

ansiedad o depresión en relación con la DM1 (29,7%) y el miedo a las hipoglucemias (24,3%). El 48,6% habían tenido algún ingreso previo por hipo o hiperglucemia. Todos tenían algún diagnóstico previo de salud mental, la mayoría (38,5%) trastorno por ansiedad, seguido de trastorno adaptativo (17,9%). El 33,4% recibía tratamiento con antidepresivos y/o benzodiazepinas. El 84,8% acudieron al menos a una visita. En cuanto al control metabólico previo a la intervención psicológica, los pacientes con MDI presentaban peor HbA_{1c} que pacientes con ISCI ($9,3 \pm 1,9$ vs. $7,5\% \pm 0,86$, $p < 0,001$). 34,3% MDI no utilizaban sistema de monitorización glucémica tipo *flash* por decisión propia. No se encontraron diferencias significativas en la HbA_{1c} pre y post intervención (8,66 vs. 8,4%) ni en la AGP global pre y post intervención, así como tampoco en la HbA_{1c} pre y posdiferenciando por mayor o menor adherencia a las consultas (≤ 5 o > 5 en número de consultas), si bien existe una heterogeneidad en el número de visitas y el tiempo de intervención.

Conclusiones: En nuestra muestra, no hubo una mejora significativa del control metabólico tras una intervención psicológica dirigida, si bien se trata de una muestra reducida y muy heterogénea. Son necesarios más estudios para protocolizar intervenciones dirigidas a la salud mental de los pacientes con DM1 que impacten en el control metabólico.

P-076. DIFERENCIAS EN PARÁMETROS DE CONTROL GLUCÉMICO TRAS EL INICIO DE TRATAMIENTO CON SISTEMAS HÍBRIDOS DE ASA CERRADA SEGÚN SEXO, EDAD Y TIPO DE TRATAMIENTO PREVIO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

J. Ares Blanco^{a,b}, P. Pujante Alarcón^{a,b}, A.V. García Gómez^b, C. Lambert^b, E. Delgado Álvarez^{a,b} y E. Menéndez-Torre^{a,b}

^aHospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

^bInstituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, España.

Introducción y objetivos: Varios estudios han demostrado que los sistemas híbridos de asa cerrada mejoran la HbA_{1c} y el tiempo en rango (TER) en adultos con diabetes tipo 1. Los sistemas híbridos de asa cerrado (SHAC) funcionan mediante algoritmos especialmente programados para evitar tanto la hiperglucemia como la hipoglucemia y ayudar así a facilitar la vida de las personas con diabetes. El objetivo de este estudio fue evaluar las diferencias en parámetros de control glucémico en nuestros pacientes a los 6 meses de iniciar el tratamiento con 4 sistemas diferentes de asa cerrada, y determinar si existen diferencias en cuanto al sexo, la edad o las opciones terapéuticas previas.

Material y métodos: Estudio prospectivo, de un solo centro, de un solo brazo, en el que reclutamos a 68 adultos que acudían a nuestras consultas y que iniciaron tratamiento con SHAC entre junio y diciembre de 2022, independientemente del tratamiento previo. Los parámetros evaluados se midieron al inicio y después de 6 meses de iniciar el nuevo tratamiento. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba t de Student pareada y se consideró estadísticamente significativo un valor $< 0,05$.

Resultados: 68 participantes (49 mujeres) completaron el estudio de 24 semanas. Los varones mostraron diferencias estadísticamente significativas solo en relación con el aumento del TER, mientras que las mujeres mostraron beneficios adicionales disminuyendo también el índice de gestión de glucosa (GMI) y la HbA_{1c}. Los participantes de > 50 años (13) fueron los que más se beneficiaron al aumentar el TER y disminuir la HbA_{1c} y la GMI, mientras que los < 40 (25), los que menos, ya que solo se beneficiaron de aumentar el TER. Las personas que portaban sistemas con parada en predicción de hipoglucemia (SAP) (13) antes de comenzar el tratamiento con SHAC mostraron menores beneficios en los parámetros evaluados en comparación con aquellos

con regímenes de múltiples dosis de insulina (MDI) (15) o bombas de infusión de insulina (40), solo mediante el aumento del TER.

Conclusiones: El inicio del tratamiento con SHAC ayuda a mejorar los parámetros del control glucémico en todos nuestros pacientes. Los más beneficiados son las mujeres, > 50 años y los que fueron tratados antes con MDI.

