cada estudio (y en la semana 78 para PIONEER 3) utilizando un modelo de regresión logística, con tratamiento, región y estratos como efectos fijos categóricos y valor inicial como covariable.

Resultados: La HbA_{1c} inicial media varió de 8 a 8,3%. La mediana del tiempo con HbA_{1c} $< 7\%$ fue mayor con semaglutida oral (26,3-33,7 semanas) frente a los comparadores orales (0-10,9 semanas), así como la media del tiempo con HbA_{1c} $< 7\%$. La media y mediana

del tiempo en control glucémico con semaglutida oral fue similar a la observada con liraglutida. Mayores proporciones de pacientes tuvieron HbA_{1c} $< 7\%$ durante ≥ 38 semanas con semaglutida oral que con empagliflozina (46% frente a 28%, respectivamente) y sitagliptina (PIONEER 3: 45% frente a 28%; PIONEER 7: 27% frente a 14%), pero no liraglutida (46% frente a 48%, respectivamente). Las probabilidades de que los pacientes logaran una HbA_{1c} $< 7\%$ tanto en la semana 26 como en la 52 fueron significativamente mayores con semaglutida oral.

Conclusiones: Semaglutida oral permitió un mayor tiempo en objetivo glucémico y una mayor probabilidad de mantener el control glucémico en comparación con los comparadores orales. Los pacientes que recibieron semaglutida oral pasaron un tiempo similar en control glucémico frente a liraglutida, a pesar de una escalada de dosis más prolongada con semaglutida oral.

P-093. FACTORES PREDICTIVOS DE ALCANZAR UNA PÉRDIDA DE PESO $\geq 15\%$ EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 TRATADAS CON TIRZEPATIDA EN LOS ESTUDIOS SURPASS 1-4

X. Taboada^f, M. Malecki^a, R.L. Batterham^b, N. Sattar^c, J.A. Levine^d, Á. Rodríguez^f, B.K. Bergman^d, H. Wang^e, G. Ghimpeanu^d y C.J. Lee^d

^aDepartment of Metabolic Diseases, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Polonia. ^bUniversity College London, London, Reino Unido. ^cInstitute of Cardiovascular and Medical Sciences, BHF Glasgow Cardiovascular Research Centre, University of Glasgow, Glasgow, Reino Unido. ^dEli Lilly and Company, Indianapolis, EE. UU. ^eTechData Service Company, King of Prussia, EE. UU. ^fEli Lilly and Company, Alcobendas, España.

Introducción y objetivos: La tirzepatida (TZP) es un agonista de los receptores de GIP/GLP-1 de administración semanal que ha sido aprobado en Europa para el tratamiento de la diabetes tipo 2 (DT2). En los ensayos clínicos SURPASS, TZP produjo importantes reducciones del peso corporal (PC) dependientes de la dosis. Hasta un 43% de los participantes alcanzaron una pérdida de PC $\geq 15\%$. Identificar los factores predictivos de una pérdida de PC $\geq 15\%$ con TZP.

Material y métodos: En este análisis se incluyeron participantes de los estudios SURPASS 1-4 adherentes al tratamiento (recibieron $\geq 75\%$ de las dosis y en tratamiento a la semana 40/42) con TZP (5, 10, 15 mg) que no recibieron terapia de rescate (N = 3.188). Se realizó un análisis univariable de las variables demográficas, el tratamiento antidiabético oral (ADO) basal y los análisis de sangre. Las variables asociadas significativamente al logro de una pérdida de PC $\geq 15\%$ ($p < 0,01$) fueron evaluadas en un modelo multivariable ajustado por dosis de TZP, uso de ADO, sexo, raza, edad, HbA_{1c} basal y PC basal (modelo base).

Resultados: En el análisis univariable, los factores basales asociados con una mayor probabilidad de alcanzar una pérdida de PC $\geq 15\%$ fueron, además de la dosis de TZP, el sexo femenino, ser de raza caucásica o asiática, estar recibiendo un ADO como la metformina y niveles bajos de HbA_{1c}, glucosa sérica en ayunas (GSA), triglicéridos séricos en ayunas y colesterol no-HDL basales. Los análisis multivariables confirmaron estos resultados excepto para los triglicéridos séricos.

Conclusiones: En los participantes tratados con TZP en los ensayos clínicos SURPASS 1-4 los factores asociados a una mayor probabilidad de alcanzar una pérdida de PC $\geq 15\%$ fueron el sexo femenino, ser de raza caucásica o asiática, estar recibiendo un ADO, tener un mejor control glucémico y niveles de colesterol no-HDL basales más bajos.

P-094. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD EN VIDA REAL DE SEMAGLUTIDA ORAL VS. SUBCUTÁNEA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

J.C. Ferrer García^a, R. Albalat Galera^a, J. Sánchez Hernández^b, V. Atienza Moya^c, N. Ramos Casamayor^a, C. González Blanco^a, A. Artero Fullana^a, A. Jiménez Portilla^a, E. Cuñat Navarro^a y C. Sánchez Juan^a

^aEndocrinología y Nutrición, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España. ^bCentro de Atención Primaria, Picassent, España. ^cHospital General de Requena, Requena, España.

Introducción y objetivos: La semaglutida, un agonista del receptor del péptido 1 similar al glucagón (aGLP1), reduce el riesgo de eventos cardiovasculares adversos mayores en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La versión oral de semaglutida está disponible, y es posible que los pacientes la prefieran a la forma subcutánea. Nuestro objetivo fue comparar la efectividad y seguridad de ambas formulaciones en la vida real.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de la eficacia en el mundo real que incluye adultos con DM2 sin tratamiento previo con aGLP1 que comenzaron con semaglutida oral o subcutánea añadida al tratamiento con DM2 durante el último año. El objetivo principal fue el cambio en la HbA1c. Los secundarios fueron los cambios en el peso y el perfil lipídico, la aparición de efectos secundarios gastrointestinales y las interrupciones. Se utilizaron modelos mixtos lineales para estimar los cambios en HbA1c, peso e IMC, y se utilizó regresión logística para analizar los efectos adversos y las interrupciones.

Resultados: Se incluyeron 136 pacientes, 82 en el grupo de semaglutida subcutánea y 54 en el grupo de semaglutida oral. La edad media fue de 60 años (DE 1,5) y HbA1c 8,2% (DE 0,2). A las 24 semanas, las reducciones medias de HbA1c fueron: -1,2% (DE 0,2) con semaglutida subcutánea y -1,3% (DE 0,2) para semaglutida oral (p n.s). Los cambios medios en el peso corporal desde el inicio hasta la semana 24 fueron: -5,5 kg (DE 2,3) para semaglutida subcutánea y -6,9 kg (DE 2,4) para semaglutida oral (p n.s). No hubo diferencias en el perfil lipídico. Se produjo algún tipo de evento adverso en 41 pacientes del grupo de semaglutida subcutánea (50%) y en 21 pacientes del grupo de semaglutida oral (39%), en su mayoría efectos gastrointestinales leves. Hubo 11 abandonos del tratamiento en el

grupo de semaglutida subcutánea (13,4%) y 5 en el grupo de semaglutida oral (9,2%).

Conclusiones: semaglutida, en sus dos presentaciones (subcutánea y oral) son eficaces en el tratamiento de pacientes con DM2. No hubo diferencias en HbA1c, peso, ni perfil lipídico, ni en la aparición de efectos adversos o abandonos.

P-095. SEMAGLUTIDA ORAL, EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD EN LA VIDA REAL EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO A MEDIO PLAZO

Ó. Moreno Pérez^{a,b,e}, C. Guillén Morote^a, I. Modrego Pardo^c, R. Reyes García^d, T. Argüello Gordillo^a, C. Soriano López^a y A. Picó Alfonso^{a,b,e}

^aSección de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Balmis, Alicante, España. ^bDepartamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante, España. ^cSección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, España. ^dSección de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España. ^eInstituto Investigación Biomédica de Alicante, Alicante, España.

Introducción: La semaglutida oral (SEMAo) es el único ARGLP1 oral disponible en el mercado. Existe poca evidencia en vida real sobre su efectividad, seguridad y tolerabilidad en función de las características clínicas del paciente.

Objetivos: Principal: evaluar la eficacia (HbA1c, peso, ratio albúmina creatinina (ACR)), seguridad y tolerabilidad de SEMAo a medio plazo (< 12 meses) después del inicio del tratamiento, en función del grupo de edad (> 65 años), presencia de enfermedad CV (ECV), enfermedad renal (ER), riesgo intermedio-alto de fibrosis hepática y terapia de base.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo a corto plazo de pacientes con prescripción de SEMAo en tres departamentos de salud (11.2021-11.2022). Estadístico: análisis descriptivo (mediana [RIC]); Prueba de Wilcoxon - datos pareados (cambios en los resultados principales) y regresión logística (especialidad prescriptora-persistencia). CEIM Ref.: 2022-0386.

Tabla P-095

Características basales	Cambio HbA1c (%) 3-6 m	Cambio peso (Kg) 3-6 m	% Cambio peso	Persistencia SEMAo (%)	Ppales motivos (%)
Global	- 0,9 [0,2-1,7]	- 5,0 [2,6-9,4]	-5,5 [2,8-8,4]	76,4*	NR 10,2 DIG 8,8
> 65 años	- 0,75 [0,1-1,5]	- 6,0 [2,9-10,7]	-10,4 [5,9-16,1]	70,2	DIG 10,7 NR 10,7
ECV	-1,2 [0,6-2,3]	- 8,6 [4,6-17,2]	-6,1 [3,8-10,4]	80,0	DIG 7,1 NR 6,5
ER	- 0,75 [0,2-1,2]	- 4,0 [2,2-8,5]	-4,6 [2,5-9,1]	67,1	DIG 14,3 NR 7,1
FIB-4>1,3	-1,3 [0,1-2,3]	- 8,0 [3,5-10]	-7,8 [4,4-10,0]	65,8	DIG 15,8 NR 5,3
iSGLT2 on	- 0,5 [0,1-1,3]	- 3,5 [0,5-7,7]	-3,1 [0,6-8,8]	76,9	DIG 7,4 NR 5,8
Insulina on	-1,7 [0,7-2,4]	- 3,7 [1,5-5,5]	-5,3 [1,8-6,2]	74,9	DIG 11,9 NR 3,4
iDPP4 switch	-0,35 [0,2-1,9]	- 2,9 [0,3-11,1]	-4,4 [0,3-9,6]	76,3	DIG 10,2 NR 10,2

Resultados: 223 pacientes fueron incluidos, edad 62 [54,0-69,0] años, 62,3% hombres, peso inicial de 95 [84-112] kg e IMC 33,7 [30,9-39,4] Kg/m². La evolución de la DT2 fue de 8 [3,0-12,0] años, 30,2% ECV establecida y 40,9% ER. Terapia basal DT2: 12,1% AR-GLP1, 26,7% iDPP4, 54,5% iSGLT-2 y 26,8% insulinizados. Prescripción: Endo 47,8%, AP 30,4%, CAR 16,5%. Dosis de mantenimiento 7 mg en el 83,0% de los pacientes. Todos $p < 0,05$ respecto a basal. NR, no renovación/titulación; DIG, clínica digestiva. *, Endo 85%, AP 75%, CAR 67,6% (OR persistencia 1,70 ($p = 0,09$), 0,90 (NS) y 0,58 (NS), respectivamente). No se han registrado eventos adversos graves. Otros datos globales: descenso ACR (subpoblación ACR inicial > 30) 35,5 [-3,2 - 58,7] mg/g, $p = 0,03$; reducción HbA1c 0,9 [0,5-1,9]% y peso 8,6 [6,0-14,4]kg a los 6-12 meses ($p < 0,001$).

Conclusiones: SEMA oral a dosis medias es efectivo a corto plazo con reducciones significativas y clínicamente relevantes de HbA1c y peso, independientemente de las características clínicas del paciente. Los errores en la transición al alta-titulación fueron una causa evitable de casi el 50% de la no persistencia a medio plazo.

P-096. USO DE SEMAGLUTIDA ORAL EN PACIENTES DE CONSULTA DE CARDIOLOGÍA Y MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

A. Carrión Caverro, L. Fácila Rubio, V. Montagud Balaguer, J.Ll. Melero Ferrer, V. Girbés Ruiz, J. Cortina, S. Cardona Mulet, A. Valverde Tavira, M. Harvat y R. Payá Serrano

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, España.

Introducción y objetivos: Los estudios SUSTAIN y PIONEER otorgan la evidencia científica al uso de semaglutida subcutánea y oral (SMO) respectivamente en el paciente con diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) y riesgo cardiovascular. El presente estudio pretende analizar la eficacia y seguridad en vida real de una cohorte de pacientes con DM2 de alto riesgo cardiovascular del área de cardiología.

Material y métodos: Se analizaron los pacientes consecutivos con DM2 tratados con SMO seguidos en consultas de cardiología. Se determinaron datos antropométricos, clínicos, analíticos y de tratamiento de DM2. Todas las medidas (talla, peso, IMC, analítica) se registraron en la consulta inicial y en la de seguimiento rutinario, recogiendo los datos analíticos evolutivos en el control solicitado por el cardiólogo prescriptor. Los pacientes que abandonaron el tratamiento por mala tolerancia o en los que se constató falta de adherencia (reportada o evidenciada mediante la dispensación farmacológica) no fueron incluidos en el estudio.

Resultados: Se incluyeron un total de 47 pacientes tras iniciarse tratamiento con SMO. Finalmente, se analizaron 27 pacientes (57,4%) quienes completaron la evolución con una mediana de seguimiento de 28 semanas, el resto no habían tenido visita de control (34,1%) o no habían continuado el tratamiento (8,5%). La población estudiada se caracterizó por ser mayoritariamente varones (66%), una media de 69,3 \pm 10,4 años y un peso e índice de masa corporal (IMC) medios de 91,1 \pm 14,2 kg y 33,3 \pm 3,4 respectivamente, siendo el grupo diagnóstico más prevalente el de insuficiencia cardíaca (44,7%) y cardiopatía isquémica (34%) en segundo lugar. Inicialmente, la HbA1c media era de 7,2 \pm 1,4%, el uso de los inhibidores del transportador SGL2 (iSGLT2) era de un 45%, de insulina un 23,4% y 6 pacientes estaban recibiendo previamente semaglutida subcutánea. Tras el seguimiento, se obtuvo una reducción estadísticamente significativa del peso de - 9,69 kg ($p < 0,005$) y consecuentemente, de 3,18 puntos de IMC ($p < 0,005$). Analíticamente, se obtuvo una mejoría media de 1 punto de HbA1c ($p = 0,011$). Respecto al tratamiento a la visita de control, la introducción de SMO produjo una reducción significativa de las ne-

cesidades de las unidades de insulina 35,6 vs. 29,6 ($p = 0,025$) y el porcentaje de pacientes con iSGLT2 se incrementó hasta el 76%. Dichos resultados se obtuvieron con la dosis de 7 mg en un 52% y de 14 mg en 45%, persistiendo solamente un paciente con la dosis de 3 mg. Finalmente un total de 4 (8,5%) pacientes ingresaron durante el seguimiento por un motivo cardiovascular.

Conclusiones: En pacientes de muy alto riesgo cardiovascular seguidos en consultas de cardiología, el uso de SMO resultó seguro y eficaz en un seguimiento de 7 meses, con una reducción significativa de pérdida de peso, del uso de unidades de insulina y mejoría de los niveles de HbA1c.

P-097. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON SEMAGLUTIDA ORAL EN VIDA REAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Atencia Goñi, M.A. Galdón-Sanz Pastor, A. López Guerra, B. Weber Serban, R.J. Áñez Ramos y O. González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción y objetivos: En diciembre de 2021 se comercializó en España la presentación de semaglutida oral para pacientes con diabetes tipo 2 y obesidad. El objetivo del estudio es valorar los resultados en vida real de este fármaco en pacientes de nuestras consultas.

Material y métodos: Se registraron las historias clínicas de pacientes con inicio de semaglutida oral con criterios de financiación pública entre diciembre de 2021 y mayo de 2022 en nuestro centro. Se recogieron variables clínicas y analíticas en la primera consulta y en la primera revisión en los meses siguientes de forma retrospectiva. Los datos fueron analizados mediante SPSS.