P-077. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROGRAMA DE IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS HÍBRIDOS EN UN HOSPITAL DE NIVEL 2

S. Duran, S. Roque, N. Ascoeta, P. Canelada, R. Morínigo y L. Tuneu

Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España.

Introducción y objetivos: Se ha descrito que los sistemas híbridos mejoran el control de la glucemia, y la calidad de vida de los pacientes con DM1. Por ello, se ha decidido valorar a los dos meses de haber iniciado la implantación de sistemas híbridos de infusión, los cambios en el tiempo en rango, el impacto sobre el número y la gravedad de las hipoglucemias y los cambios en las dosis de insulina.

Material y métodos: Dentro del programa de implantación de sistemas híbridos de infusión de insulina se evalúan las características clínicas y de calidad de vida de los pacientes que han iniciado el programa. El programa comprende cinco sesiones iniciales y cuatro visitas posteriores (1, 3, 5, 6, 12 meses) en el primer año, en las que además de los parámetros clínicos se evalúan la calidad de vida (DQoL), las hipoglucemias desapercibidas (Clarke) y la adherencia al tratamiento (SCI-R). Dado el tamaño muestral, se han analizado los datos apareados con la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Resultados: El programa se ha iniciado con 10 pacientes con DM1 (3 hombres y 7 mujeres) de edades comprendidas entre (17-51) años, con Hb1AC al inicio entre 5,8%-8,3% (mediana 7,3) y una dosis total de insulina entre (17-36) UI/día, mediana 26,6. En todos los pacientes se ha producido una mejoría clínica y estadísticamente significativa del TIR, TAR y TBR (z-valor: -2, 6 $p < 0,05$, z-valor: 2,48 $p < 0,05$, z-valor: -2,36 $p < 0,05$), respectivamente. Con un aumento significativo de las dosis diarias de insulina (z-valor: -2,5205, $p < 0,05$).

Conclusiones: La mejoría a corto plazo en los parámetros glucémicos redundan en un mejor control global de la enfermedad con un incremento en las dosis de insulina.

TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2

P-078. BENEFICIO DEL TRATAMIENTO COMBINADO CON ARGLP-1 E ISGLT2 EN LOS RESULTADOS RENALES EN LA DIABETES TIPO 2

N. Gros Herguido^a, K.K. Bjerring Clemmensen^{b,c}, B. Zareini^d, T. Gerds^e, K. Kold Sørensen^d, K. Kvist^b, J.P. David^b y C. Torp-Pedersen^d

^aEndocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ^bNovo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca.

^cSteno Diabetes Center Copenhagen, Herlev, Dinamarca.

^dDepartment of Cardiology, Copenhagen University Hospital-North Zealand Hospital, Hillerød, Dinamarca. ^eSection of Biostatistics, University of Copenhagen, Copenhagen, Dinamarca.

Objetivos: El uso del tratamiento combinado con agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP-1) e inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) está en aumento, pero falta evidencia en vida real sobre su beneficio renal. El objetivo del estudio es comparar el tratamiento combinado con arGLP-1 e iSGLT2 con otras terapias duales de segunda línea para la diabetes tipo 2 con respecto a los resultados renales.

Material y métodos: Entre 2010 y 2021, se realizó seguimiento de los pacientes incluidos en los registros nacionales daneses desde el inicio del tratamiento dual de segunda línea para la diabetes tipo 2. Los objetivos a estudiar fueron: enfermedad renal crónica, enfermedad renal terminal y disminución > 50% de la TFGe desde el inicio del seguimiento. El riesgo estimado después de 1 de 4 combinaciones de terapia dual se determinó utilizando un marco de inferencia causal longitudinal asumiendo que todos los pacientes siguieron una terapia dual durante 5 años.

Resultados: En total se incluyeron 87.201 personas (arGLP-1 e iSGLT2: 14.831, arGLP-1 y DPP4/SU/TZD: 20.417, iSGLT2 y DPP4/SU/TZD: 22.803, combinación dual DPP4/SU/TZD: 29.150). La ratio de riesgo a 5 años (IC del 95%) de la terapia dual con arGLP-1 e iSGLT2 en comparación con la referencia (combinación dual DPP4/SU/TZD) para la enfermedad renal crónica fue: 1,03 (0,97-1,08), para la enfermedad renal terminal fue: 0,12 (0,09-0,15) y para la disminución > 50% en TFGe fue: 0,52 (0,45-0,59).