Resultados: Se registraron un total de 54 pacientes con DM2, obesidad e inicio de semaglutida oral de los cuales 47 tenían datos de revisión. La media de edad fue de 65 años, el 61,3% tenía antecedentes familiares de diabetes, la etnia más frecuente fue caucásica (84%) y el 61,1% eran hombres. La proporción de comorbilidades fue 75,9% de HTA, 88,9% de dislipemia, 16,7% de SAOS y 36% de fumadores o exfumadores. Con respecto a comorbilidades de diabetes el 9,4% tenía retinopatía, 27,8% nefropatía, 7,4% neuropatía, 22,2% cardiopatía isquémica, 5,6% ACVA, 7,4% EAP y 11,1% insuficiencia cardíaca. La media de duración de diabetes fue de 11 años. La media inicial de peso fue 94,6 kg con IMC de 34,07 con una glucemia en ayunas de 182 mg/dl y una HbA1c de 8,63%. La revisión se realizó a los 5 meses de media con un 77,8% manteniendo el tratamiento con semaglutida oral. El 92,3% estaban con dosis de 7 mg y el 5,1% con 14 mg. Las causas de suspensión fueron: molestias digestivas (40%), visado rechazado (20%), coste (10%), mareos (10%), calambres (10%) y otros (20%). La comparación entre los datos antes y después de recibir semaglutida oral mostraron un descenso de media de peso de 3,9 kg ($p = 0,001$) y de IMC de 1,34 kg/m² ($p = 0,001$). La media de glucemia basal descendió 43,8 mg/dl ($p = 0,001$) y la HbA1c 1,6% ($p < 0,001$). El número de pacientes con HbA1c $< 7\%$ pasó de 6,8% a 42,9% y un 26,5% pasó de obesidad a sobrepeso. Analíticamente se observó un descenso significativo de colesterol total, LDLc, HDLc y GGT. La media de triglicéridos subió de 201 a 275 mg/dl sin alcanzar significación. No hubo diferencias significativas en el resto de parámetros analíticos. En los pacientes en tratamiento con insulina se observó un descenso no significativo de 1,12 unidades de insulina rápida y de 0,84 de unidades de basal.

Conclusiones: Los datos muestran beneficio significativo en control glucémico y en pérdida de peso en vida real con la dosis de 7 mg diarios. Más de un 20% de los tratamientos indicados no estaban prescritos en la revisión. Se necesitan más datos a largo plazo de estos pacientes.

P-098. MODELOS DE ATENCIÓN EN DM TIPO 2: RESULTADOS CLÍNICOS DE UN ABORDAJE BASADO EN EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES Y EHEALTH

P.J. Remón Ruiz^a, R. Villegas-Portero^b, M.M. Muñoz García^c, J. Mayoral Sánchez^d, F. Losada Viñau^a, M.Á. Mangas Cruz^a, A. Pumar Lopez^a y A. Soto-Moreno^a

^aHospital Virgen del Rocío, Sevilla, España. ^bSubdirección Técnica de Gestión de la Información, Sevilla, España. ^cCentro de Salud Bermejales, Sevilla, España. ^dCentro de Salud Cerro del Águila, Sevilla, España.

Objetivos: Analizar los resultados clínicos de una intervención dirigida y activa a través de equipos multidisciplinares (AP y Endocrinología) y uso de eHealth para guiar los objetivos de intervención.

Material y métodos: Descripción del brazo de intervención activa del estudio cuasiexperimental “Modelos organizativos en la atención a la diabetes mellitus tipo 2 en Andalucía (MEDEA)”. En el brazo de intervención activa se seleccionaron 2 centros de salud de nuestro distrito sanitario, pareados en situación socioeconómica con otros 2 centros seleccionados para el brazo de intervención moderada. Se seleccionaron los criterios de intervención para la selección de pacientes a intervenir (pacientes con HbA1c > 8%, pacientes con LDL > 100 mg/dL, pacientes mayores a 75 años con HbA1c < 7% en tratamiento con fármacos potencialmente hipoglucemiantes). A través de la Base Poblacional de Salud se extrajeron listados poblacionales que cumplieron estos criterios y en reunión multidisciplinar (Equipo Atención Primaria-Endocrinología) se diseñaron estrategias de intensificación y visitas necesarias.

Resultados: 3.513 pacientes atendidos con DM2. Media de HbA1c previa $6,98 \pm 1,33\%$, con 16,54% (440) pacientes con HbA1c > 8%, de ellos un 24,54% (108) con HbA1c > 10%. El 50,6% (1115) presentaban LDL > 100 mg/dL y el 32,88% (728) LDL 70-100 mg/dL. Tras la exploración individual de los pacientes a intervenir se seleccionaron: 327 pacientes con HbA1c > 8% (vivos y residentes en el área). Se consiguió un descenso significativo en los niveles de HbA1c. En el 63,3% (207) de los pacientes se consiguió un descenso de HbA1c a menos del 8%, el 9,2% (30) consiguió un descenso superior al 0,5% pero no inferior al 8% y el 27,5% (90) no se consiguió una mejora de los niveles de HbA1c. De los pacientes con LDL > 100 mg/dL, se observó una mejora de los niveles de LDL en el 71,56% (329) de los pacientes con un 37,61% (173) alcanzando niveles < 100 mg/dL 121 pacientes mayores bien controlados con fármacos con riesgo de hipoglucemia (sulfonilureas/insulina) fueron intervenidos, siendo suspendidos en el 32,23% (39) de los pacientes.

Conclusiones: La digitalización de las historias clínicas permite una intervención dirigida, seleccionando perfiles de riesgo metabólico. La intervención coordinada entre Atención Primaria y Endocrinología por cupos de pacientes parece una estrategia efectiva en el control metabólico de la población de pacientes con DM tipo 2 y consigue mejorar los resultados clínicos de los pacientes.

P-099. EFECTO DE SEMAGLUTIDA SEMANAL 2 MG FRENTE A 1 MG SOBRE LA HBA1C Y EL PESO CORPORAL POR SUBGRUPOS DEMOGRÁFICOS INICIALES: ANÁLISIS POST HOC DE SUSTAIN FORTE

A. Justel^a, J.P. Frias^b, L. Bardtrum^c, Y. Hansen^c, I. Lingvay^d, S. Macura^e, N. Tentolouris^e y J.B. Buse^f

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España. ^bVelocity Clinical Research, Los Angeles, EE. UU. ^cNovo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca.

^dUniversity of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, EE. UU.

^eNational and Kapodistrian University of Athens, Laiko General Hospital, Athens, Grecia. ^fUniversity of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, EE. UU.

Objetivos: En el estudio SUSTAIN FORTE, se demostró una reducción superior de la HbA_{1c} y una reducción adicional del peso corporal (PC) con la dosis de 2 mg de semaglutida semanal (1/sem) frente a la de 1 mg de semaglutida (1/sem): diferencia de tratamiento estimada (estimado del producto en ensayo) [IC del 95%] para HbA_{1c} -0,23% puntos [-0,36;-0,11] y PC 0,93 kg [-1,68;-0,18]. Se mostró una eficacia uniforme en los subgrupos dicotómicos por HbA_{1c} < 9% o = 9% e IMC < 35 o = 35 kg/m². Este análisis *post hoc* evaluó el efecto de 2 mg de semaglutida frente a 1 mg en el control glucémico y el peso corporal en una gama más amplia de subgrupos demográficos iniciales.

Material y métodos: SUSTAIN FORTE es un estudio de fase 3b, aleatorizado, doble ciego, de 40 semanas. Los participantes con DM2 mal controlada (valor inicial medio de HbA_{1c} 8,9% y peso corporal de 99,3 kg) con una dosis estable de metformina sola o en combinación con una sulfonilurea se aleatorizaron para recibir 2 mg (n = 480) o 1 mg (n = 481) de semaglutida. Los cambios de HbA_{1c} y PC desde el inicio hasta el final del tratamiento se analizaron en el conjunto de análisis completo en el periodo de tratamiento sin medicación de rescate por ANCOVA (ajustando para HbA_{1c} o PC inicial) en los siguientes subgrupos demográficos iniciales: edad, sexo, duración de la diabetes, HbA_{1c}, IMC, función renal, medicación antihiper glucemiantes de base y región. No se hizo ningún ajuste por multiplicidad.

Resultados: Este análisis *post hoc* indica que semaglutida 2 mg frente a 1 mg proporcionó mayores reducciones de HbA_{1c} en general en todos los subgrupos. Se observaron resultados similares para el PC, con la excepción del pequeño subgrupo de participantes con insuficiencia renal moderada (n = 14), donde 2 mg de semaglutida no proporcionaron una mayor reducción de PC. Se cree que es un hallazgo casual impulsado por un cambio de peso pronunciado en el grupo de semaglutida 1 mg. Excepto por la reducción del peso corporal por subgrupo de función renal, los valores p de la prueba de interacción no indicaron un efecto de tratamiento significativamente diferente de un nivel de un subgrupo a otro.

Conclusiones: Semaglutida 2 mg 1/sem mejoró el control glucémico y redujo el peso corporal en mayor medida que semaglutida 1 mg 1/sem en los subgrupos demográficos iniciales. Los resultados de este análisis *post hoc* refuerzan semaglutida 2 mg como una opción de tratamiento valiosa para una amplia gama de pacientes con DM2, y como una posible opción de intensificación del tratamiento para los pacientes ya tratados con semaglutida 1 mg.

P-100. ADECUACIÓN FARMACOLÓGICA SEGÚN RCV EN PACIENTES CON DM2 EN POBLACIÓN MEDITERRÁNEA. PROYECTO ADECUARISK-DM2

A. Piera-Carbonell^a, J. Real Gatiús^b, M. Mata-Cases^b, A. Cebrián Cuenca^c, D. Orozco-Beltrán^d y J. Franch-Nadal^b

^aCentro de Salud La Corredoria, Oviedo, España. ^bIDIAPIJGol, Barcelona, España. ^cCentro de Salud Cartagena Casco Antiguo, Cartagena, España. ^dUniversidad Miguel Hernández, Elche, España.