Conclusiones: El tratamiento combinado con arGLP-1 e iSGLT2 en comparación con otras terapias duales da como resultado una mayor reducción del riesgo de enfermedad renal terminal y de la disminución de la TFGe, mientras que la doble terapia con iSGLT2 y DPP4/SU/TZD mostró una mayor reducción del riesgo de enfermedad renal crónica.

P-079. BENEFICIO DEL TRATAMIENTO COMBINADO CON ARGLP-1 E ISGLT2 EN LOS RESULTADOS CARDIOVASCULARES EN LA DIABETES TIPO 2

M.G. Rodríguez^a, B. Zareini^b, T. Gerd^c, K. Kold Sørensen^b, K.K. Bjerring Clemmensen^{d,e}, K. Kvist^d, J.P. David^d y C. Torp-Pedersen^b

^aComplejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS/SERGAS) and Epigenomics in Endocrinology and Nutrition Group, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago (IDIS), Santiago, España.

^bDepartment of Cardiology, Copenhagen University Hospital-North Zealand Hospital, Hillerød, Dinamarca. ^cSection of Biostatistics, University of Copenhagen, Copenhagen, Dinamarca. ^dNovo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ^eSteno Diabetes Center Copenhagen, Herlev, Dinamarca.

Objetivos: Falta evidencia sobre el beneficio cardiovascular del tratamiento combinado con agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP-1) e inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2). El objetivo es comparar el beneficio de la terapia dual con arGLP-1 e iSGLT2 con otras terapias duales para la diabetes tipo 2 con respecto a la insuficiencia cardíaca y los eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE).

Material y métodos: Entre 2010 y 2021, se realizó seguimiento de los pacientes incluidos en los registros nacionales daneses desde el inicio del tratamiento dual de segunda línea para la diabetes tipo 2. El objetivo primario fue la insuficiencia cardíaca y los objetivos secundarios fueron el MACE y la mortalidad por todas las causas. El riesgo estimado después de una 1 de 4 combinaciones de terapia dual se determinó utilizando un marco de inferencia causal longitudinal asumiendo que todos los pacientes siguieron una terapia dual durante 5 años.

Resultados: Se incluyeron un total de 87.201 personas (arGLP-1 e iSGLT2: 14.831, arGLP-1 y DPP4/SU/TZD: 20.417, iSGLT2 y DPP4/SU/TZD: 22.803, combinación dual DPP4/SU/TZD: 29.150). La ratio de riesgo a 5 años (IC del 95%) de la terapia dual con arGLP-1 e iSGLT2 en comparación con la referencia (combinación dual DPP4/SU/TZD) para insuficiencia cardíaca fue: 0,93 (0,87-1,00), para MACE: 0,91 (0,87-0,95) y para mortalidad por todas las causas: 0,78 (0,74-0,82).

Conclusiones: La combinación de arGLP-1 e iSGLT2 mostró un beneficio en la insuficiencia cardíaca en comparación con otras terapias duales. El tratamiento combinado con arGLP-1 e iSGLT2 mostró un beneficio en MACE y en mortalidad por todas las causas en comparación con el tratamiento de referencia.

P-080. TIEMPO TRANSCURRIDO CON HbA1C ≤ 6,5% Y PÉRDIDA DE PESO ≥ 5% MANTENIDAS DESPUÉS DE INICIAR EL TRATAMIENTO CON TIRZEPATIDA FRENTE A SEMAGLUTIDA: ANÁLISIS EXPLORATORIO DE SURPASS-2

J. Ágreda^a, B.K. Bergman^b, J. Rosenstock^c, W.T. Garvey^d, R.L. Batterham^e, Y. Chen^b, M. Liu^b y V.T. Thieu^b

^aEli Lilly and Company, Alcobendas, España. ^bEli Lilly and Company, Indianápolis, EE.UU. ^cVelocity Clinical Research at Medical City, Dallas, EE.UU. ^dUniversity of Alabama at Birmingham, Birmingham, EE.UU. ^eUniversity College London, Londres, Reino Unido, España. ^fTigermed-BDM Inc, Somerset, EE.UU.