Objetivos: Conocer el riesgo cardiovascular en una población mediterránea con DM2 y la adecuación farmacológica al mismo, acorde con las guías de práctica clínica.

Material y métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo transversal que utiliza la base de datos del Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria (SIDIAP), incluyendo al 74% de la población total de una región mediterránea. Población de estudio: todos los pacientes ≥ 18 años con DM2 a 1 de enero de 2019, con antigüedad en SIDIAP > 1 año; excluyéndose aquellos trasladados a otra región sanitaria y aquellos con diagnóstico de DM1, diabetes gestacional y cualquier otro tipo de diabetes o error de codificación en historia clínica constandingo doble diagnóstico de DM1+DM2. Se estudiaron variables demográficas, tratamientos farmacológicos antidiabéticos, presencia de 3FRCV, diagnóstico de HTA,

dislipemia, IMC 30 kg/m², fumador, edad, años; DM2 de más de 10 años de evolución; ECV establecida (cardiopatía isquémica, ictus/AIT/enfermedad cerebro vascular, arteriopatía periférica/isquemia MMII/clauidicación intermitente, Insuficiencia cardíaca); o lesión de órgano diana, entendida como proteinuria > 300 mg/g, FG ml/min/1,73 m², HVI o retinopatía. ASCVD se definió como pacientes con enfermedad arterial coronaria, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebrovascular. Se estudió la prescripción farmacológica realizada a lo largo de los 365 días previos a fecha del corte realizado a 1 de enero de 2019. Se consideró adecuación correcta cuando los sujetos de alto o muy alto RCV, con ASCVD, recibían tratamiento con iSGLT2 y/o arGLP1. Los pacientes fueron clasificados en categorías de riesgo de acuerdo con las guías de la ESC.

Resultados: Se estudió una población de 391.768 pacientes con DM2 18 años atendidos en una región mediterránea. Se aprecia predominio de varones (55,0%) y edad media de 70,3 (DE 12,5), con una duración media de DM2 de 10,2 años (DE 6,54). Un 59,9% presentan FRCV, siendo la HTA el más comúnmente asociado (72,6%), seguido de dislipemia (56,5%); tabaquismo (46,3%) y obesidad (46,3%). Se calculó el RCV según la ESC, estimándose un 98,7% con RCV alto (26,8%) o muy alto (71,9%). Los iSGLT2 se pautaron en un 2,64% de los casos de RCV alto y el 3,77% de los de muy alto; y los arGLP1 en un 1,32 y 2,37% de los de alto y muy alto RCV respectivamente.

Conclusiones: El estudio de más de 391.000 pacientes con DM2 con más del 98,6% con RCV alto o muy alto, muestra escasa adecuación terapéutica a los fármacos con beneficio CV demostrado. El 65,13% de los pacientes de muy alto RCV no presentan todavía ASCVD con la importancia de evitar inercias y actuar proactivamente los MFYC desde AP para evitar las complicaciones y disminuir costes sanitarios y sociales de las mismas.

P-101. TRATAMIENTO CON AGONISTAS GLP 1 EN EL ÁREA 1 DE SALUD MURCIA-OESTE DE LA REGIÓN DE MURCIA

Á. Aragón Martínez, I. Fernández Amat, P. Cano Mármol, A. Carrasco-Cremades, M. Castro-Navarro y A.M. Hernández-Martínez

Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Introducción: La íntima relación entre obesidad y diabetes *melitus* 2 (DM2), así como la tendencia actual de abordaje adipocéntrico, dan prioridad a fármacos que presenten un efecto ponderal neutro o que favorezcan la pérdida de peso como es el caso de los agonistas del péptido similar a glucagón 1 (ar-GLP 1). Estos fármacos reducen los niveles de glucosa posprandial y en ayunas, con bajo riesgo de hipoglucemia, además de poseer beneficios adicionales cardiovasculares y renales. En ensayos clínicos controlados se ha demostrado que todos los ar-GLP 1 presentan una reducción significativa de peso aunque con gran variabilidad, mientras que en el 16%

de los casos no se produjeron variaciones. En general, la pérdida de peso es de mayor magnitud cuanto más elevado es el exceso ponderal de partida. Las guías de práctica clínica aconsejan los ar-GLP 1 a partir de terapia combinada con metformina en pacientes con DM2, obesidad y/o con comorbilidades que se beneficien de una pérdida ponderal, teniendo en cuenta sus efectos adversos, el inconveniente de ser algunos inyectables y su coste.

Objetivos: Caracterizar en vida real el tratamiento con ar-GLP 1 y sus efectos sobre el PC y la HbA1c, en el Área I de Salud de la Región de Murcia.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Base de datos de historias clínicas informatizadas (Agora+) de 1.820 pacientes con diagnóstico de DM2 en tratamiento con ar-GLP 1 hasta marzo de 2020. Análisis descriptivo e inferencial realizados con R versión 4,0.3 (R Core Team 2020). Significación estadística $p < 0,05$. Tamaño del efecto η^2 .

Resultados: Dulaglutida fue el fármaco más prescrito (34%). La duración media del tratamiento fue de 35 meses. La edad media fue 56 años. Los valores iniciales medios fueron: PC: 100 kg, IMC: 37 kg/m², HbA1c: 7,73%. Todos los ar-GLP 1 obtuvieron pérdida de PC de 2,2% (dulaglutida) a 4,9% (semaglutida) ($p < 0,05$; $\eta^2 = 0,001$). Los hombres (105,66 Kg) tuvieron PC superior a las mujeres (91,66 Kg) ($p < 0,05$ $\eta^2 = 0,131$). La disminución de al menos el 5% del peso corporal se logró en 25,5% de pacientes. La reducción media de HbA1c osciló entre 0,23% (liraglutida) a 0,66% (dulaglutida) ($p < 0,05$ $\eta^2 = 0,003$). El 59,3% de pacientes alcanzó HbA1c < 7%.

Conclusiones: La terapia con ar-GLP1 en condiciones, de práctica clínica habitual tuvo un efecto de disminución globalmente discreto del peso corporal, aunque variable según sexo, edad y fármaco.

P-102. EXPERIENCIAS TEMPRANAS CON SEMAGLUTIDA ORAL EN VIDA REAL EN HOSPITAL DE DÍA DE DIABETES

C. Morales Portillo, M. Domínguez, I. Galán, P. Cayraso, I. Caballero, M.L. García y B. González

Vithas/Hospital Universitario VM, Sevilla, España.

Introducción: La tecnología SNAC por primera vez permite la administración oral de agonistas de receptores de GLP1 (AR-GLP1) y podría beneficiar en un uso más temprano ampliando su uso en población con diabetes tipo 2 (DM2) y obesidad a la que hasta ahora no habíamos llegado.

Objetivos: Evaluar la experiencia temprana de los primeros pacientes en los cuales iniciamos ArGLP1 oral en nuestras consultas de hospital de día de diabetes.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los primeros 80 pacientes que han completado los 6 meses de tratamiento con ArGLP1 oral más un programa educativo estructurado asociado, analizando características basales, eficacia en control

VALORES MEDIOS DE LAS PRINCIPALES VARIABLES AL INICIO DEL TRATAMIENTO									
GRUPO DE EDAD	IMC	PESO	HEM. GLICADA	COLESTEROL	HDL-COL	LDL-COL	CREATININA	F. GLOMERULAR	TRIGLICERIDOS
HASTA 40	40,59	116	7,36	185	41	105	0,75	117,51	232
ENTRE 41 Y 50	38,13	107	7,54	183	44	102	0,79	107,72	206
ENTRE 51 Y 60	36,87	100	7,87	179	47	98	0,82	98,92	184
ENTRE 61 Y 70	36,06	95	7,70	170	48	88	0,88	89,57	175
MAYOR DE 70	35,63	92	7,83	162	48	80	0,95	77,25	173
TOTAL	36,99	100	7,73	175	47	93	0,84	95,38	186

Figura Póster 101

metabólica (HbA1c), pérdida de peso total y composición corporal con impedanciometría (BIA INBODY 770) además de parámetros de riesgo cardiovascular.