Introducción: Tirzepatida, un agonista del receptor de GIP/GLP-1 de administración semanal, fue aprobado recientemente para el tratamiento de diabetes de tipo 2 y manejo del peso. En SURPASS-2, tirzepatida (5/10/15 mg) demostró mejoras significativas y clínicamente significativas en la HbA_{1c} y el peso corporal en comparación con semaglutida 1 mg. Comparamos el tiempo continuo transcurrido con control glucémico y con pérdida de peso entre tirzepatida y semaglutida en SURPASS-2.

Material y métodos: Los participantes fueron aleatorizados a tirzepatida (5, 10 o 15 mg) o semaglutida (1 mg) con el criterio de valoración principal a las 40 semanas. Se analizó el criterio de valoración compuesto del tiempo continuo transcurrido con una HbA_{1c} ≤ 6,5% y una pérdida de peso ≥ 5% en todos los pacientes en tratamiento sin medicación de rescate, con imputación de los datos faltantes. Se usó regresión logística para comparar el porcentaje de pacientes que alcanzaron el objetivo glucémico/peso en cualquier momento. Se utilizó la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para comparar la mediana de duración del tiempo continuo transcurrido con control glucémico/peso.

Resultados: Los participantes con cualquier dosis de tirzepatida pasaron más tiempo con una HbA_{1c} ≤ 6,5% sola, y con una pérdida de peso ≥ 5% sola, en comparación con los que recibieron semaglutida ($p < 0,001$). Se alcanzó una HbA_{1c} ≤ 6,5% y una pérdida de peso ≥ 5% en el 66-85% de los participantes que recibieron tirzepatida y en el 54% de los participantes que recibieron semaglutida. Los participantes con cualquier dosis de tirzepatida pasaron más tiempo con una HbA_{1c} ≤ 6,5% y una pérdida de peso ≥ 5% que los que recibieron semaglutida ($p < 0,001$). La mediana del tiempo transcurrido con HbA_{1c} ≤ 6,5% y una pérdida de peso ≥ 5% osciló entre el 35-60% de la duración del ensayo (14-24 semanas) con todas las dosis de tirzepatida (5, 10, 15 mg) frente al 7% de la duración del ensayo (2,7 semanas) con semaglutida.

Conclusiones: En adultos con T2D, el tratamiento con tirzepatida conllevó a un tiempo continuo más prolongado con una HbA_{1c} ≤ 6,5% y una pérdida de peso ≥ 5% a lo largo del ensayo SURPASS-2.

P-081. EL CONTROL GLUCÉMICO REDUCE LOS NIVELES CIRCULANTES DE APOE Y APOC-III EN PACIENTES RECIÉN DIAGNOSTICADOS DE DIABETES TIPO 2

H. Sardà Simó^{a,b}, M. Canyelles Vich^{c,d,e}, A. Solé i Gálvez^{d,e,f}, M. Romero González^a, J.C. Escolà Gil^{d,e}, J.L. Sánchez Quesada^{d,e} y A. Pérez Pérez^{a,b,e}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bDepartamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España. ^cServicio de Bioquímica Clínica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^dInstitut de Recerca Sant Pau (IR SANT PAU), Barcelona, España. ^eCIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas, CIBERDEM, Madrid, España.

^fDepartamento de Bioquímica y Biología Molecular, Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, España.

Introducción y objetivos: La dislipidemia es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), con un incremento de triglicéridos (TG) y, en consecuencia, de las lipoproteínas ricas en triglicéridos como las de muy baja densidad (VLDL) y una disminución de las de alta densidad (HDL). El metabolismo de las lipoproteínas está regulado por las diferentes apolipoproteínas que contienen, que determinan su metabolismo y aclaramiento. La apolipoproteína E (apoE) está presente en las VLDL y las HDL mientras que la apolipoproteína C-III (apoC-III) se encuentra principalmente en las VLDL. En las VLDL, la apoE tiene función de reconocimiento de receptores para la eliminación hepática de las lipoproteínas mientras que la apoC-III inhibe la lipoproteína lipasa, enzima implicada en el catabolismo de las VLDL. El objetivo ha sido determinar las concentraciones de apoE y apoC-III en una cohorte de pacientes con DM2 antes y después de la optimización glicémica y correlacionar los niveles de apolipoproteínas con los de colesterol remanente (C-VLDL) y triglicéridos.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional longitudinal. Se incluyeron 50 pacientes con diagnóstico reciente de DM2 en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, a los que se obtuvo una muestra de sangre antes y a los 3-4 meses de la optimización del control glucémico mediante cambios en el estilo de vida y fármacos. Se evaluaron las características clínicas y bioquímicas. Se midieron los niveles de apoE y apoC-III con unos kits comerciales (Randox) adaptados a autoanalizador.