Resultados: Edad $63,6 \pm 9,2$ años, 63% varones. 22% enfermedad cardiovascular establecida y 68% de muy alto riesgo cardiovascular. (hipertensión: 81%, dislipemia: 69%, AOS: 17%, cardiopatía isquémica: 15%, AVC: 5%, EAP: 1% IC: 8%, fumadores: 12%). Años de evolución de la diabetes $11,28 \pm 9,0$, IMC: $33,9 \pm 2,9$, HbA1c inicial $9,4\% \pm 1,9$. Tratamiento previo 63,1% con antidiabéticos orales y 44,9% insulinizados. La bajada de *HbA1 a los 6 meses fue de $-3,1\%$ ($9,4$ a $6,3\%$). La bajada de *Peso $-7,9$ kg ($92,4$ a $84,5$ kg), un 90% fue a expensas de pérdida de masa grasa y un 10% pérdida de masa musculoesquelética. Cambios favorables en el perfil bioquímico con implicaciones en la mejoría del riesgo cardiovascular de nuestra muestra de pacientes (*CT: 197 a 148 mg/dl, *LDL: 104 a 67 mg/dl, HDL: 47 a 49 mg/dl, *TG: 259 a 155 mg/dl, *GOT: $33-21$ mg/dl; *GPT: $25-20$ mg/dl, FGE $86-83$ ml/min (* $p < 0,05$).

Conclusiones: Observamos un uso más precoz y con IMC menor que en series previas publicadas en vida real en España con AR-GLP1 subcutáneos. La eficacia sigue siendo optima tanto en control metabólico como en pérdida de peso así como en parámetros lipídicos. Al mismo tiempo que se acompaña de una experiencia positiva del paciente al ser una terapia oral. La incorporación de técnicas de valoración morfofuncional en las consultas es imprescindible para fenotipar, motivar y establecer conversaciones en salud con nuestros pacientes. Necesitamos aumentar el tamaño muestral y el número de centros para aportar información en vida real que complemente los datos publicados en los ensayos clínicos.

P-103. RESULTADOS EN VIDA REAL DEL MANEJO DE LA SEMAGLUTIDA ORAL DIARIA COMO TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

J.L. Fernández Morera^a, C. Ballestín Rodríguez^b, J. Romano García^c, A.I. Alonso López^b y C.E. Calvo Rodríguez^a

^aHospital V, Álvarez-Buylla, Mieres, España. ^bCentro Salud Figaredo, Área VII, Mieres, España. ^cHospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Objetivos: Constatar el posicionamiento terapéutico en vida real de la semaglutida oral al protocolo del tratamiento de pacientes con diabetes tipo 2 e insuficiente control metabólico, los beneficios clínicos, analíticos y antropométricos

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y abierto en el que se describen características clínicas y antropométricas de 81 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 seguidos en consultas externas de Endocrinología y Nutrición del Hospital V. Álvarez Buylla a lo largo de 12 semanas tras el inicio de tratamiento con semaglutida oral entre enero y noviembre de 2022. Todos los pacientes estaban en tratamiento previo con antidiabéticos orales, con o sin insulina.

Resultados: De los 81 pacientes originales, 6 no acabaron el estudio debido a efectos adversos (náuseas, vómitos), por decisión clínica y

pérdida de seguimiento. Además en 8 pacientes se modificó el protocolo de ingesta para adecuar tolerancia. De dichos pacientes, se objetivaron mejoría clínica con pérdida de peso estadísticamente significativa y disminución de dosis total de insulina diaria (respecto a las cifras basales si tenía previamente), así como mejorías analíticas (HbA1C y triglicéridos). Destacar que en el último trimestre del 2022, se constató dificultad de acceso de mercado a los pacientes con análogo del receptor de GLP-1 subcutáneo previo (arGLP-1 SC) que obligo a cambiar como opción terapéutica a semaglutida oral en un grupo de pacientes. El efecto en HbA1C, el peso y la dosis total de insulina se mantuvo, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas, aunque se constataron un aumento de eventos adversos leves relacionados con la tolerancia oral.

Conclusiones: La adición de semaglutida oral al tratamiento previo con insulina con o sin antidiabéticos orales induce una disminución de HbA1c, peso y dosis de insulina de forma segura. Este efecto, conocido en usuarios de arGLP-1 SC, se mantiene cuando se realiza sustitución por arGLP-1 oral aunque eventualmente se constata un aumento de frecuencia de efectos adversos leves.

P-104. DISMINUCIÓN DE MICROALBUMINURIA EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO CON IDPP-4 TRAS AÑADIR EMPAGLIFOZINA

I. Venegas Nebreda^a, A. Yoldi Arrieta^a, M.T. Iglesias-Gaspar^{a,b}, C. Elías Ortega^a, A. Amilibia Achucarro^a, A. Mendía Madina^a y N. Egaña Zunzunegui^a

^aOsakidetza, Donostia, España. ^bBiodonostia, Grupo de Epidemiología Clínica, Donostia, España.

Introducción: La microalbuminuria (MA) es un marcador de daño renal y del riesgo cardiovascular de los pacientes diabéticos y son necesarias estrategias terapéuticas que ralenticen la evolución de la enfermedad renal diabética (ERD). Los primeros escalones clásicos de tratamiento con metformina y IDPP4 no aportan beneficios en la ERD, por lo que nos propusimos valorar la evolución de la microalbuminuria y parámetros de función renal en un grupo de diabéticos en tratamiento con IDPP4. Algunos de estos pacientes en asociación con metformina.

Material y métodos: Se estudiaron parámetros de función renal y tensión arterial en un grupo de 28 diabéticos tipo 2 de edades comprendidas entre los 53 y 74 años, a los que se asoció empagliflozina 10 mg a su tratamiento previo, con determinaciones basales, a los 6 y 12 meses de las variables estudiadas. Se ha establecido un nivel de significación estadística del 0,05 y se ha empleado el software estadístico STATA SE v.16 para el análisis.

Resultados: Se muestran en la tabla. En la primera fila, se muestra cómo la microalbuminuria disminuyó desde el momento basal hasta los 12 meses, siendo significativo. En la segunda fila, el filtrado glomerular no ha cambiado su valor basal a los 12 meses ($78,14 \pm 20,96$ ml/min) sin significación. A los 6 meses se produjo una disminución significativa del mismo ($69,11 \pm 16,4$ ml/min). En la tercera fila se analiza por se-

Tabla P-104

	Inicial	A los 6 meses	A los 12 meses	Significación
Microalbuminuria	269 ± 324	$216,28 \pm 263,3$	$203,43 \pm 261$	$p < 0,05$
Filtrado glomerular	$78,14 \pm 20,9$	$69,11 \pm 16,4$	$75,68 \pm 22,7$	$p > 0,05$
TA TAS	$138,3 \pm 19,3$	$129,32 \pm 15,5$	$123 \pm 12,85$	$p < 0,05$
TAD	$80,46 \pm 13,3$	$79,5 \pm 9,8$	$80 \pm 9,3$	$p > 0,05$
HbA1c	$8,15 \pm 0,84$	$7,85 \pm 0,81$	$7,67 \pm 0,67$	$p < 0,05$

parado la TA sistólica y la diastólica. Con respecto a la TA sistólica, se aprecia una disminución significativa a lo largo del estudio, sin encontrar modificaciones en la TA diastólica. Por último, con respecto al control metabólico, mejoró a lo largo del seguimiento.

Conclusiones: En nuestra muestra, y de forma similar a los datos recogidos en la literatura, emaglifozina mejora la MA en un periodo de 12 meses en pacientes con diabetes tipo 2 tratados con IDPP-4, disminuyendo la TA sistólica y mejorando el control metabólico. El filtrado glomerular se mantiene, tras una disminución inicial, a lo largo de 12 meses del seguimiento.

P-105. PRESENTACIÓN DE LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN RELACIÓN CON INHIBIDORES DE SGLT2

M. Guijarro Chacón

Hospital Universitario Badajoz, Badajoz, España.

Introducción: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2) son fármacos ampliamente utilizados en el tratamiento de la diabetes; estos fármacos actúan reduciendo los niveles plasmáticos de glucosa y logrando así una mejoría en el control glucémico. Una de las complicaciones más graves asociadas al uso de estos fármacos es la cetoacidosis diabética, que suele cursar con presentaciones atípicas.

Resultados de variables analizadas

	Diabetes mellitus 1 o LADA (n = 12)	Diabetes mellitus 2 (n = 7)
Características demográficas		
Sexo (mujeres) n	7	4
Edad (años)	49 ± 10	62 ± 10
Tiempo evolución de diabetes (años)	19 ± 8	16 ± 12
HbA1c (%)	8 ± 0,6	10 ± 0,8
Tratamiento antidiabético		
Insulina basal (n)	12	5
Insulina prandial (n)	12	4
Análogos GLP1 (n)	1	0
Gasometría al ingreso		
pH	7,08 ± 0,28	7,14 ± 0,19
Bicarbonato (mEq/L)	12,51 ± 6,80	13,01 ± 9,47

n = 19.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda retrospectiva de todos los pacientes hospitalizados a cargo del Servicio de Endocrinología en los 3 últimos años; de ellos se seleccionaron los pacientes cuyo motivo de ingreso era una cetoacidosis diabética en relación con ISGLT2. En los pacientes seleccionados, se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución de la diabetes, tratamiento antidiabético, HbA1c al ingreso y cifras de pH y bicarbonato al ingreso.

Resultados: Se seleccionaron un total de 19 ingresos por cetoacidosis diabética. Los resultados de las variables analizadas se muestran en la tabla. Se observó que la cetoacidosis diabética por ISGLT2 se desarrolla con frecuencia en pacientes que presentan HbA1c elevadas y personas con diabetes mellitus de largo tiempo de evolución. Además, un alto porcentaje de las personas con diabetes tipo 2 ya recibían tratamiento con insulina.

Conclusiones: La cetoacidosis diabética ocasionada por ISGLT2 es una complicación grave que debe ser tenida en cuenta. Para ello es importante una buena selección del paciente candidato al uso de estos fármacos y optimizar el seguimiento.

P-106. RESULTADOS DEL “PROYECTO MODELOS ORGANIZATIVOS EN LA ATENCIÓN A LA DIABETES MELLITUS TIPO 2”

R. Villegas-Portero^b, P.J. Remón Ruiz^a, M.M. Muñoz García^c, J. Mayoral Sánchez^d, F. Losada Viñau^a, M.Á. Mangas Cruz^a, A. Pumar Lopez^a y A. Soto Moreno^a

^aHospital Virgen del Rocío, Sevilla, España. ^bSubdirección Técnica de Gestión de la Información, Sevilla, España. ^cCentro de Salud Bermejales, Sevilla, España. ^dCentro de Salud Cerro del Águila, Sevilla, España.

Objetivos: Analizar los resultados clínicos de una intervención activa, dirigida y transversal de Equipos de Atención Primaria y Endocrinología en pacientes con DM tipo 2.

Material y métodos: Estudio cuasiexperimental con asignación por grupos en el que se valoró el modelo organizativo de atención en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Se diseñaron 3 brazos comparativos, 2 de intervención y 1 de control. En cada brazo de intervención se seleccionaron 2 centros de salud pareados por nivel socioeconómico del área y como control se estableció el conjunto de la población diabética del área sanitaria. El brazo de intervención activa se realizó una valoración conjunta de todos los pacientes calificados como DM tipo 2 de ambos CS, realizándose análisis de validación de la base de datos, descripción de la muestra de pacientes del Área y seleccionándose los pacientes a intensificar en relación a objetivos metabólicos, lipídicos y otros resultados de salud. En el

Tabla P-106

Características basales de los centros atendidos

	Intervención activa		Intervención moderada		Comparador basal
	CS 1	CS 2	CS 1	CS 2	
DM	8,22%	13,60%	9,71%	16,37%	
HgbA1C (DE)	6,96 (1,34)	6,93 (1,32)	6,90 (1,36)	6,98 (1,42)	6,95 (1,4)
HbA1c > 8% previo	35,3% (199)	32,1% (211)	31% (722)	40% (1275)	
HbA1c > 8% posintervención	17,1% (96)*	4,4% (951)*	27,1% (631)	37,3% (1188)	
LDL (DE)	103,4 (35,11)	103,52 (34,97)	103 (35,1)	104,23 (35,70)	103,4 (35, 52)

segundo brazo de intervención activa se extrajeron los listados de pacientes de los datos centrales de salud y se entregaron a los Equipos de Atención Primaria para su valoración, disponiendo de un referente en Diabetes de la UGC de Endocrinología y Nutrición para consejo terapéutico.

Resultados: Las características principales de los pacientes atendidos en los distintos grupos se resumen en la tabla. Tras el año de intervención, se observó una reducción en el número de pacientes con HbA1c > 8% en los centros de salud del brazo de intervención activa, sin observarse diferencias en los centros de intervención moderada.

Conclusiones: La atención transversal, multidisciplinar y con monitorización a través de sistemas de eHealth parece suponer un beneficio clínico en los pacientes con DM tipo 2.

P-107. DIABETES MELLITUS Y TRASPLANTE RENAL: EXPERIENCIA CON AR-GLP1 E ISGLT2

H. Casal de Andrés, E. Chumbiauca Vela, S. Echeverría Andueza, M. Zaballos Mayor, S. Pérez Rodríguez, P. Martín Moreno y F.J. Escalada San Martín

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

Introducción: Es conocido el alto riesgo cardiorrenovascular de los pacientes con diabetes mellitus (DM), que se incrementa en DM con trasplante renal (TR). Por otra parte, son evidentes los beneficios cardiorrenales de los agonistas del receptor de GLP1 (ar-GLP1) e inhibidores de SGLT2 (iSGLT2) en los pacientes con DM2, pero apenas hay datos en pacientes con DM y TR.

Objetivos: Revisar el uso de estos fármacos en una cohorte de pacientes con DM y TR de nuestro entorno.

Material y métodos: Revisión de historias clínicas de pacientes con DM2 y TR de nuestro Centro a los que se inició tratamiento con ar-GLP1 o iSGLT2. Test de Wilcoxon para datos emparejados.

Resultados: Se analizan 17 personas con DM y TR, tratados con ar-GLP1 o con iSGLT2, con un predominio de varones (76,5%) y una edad media de 66 años (35-78 años). Grupo ar-GLP1 (n = 8): Tiempo medio de tratamiento: 22 meses (2 meses a 5 años). Datos pretratamiento (media): 82,7 Kg de peso, HbA1c 7,6%, creatinina 1,64 mg/dL, filtrado glomerular estimado (FGe) 43 mL/min/1,73 m². Tras tratamiento: pérdida de 5,7 kg de peso (-18 a +2,8 kg, p = 0,0357), HbA1c -0,4% (-1,3% a +1,6%, p = 0,29). Creatinina +0,07 mg/dL (-0,3 a +1,1; p = 0,7) y FGe -3,6 mL/min/1,73 m² (-26 a 5 mL/min/1,73 m²; p = 0,72). El efecto adverso más frecuente fue la intolerancia digestiva, que se presentó en un 25% de los pacientes y fue motivo de la suspensión del tratamiento. Uno de los pacientes falleció por insuficiencia cardíaca. Grupo iSGLT2 (n = 9): Tiempo medio de tratamiento: 10 meses (1-36 meses). Datos pretratamiento (media): 70,2 Kg de peso, HbA1c 6,8%, creatinina 1,4 mg/dL, FGe 54 mL/min/1,73 m². Tras tratamiento: pérdida de 2,2 kg de peso (-3,8 a +1,8 kg; p = 0,03), HbA1c -0,4% (-1,7% a +0,6%; p = 0,3). Creatinina +0,04 mg/dL (-0,2 a +0,5; p = 0,9) y FGe de +0,4 mL/min/1,73 m² (-10 a 7 mL/min/1,73 m²; p = 0,9). No se registró ningún episodio de infección genitourinaria.

Conclusiones: Se confirma la seguridad renal de ambas familias terapéuticas, sin aumento de infecciones genitourinarias ni empeoramiento del filtrado. Sí se observó un alto porcentaje de intolerancias digestivas en el grupo de ar-GLP1. A pesar de la pequeña muestra y corto tiempo de seguimiento, la pérdida de peso fue significativa en ambos grupos, con una reducción no significativa en HbA1c. Se necesitan estudios a largo plazo y con mayor número de pacientes para poder apreciar los beneficios cardiorrenometabólicos que podrían aportar en este tipo de pacientes.

P-108. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO DE DIABETES HOSPITALARIA (PDH)

M.J. Vallejo Herrera, C. Rodríguez Beltrán, M.J. García Baez, V. Soria Utrilla, C. Maldonado Araque, C. Bautista Recio y S. González Romero

Hospital Regional de Málaga, Málaga, España.

Introducción: En 2020, a raíz de la pandemia, se modificó el protocolo de diabetes hospitalaria en nuestro centro, a partir del protocolo previo de la SAEDYN. Introduciendo mejoras como: cambio objetivo de control glucémico (140-180), uso de linagliptina que disminuía contactos COVID, y una nueva pauta correctora para pacientes sin bolos prandiales si hiperglucemia > 180. En 2021 se presentó una primera evaluación de su implementación, y en 2022 se ha realizado una reevaluación del mismo.

Objetivos: Evaluar tratamiento y manejo de la diabetes hospitalaria en nuestro centro tras cambiar el protocolo.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes adultos hospitalizados en plantas médicas y quirúrgicas. Se recogieron datos de historias clínicas: demográficos, servicio de ingreso, motivo de ingreso, tratamiento domiciliario, tratamiento al corte, glucemia al ingreso, tratamiento aplicado según el protocolo, realización de HbA1c, registros de glucemias capilares e hipoglucemias.