Resultados: La edad media fue de 52 años (44-57) y la mayoría de pacientes eran hombres. Los pacientes alcanzaron un control glucémico óptimo, con una disminución en los niveles de HbA_{1c} (11,2% (10,5-12,3) vs. 5,85% (5,48-6,63), p < 0,001) y de glucosa (13,7 mmol/L (12-17,9) vs. 5,85 mmol/L (5,18-6,43), p < 0,001) después de la intervención farmacológica y los cambios en el estilo de vida. Hubo una reducción significativa en los niveles de colesterol total y TG, mientras que se observó un leve incremento en los niveles de C-HDL. Las concentraciones de ambas apolipoproteínas, apoE y apoC-III, presentaron una reducción significativa después de la optimización glucémica (apoE 4,8 mg/dL (3,73-6,28) vs. 3,65 mg/dL (2,95-4,18), p < 0,001 y apoC-III 12,93 mg/dL (10,29-18,07) vs. 9,48 mg/dL (6,96-11,81), p < 0,001). Ambas lipoproteínas presentaron una correlación positiva estadísticamente significativa con TG (apoC-III (r = 0,7313, p < 0,001) y apoE (r = 0,6109, p < 0,001) y colesterol remanente (C-VLDL) (apoC-III (r = 0,6744, p < 0,001) y apoE (r = 0,5868, p < 0,001).

Conclusiones: La optimización del control glucémico de los pacientes con reciente diagnóstico de DM2 se acompañó de una disminución en las concentraciones de apoE y de apoC-III. Ambas lipoproteínas presentaron una correlación positiva significativa con TG y C-VLDL.

P-082. MANEJO CLÍNICO DE ADULTOS RECIÉN DIAGNOSTICADOS DE DIABETES TIPO 2 EN ESPAÑA: ESTUDIO NEW2TYPE2

J. Redondo-Antón^a, F. Gómez Peralta^b, S. Sanjurjo^c, R. Villar-Taibo^d, C.F. García-Prieto^a, M. Rubio de Santos^a y S. Díaz-Cerezo^a

^aEli Lilly And Company, Alcobendas, España. ^bUnidad de Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Segovia, Segovia, España. ^cMedicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Milladoiro, Área de Salud de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ^dServicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Objetivos: Describir los principales factores que determinan el manejo de adultos ≤ 65 años recién diagnosticados de diabetes tipo 2 (DT2) en España.

Tabla P-082

	Perfil-1	Perfil-2	Perfil-3
42 años; HbA _{1c} = 7,2%; sobrepeso	56 años; HbA _{1c} = 8,2%; obesidad	65 años; HbA _{1c} = 9,0%; obesidad; enfermedad cardiovascular	
% encuestados			
6 < HbA _{1c} ≤ 7	77,1%	87,6%	76,2%
Pérdida de peso 5-10%	74,3%	65,7%	58,1%
Posibles tratamientos en primera línea			
Solo medidas higiénico-sanitarias	1,0%	0%	0%
Monoterapia [^]	38,1%	13,3%	5,7%
Metformina*	93,3%	88,6%	87,6%
iSGLT2*	57,1%	49,5%	79,0%
arGLP-1*	13,3%	75,2%	78,1%
iDPP4*	3,8%	4,8%	8,6%
Insulina*	0%	1,0%	10,5%

[^]Tratamiento farmacológico. *Monoterapia y/o combinación.

Material y métodos: Estudio basado en una encuesta a médicos de atención primaria (MAP) y endocrinólogos. Se recogieron las características sociodemográficas y de práctica clínica de los encuestados, y se evaluaron las prácticas de manejo y sus factores determinantes a través de 3 perfiles de pacientes hipotéticos. Además, se analizó la percepción de los encuestados sobre las limitaciones para establecer objetivos glucémicos estrictos y de pérdida de peso, así como la viabilidad e impacto de posibles soluciones (escala 0-10, 10 = barrera muy limitante o solución con alto impacto/viabilidad). Los resultados se presentan globalmente y por especialidad.

Resultados: Participaron 105 médicos: 60% MAP, 40% endocrinólogos. El 73,0% de los MAP y el 92,9% de los endocrinólogos definieron el control glucémico estricto con una hemoglobina glicada (HbA_{1c}) de 6-7%; el 25,4% de los MAP y el 7,1% de los endocrinólogos con una $\text{HbA}_{1c} < 6\%$. El 82,9% de los encuestados afirmó establecer objetivos de pérdida de peso en el momento del diagnóstico en personas con DT2 y sobrepeso/obesidad. Los objetivos glucémicos, de pérdida de peso y tratamientos propuestos para cada perfil se presentan en la tabla. Las variables que condicionaron estos objetivos y la selección del tratamiento fueron la edad y el índice de masa corporal en los perfiles 1 y 2; la presencia de enfermedad cardiovascular fue el factor más determinante en el perfil 3. Los factores más limitantes (% de encuestados que puntuaron 7-10) para establecer objetivos glucémicos y de pérdida de peso fueron la falta de concienciación sobre el autocuidado de la enfermedad (74,3%), el coste para el sistema sanitario de los fármacos más eficaces (72,4%) y el tratamiento escalonado tradicional (71,4%). La formación y la implementación de protocolos y algoritmos sencillos fueron las soluciones percibidas con mayor impacto y viabilidad. Redefinir los criterios de visado fue la solución con mayor impacto.

Conclusiones: Los resultados son en general coherentes con las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Sin embargo, el manejo de los perfiles más jóvenes y presumiblemente con menos condicionantes clínicos asociados sugiere que la intervención intensiva focalizada en la reducción del riesgo de complicaciones es poco frecuente en el momento del diagnóstico.

P-083. CONTROL GLUCÉMICO SUPERIOR CON INSULINA SEMANAL ICODEC CON UNA APP DE GUÍA DE DOSIFICACIÓN FRENTE A ANÁLOGOS DE INSULINA BASAL DIARIOS EN DM2 SIN TRATAMIENTO PREVIO CON INSULINA: ONWARDS 5

B. Lardiés^a, H.S. Bajaj^b, J. Aberle^c, M. Davies^d, A. Meller Donatsky^e, M. Frederiksen^e, D. Gogas Yavuz^f, A. Gowda^e, I. Lingvay^g y B. Bode^h

^aHospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. ^bLMC Diabetes and Endocrinology, Brampton, Canadá. ^cUniversity Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Alemania.

^dDiabetes Research Centre, University of Leicester, Leicester, Reino Unido. ^eNovo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ^fDivision of Endocrinology and Metabolism, Marmara University School of Medicine, Istanbul, Turquía. ^gDivision of Endocrinology, Department of Internal Medicine and Peter O'Donnell Jr School of Public Health, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, EE.UU. ^hAtlanta Diabetes Associates, Atlanta, Georgia, EE.UU.

Objetivos: Se evalúan la eficacia y la seguridad de la insulina semanal icodec (icodec) junto con una app de guía de dosificación frente a análogos de insulina basal diarios (degludec, glargina U100 o glargina U300) en adultos con DM2 sin tratamiento previo con insulina.

Material y métodos: ONWARDS 5 (NCT04760626) es un ensayo de fase 3a, aleatorizado, abierto, de 52 semanas con elementos

de vida real. Los participantes (media: 59,3 años; 32,8 kg/m²) se aleatorizaron 1:1 a recibir icodec o análogos de insulina diarios (1/d). La App de guía de dosificación ayudó a la titulación de icodec. Los análogos diarios se titularon según la práctica clínica habitual.

Resultados: El cambio medio estimado de HbA_{1c} desde el inicio hasta la semana 52 fue mayor con icodec (-1,68% puntos, BL 9,0%) frente a los análogos diarios (-1,31% puntos, BL 8,9%), lo que confirma la no inferioridad ($p < 0,0001$) y superioridad ($p = 0,009$) de los icodec vs. los análogos 1/d. Los resultados reportados por los pacientes (DTSQ y TRIM-D) fueron estadísticamente significativos a favor de icodec frente a los análogos diarios en la semana 52. Las tasas de hipoglucemia de nivel 2 (< 54 mg/dl) y nivel 3 (grave) fueron bajas para ambos tratamientos (0,19 [icodec] frente a 0,14 [análogos OD] eventos por persona-año de exposición). No hubo diferencias significativas en el tiempo de los tratamientos hasta la interrupción o la intensificación de los mismos.