Resultados: Se incluyeron 129 pacientes (servicios médicos y quirúrgicos). Edad media: 83 años (49 mujeres/89 varones). La gran mayoría tenían diabetes mellitus tipo 2. Un 59% tenían tratamiento previo al ingreso con terapias no insulínicas, y un 39% estaban insulinizados. Un 60% tenían glucemia venosa al ingreso < 180. A un 22% se les realizó HbA1c durante el ingreso; un 47% no se pidió en el ingreso pero la tenía en los 6 meses previos. El 73% tenían HbA1c < 8%. Terapia al ingreso: según nuestro protocolo, aproximadamente 62 pacientes habrían sido candidatos a iniciar el tratamiento con linagliptina, con o sin insulina basal (por glucemia al ingreso < 180, baja dosis de insulina en domicilio (< 30 UI/día) y ausencia de contraindicación). De estos, se inició de entrada linagliptina en un 34% (21/62 de los pacientes), todos en plantas médicas. Al ingreso, en la mayoría de los casos (26%) se inició tratamiento insulínico con pauta basal bolo + correctora (PC), 18% con basal o basal bolos sin PC, 14% con basal + PC, 11% solo con PC. Se presentan también las modificaciones de esta pauta inicial. Se hizo alguna individualización de la pauta de insulina al ingreso en un 64% de los casos. El tipo de insulina glargina fue un biosimilar en el 25%. En 60 pacientes se usaron las pautas correctoras propuestas en el protocolo, A, B, C o pauta 0. La pauta insulínica estaba mal prescrita en un 10% de casos, especialmente las pautas correctoras pudiendo llevar a confusión. Al corte, un 14% de pacientes insulinizados con basal o basal bolo, no tenían prescrita pauta correctora.

Conclusiones: Un porcentaje elevado de pacientes pueden beneficiarse de una terapia antidiabética no intensificada. La linagliptina podría simplificar el tratamiento en muchos casos. Se precisa mayor divulgación del protocolo entre facultativos y enfermeros, sobre todo el uso correcto de pautas correctoras.

P-109. BENEFICIOS DE LOS SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DM2 EN TERAPIA BASAL BOLO

M.A. Morales Posada, C. Gil Mouce, N. Rodríguez Novo, P. Álvarez Castro, J.M. de Matías Leralta, J.A. Castro Piñero, C. Lozano Aida, R. Argüeso Armesto, P. López Emil, M. Botana Lopez y J.I. Vidal Pardo

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

Objetivos: Evaluar los beneficios sobre el control glucémico en pacientes con Diabetes tipo 2 que reciben tratamiento con insulina en régimen basal bolo entre otros tratamientos para la diabetes, con control subóptimo, lábil o hipoglucemias, en los que se inicia un sistema de monitorización *flash* de glucosa.

Material y métodos: Se realiza un estudio observacional prospectivo de 6 meses de duración, con datos de práctica clínica habitual, sobre 20 pacientes en seguimiento en Consultas Externas de Endocrinología desde marzo de 2022 a enero de 2023. Se evaluó el control glucémico según parámetros de glucometría al mes, a los 3 y 6 meses; la Hb1Ac a los 3 y 6 meses además de su evolución ponderal y la dosis de insulina total, basal y rápida, además se evaluaron el número de hipoglucemias. Durante el estudio únicamente se modificó el tratamiento insulínico según práctica clínica habitual sin efectuar otros cambios sobre demás tratamientos para la diabetes; se realizó control de peso y sobre los demás FRCV.

Resultados: Completaron el estudio un total de 19 pacientes con una mediana de edad de 70 años. La media de peso era 82,41kg y la Hb1Ac media antes de colocar el sensor era de 8,21% (siendo la mayor de 10,9 y la menor de 6,3%). Al final del estudio la media de Hb1Ac había mejorado en 0,5 puntos, siendo el mayor descenso de 2,4 puntos en 1 paciente. Respecto a los parámetros de glucometría, la media de GMI apenas se modificó durante el estudio (media de 7,29), tampoco el TIR (62,76 media), el tiempo que los pacientes mantienen activo el sensor (90%). La glucosa promedio aumentó 5,29 mg/dl respecto al inicio del estudio (173 mg/dl), la variabilidad disminuyó un 0,89% (31,99% al final del estudio), El porcentaje de tiempo con glucemias altas aumentó un 8,2% sin embargo el tiempo con glucemias muy altas bajó un 1,08%. Respecto a las hipoglucemias, la media aumentó discretamente sobre todo a los 3m del estudio respecto al inicio pero se trataron en su mayoría de hipoglucemias leves, muchas asintomáticas y detectadas únicamente por el sensor, ninguna se trató de una hipoglucemia grave.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con diabetes tipo 2 en terapia basal bolo de insulina el uso del sistema *flash* de monitorización de glucosa ha demostrado una mejora en cuanto a Hb1Ac, el tiempo en glucemias muy altas y variabilidad glucémica. La mejora es ostensible a los 3 meses y se mantiene a los 6 meses.

P-110. EFECTO DE LA PIOGLITAZONA EN COMBINACIÓN CON ISGLT2 SOBRE EL CONTROL METABÓLICO DE PACIENTES CON DM2 Y MAL CONTROL METABÓLICO

J. Bodoque Cubas, S. Martínez Pérez, J.J. Salazar González, M. Miret Llauredó y E. Julián Ávila

Hospital Verge de la Cinta, Tortosa, España.

Objetivos: La pioglitazona es uno de los fármacos más utilizados en el curso de la historia de la diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), sin embargo, su empleo ha caído en desuso desde la aparición de los SGLT2 y los análogos del GLP1. No obstante, al actuar directamente sobre el trofismo de la célula beta, es un potente sensibilizador de la insulina y, sus efectos sobre la hemodinámica vascular, pueden ser compensados gracias al efecto diurético de los iSGLT2. Nuestro objetivo es demostrar la eficacia de pioglitazona en combinación con iSGLT2 respecto al control glucémico y el perfil lipídico de pacientes con DM2 y mal control metabólico.

Material y métodos: Se reclutaron 15 pacientes mayores de 18 años diagnosticados de DM2 e IMC < 30 que presentaban mal control metabólico (Hb1Ac de partida 8-9%) que se encontraban exclusivamente bajo tratamiento con metformina y/o otros antihipertensivos orales (sulfonilureas, iSGLT2 o meglitidinas). En todos los casos se introdujo pioglitazona de 30 mg/día al que se asoció, en caso de no recibirlo, un empaglifozina 10 mg/día y, en caso de encontrarse previamente bajo tratamiento con el mismo, se incrementó la dosis

de empaglifozina a 25 mg/día. Así mismo, si se retiraron las meglitidinas y las sulfonilureas del esquema terapéutico. Se realizaron dos visitas de control, a los 3 y 6 meses. Se analizaron datos antropométricos (peso, talla e IMC) y analíticos (glucemia basal, Hb1A y microalbuminuria).

Resultados: Se presentan en la tabla.

N = 15	Inicio	3 meses	6 meses	p
IMC	26,80 ± 8,2	26,91 ± 7,9	26,72 ± 7,45	0,543
Glucemia basal (mg/dl)	185 ± 10,4	162 ± 12,34	151 ± 11,32	< 0,005
Hb1Ac (%)	8,6 ± 3,5	7,2 ± 4,21	6,7 ± 2,8	< 0,001
Microalbuminuria (mg/g)	112 ± 16,8	95 ± 8,6	65 ± 9,1	< 0,005

Conclusiones: La combinación de pioglitazona con iSGLT2 consigue disminuir los posibles efectos adversos de la pioglitazona en cuanto a la retención hidrosalina y, por tanto, sobre la composición corporal y el peso. En pacientes no obesos, asociar pioglitazona al esquema terapéutico de la DM2 puede ser alternativa eficaz y económica conseguir un buen control glucémico, consiguiendo resultados muy interesantes en la mejora de los parámetros metabólicos de la DM2.

P-217. VISIBILIDAD DE LA ENFERMERA REFERENTE DEL MAPA DE GLUCEMIAS: UNA FIGURA CLAVE PARA EL CONTROL GLUCÉMICO INTRAHOSPITALARIO

M.T. Maturana Femenia, E. López Miras, N. Bau Serrallonga y R. Montenegro Famada

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona, España.

Introducción: El mapa de glucemias es la herramienta con la cual podemos visualizar cualquier glucemia registrada en el programa informático enfermero Gacela Care®. Permite hacer un seguimiento más detallado de los pacientes con diabetes que ingresan por cualquier otro proceso intercurrente o cirugía, y ayuda a un mejor manejo de los controles glucémicos durante su ingreso, la simplificación del tratamiento en casos de pacientes polimedcados, o la intensificación de este al alta en caso de ser pacientes que sean candidatos para optimizar su control metabólico. En 2019 se creó, en el Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona, el mapa de glucemias como herramienta de control de los valores glucémicos donde la enfermera referente y el endocrino son una pieza clave en el seguimiento del control glucémico intrahospitalario. El hecho de conocer el tipo de diabetes que presenta el paciente y el estudio de cada caso es de gran importancia para decidir el mejor tratamiento durante el ingreso y al alta. Además, hay que diferenciar estos pacientes con diabetes de los que presentan hiperglucemia de estrés. La probabilidad de que un paciente con diabetes precise de un ingreso es superior al resto de la población puesto que tienen un mayor riesgo de sufrir infecciones postoperatorias, más alta morbilidad, estancias hospitalarias más largas y peor pronóstico de cara al alta.

Objetivos: Dar a conocer el rol de la enfermera referente del mapa de glucemias, que es la encargada de mejorar el control glucémico del paciente durante el ingreso, procurando mantener cifras entre 100-180 mg/dl e intentando evitar descompensaciones agudas, así como simplificar o intensificar el tratamiento hipoglucemiante habitual al alta.

Material y métodos: Revisión diaria del registro de glucemias realizado en Gacela Care®, donde aparecen la glucemia mínima y máxima registradas en las últimas 24 h. De las 300 camas hospitala-

rias, se suelen realizar controles glucémicos a entre un 25-35% de los pacientes ingresados, haciendo el seguimiento de todos los servicios de hospitalización de adultos, excluyendo medicina interna.

Resultados: La revisión sistemática del mapa de glucemias realizada por la enfermera referente permite adaptar las pautas insulínicas preconfiguradas según el protocolo de cada servicio, adecuándolas a cada paciente, disminuyendo así el riesgo de hipoglucemias e hiperglucemias en el paciente institucionalizado.

Conclusiones: La implementación de la herramienta del MAPA de glucemias, así como la creación de la enfermera referente que realiza un seguimiento más exhaustivo de estos pacientes, tiene un efecto positivo en el manejo de la diabetes intrahospitalaria, ayudando a mejorar el control metabólico y la adherencia al tratamiento.

P-218. MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

J.A. Mascuñana Calle, A. Moreno Tirado, M.Z. Montero Benítez, P. Jiménez Torrecilla, P. González Lázaro, A. Lomas Meneses, F. del Val Zaballos, F.J. Gómez Alfonso, I. Gómez García y M. López Iglesias

Hospital General La Mancha Centro, Ciudad Real, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus tipo II supone la causa más frecuente de enfermedad renal crónica adquirida en nuestro medio. La progresión de la enfermedad conlleva tanto un peor control glucémico, como una disminución de las posibilidades terapéuticas. El objetivo de este trabajo es analizar el manejo de la diabetes mellitus en una consulta de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, junto a las opciones de tratamiento que ofrezcan un mejor control.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal, cuyos criterios de inclusión son ser mayor de 18 años, presentar un filtrado glomerular < 30 ml/min, tener diagnóstico de diabetes mellitus, y estar actualmente en tratamiento. Se obtiene una muestra de 75 individuos, donde se estudia la edad, los valores analíticos de creatinina, albuminuria, glucemia basal en ayunas y HbA1c. Para el estudio comparativo entre fármacos, usamos la HbA1c como marcador de control glucémico. Se usa el programa SPSS para la obtención de datos.

Resultados: La muestra a estudio presenta una media de edad de 74 años, con una albuminuria media de 654,53 mg/g. El valor medio de la creatinina fue de 3,68 mg/dl, la glucemia en ayunas de 135,88 mg/dl, y una HbA1c de 6,87%. Los pacientes, en el momento del estudio, usan 5 familias de fármacos antidiabéticos, siendo el más utilizado la insulina en monoterapia (32%), seguido de los IDPP4 en monoterapia (21%). El 62% hace uso de insulina, sola o en combinación con otros fármacos. Le siguen los IDPP4 (45%) repaglinida (26%), GLP1 (6,33%) e ISGLT2 (5,33%). Respecto a cuáles de estos mantienen mejor control de la HbA1c, la insulina es el único fármaco en nuestro estudio, que ha demostrado con un intervalo de confianza > 95%, mantener cifras de HbA1c < 6,5%. Los IDPP4 en monoterapia, por el contrario, han mostrado una relación de peor control, con cifras por encima de 6,5%. Entre las distintas combinaciones de fármacos, la única que ha presentado una diferencia estadísticamente significativa, ha sido la combinación de IDPP4 con insulina, donde demuestra mejor control glucémico, con respecto a la combinación de IDPP4 con repaglinida.

Conclusiones: La insulina supone por el momento el fármaco que ofrece mejor control en los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Actualmente, se prefiere el uso de fármacos que no requieren ajuste de función renal, a pesar de que las nuevas alternativas, como los ISGLT2 o GLP1, que permiten su uso con un filtrado glomerular > 15 ml/min. Los IDPP4 en monoterapia se reservan, sobre todo, para pacientes ancianos, dado sus pocos efectos secundarios, junto con una mayor flexibilidad en los niveles de HbA1c.

P-219. DIABETES TIPO 2 Y CORTICOIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Taverna Llaurado, L. Gené Huguet, J.M. Duran Visiedo y F. Ulldemolins Martinell

CAP Les Borges del Camp, Les Borges del Camp, España.

Introducción: En Atención Primaria (AP) tenemos cada vez más pacientes mayores, diabéticos tipo 2 con obesidad y alguna enfermedad crónica que precisa corticoides orales largos periodos de tiempo o permanentemente. El control de la diabetes en estos pacientes es difícil debido a la potente capacidad hiperglucemiante de los corticoides. Objetivo: observar la eficacia de semaglutida oral en el paciente diabético, obeso y tratado con corticoides: a propósito de un caso.

Caso clínico: Mujer 80 años. Antecedentes: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, polimialgia reumática, obesidad, hipotiroidismo, fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica, artrosis generalizada. Tratamiento: metformina 1.000 mg/12 h, pioglitazona 15 mg, insulina Abasaglar 8 UI, acenocumarol según pauta, levotiroxina 50 µg, furosemida 40 mg, amlodipino 5 mg, omeprazol 20 mg, prednisona 10 mg, paracetamol 1 g. Exploración física: TA 140/66, FC 62x, peso 74,5 kg. IMC 32,25. Auscultación cardiopulmonar, abdominal y extremidades inferiores normales. Escala EVA del dolor: 6/10. Analítica (tabla). Diagnóstico: diabetes tipo 2 mal controlada. Tratamiento: dieta baja en hidratos de carbono y ejercicio físico 45 minutos 5 días por semana. Se aumenta levotiroxina a 50mcg/día y se añade semaglutida oral 3 mg/día. Al mes, al no presentar efectos secundarios, se aumenta la dosis de semaglutida oral a 7 mg y se disminuye dosis de insulina Abasaglar a 6 UI por hipoglucemias en ayunas. A los 4 meses, al mejorar el dolor, se reduce la dosis de prednisona a 7,5 mg/día. A los 9 meses, se reduce la dosis de prednisona a 5 mg/día y se retira la insulina Abasaglar progresivamente. El tratamiento con semaglutida oral en 9 meses ha producido: 1. Reducción peso de 2,5 kg; 2. Reducción de la HbA1c de 0,7%; 3. Reducción del colesterol LDL en 7 puntos; 4. Mejoría del filtrado glomerular en 0,8 puntos; 5. Disminución de puntuación en la escala EVA del dolor en 4 puntos; 6. Disminución de dosis de prednisona a 5 mg y 7- Suspensión del tratamiento con insulina.

	Datos iniciales	Datos 4 meses	Datos 9 meses
TA	140/66	129/63	140/71
Peso	74,5	73	72
IMC	32,25	32,15	32,15
Glucosa	74	82	118
HbA1c	7,6	6,8	6,9
Colesterol total	210	205	189
Colesterol LDL	99	95	92
Colesterol HDL	85	83	84
Filtrado glomerular	44	42,8	43,2
TSH	5,96	1,58	2,35
Escala dolor EVA	7/10	5/10	3/10

Discusión: Semaglutida + metformina + pioglitazona es un tratamiento eficaz de la DM tipo2 con obesidad y tratamiento crónico con corticoides que se puede iniciar en Atención Primaria sin problema. Actualmente en AP los arGLP-1 (semaglutida) están infrautilizados en la práctica clínica a pesar de su posición en las guías, suponen el 9% de la prescripción total de fármacos para la diabetes en España. Causas: la inercia terapéutica, la necesidad de visado y ser novedad terapéutica, las condiciones de administración de semaglutida oral y la tolerabilidad con semaglutida oral.