Conclusiones: En general, icodec junto con el uso de una App de guía de dosificación mostró superioridad en la reducción de HbA_{1c} y una mejora significativa en la satisfacción con el tratamiento y las puntuaciones de adherencia frente a los análogos diarios, con bajas tasas de hipoglucemia, en adultos con diabetes tipo 2 sin tratamiento previo con insulina, en un entorno de vida real.

P-084. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA COADMINISTRACIÓN DE SEMAGLUTIDA S.C. A CAGRILINTIDA S.C. EN LA DIABETES TIPO 2

A. Galdón^a, J.P. Frias^b, S. Deenadayalan^c, L. Erichsen^c, F.K. Knop^d, I. Lingvay^e, S. Macura^c, C. Mathieu^f, S.D. Pedersen^g y M.J. Davies^h

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ^bNational Research Institute, Los Angeles, EE.UU. ^cNovo Nordisk, Søborg, Dinamarca. ^dSteno Diabetes Center Copenhagen, Copenhagen, Dinamarca. ^eUniversity of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, EE.UU. ^fKatholieke Universiteit Leuven, Leuven, Bélgica.

^gC-ENDO Diabetes and Endocrinology Clinic Calgary, Calgary, Canadá. ^hDiabetes Research Centre, University of Leicester, Leicester; NIHR Leicester Biomedical Research Centre, Leicester, Reino Unido.

Objetivos: La combinación de sema (semaglutida 2,4 mg) y el análogo de amilina cagri (cagrilintida 2,4 mg) consigue resultados beneficiosos en la pérdida de peso, pero se desconoce su impacto sobre la HbA_{1c} . Este estudio es el primero en evaluar la eficacia y seguridad de CagriSema (coadministrado) frente a sema o cagri en pacientes con diabetes tipo 2.

Material y métodos: En este ensayo multicéntrico, doble ciego de fase 2, se aleatorizaron adultos con diabetes tipo 2 (HbA_{1c} 7,5-10%) e IMC $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ tratados con metformina \pm iSGLT2 a CagriSema, sema o cagri durante 32 semanas (administración subcutánea semanal) (todos aumentaron durante 16 semanas la dosis hasta alcanzar 2,4 mg). El criterio de valoración principal fue el cambio desde el inicio en la HbA_{1c} . Los criterios de valoración secundarios clave fueron el peso corporal y la seguridad.

Resultados: De los 92 pacientes aleatorizados (64% hombres; edad media 58 años y duración de la diabetes tipo 2 de 8,7 años), los que recibieron CagriSema lograron reducciones significativamente mayores en la HbA_{1c} (frente a cagri) y en el peso corporal (frente a sema y cagri) en la semana 32. La proporción de pacientes que alcanzaron $\text{HbA}_{1c} < 7,0\% \text{ y } \leq 6,5\%$ fue del 89% y 75% para CagriSema, del 69% y 48% para sema y del 33% y 17% para cagri en la semana 32. Los EA gastrointestinales fueron los más comunes (58% para CagriSema, 32% para sema y 33% para cagri), fueron principalmente leves/moderados, ocurrieron durante el aumento de la dosis y condujeron a la

interrupción del tratamiento en el 0%, 3% y 0% de los pacientes con CagliSema, sema y cagli, respectivamente. No se objetivaron hipoglucemias de nivel 2 o 3.

Conclusiones: CagliSema mejoró el control glucémico y provocó una pérdida de peso significativa en comparación con sema o cagli, y fue bien tolerado sin nuevos datos de seguridad.

P-085. MAYOR SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO CON INSULINA ICODEC SEMANAL FREnte A INSULINA DEGLUDEC DIARIA EN PERSONAS CON DM2 TRATADAS CON INSULINA BASAL (ONWARDS 2)

E. López-Mezquita^a, W. Polonsky^b, M. Benamar^c, L. Carstensen^c, M. Davies^d, A.M. Donatsky^c, E. Franek^e, M. Kellerer^f y R. Goldenberg^g

^aHospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

^bBehavioural Diabetes Institute, San Diego, EE.UU. ^cNovo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ^dDiabetes Research Centre, University of Leicester, Leicester, Reino Unido. ^eCentral Clinical Hospital of the Ministry of Interior, Warsaw, Polonia. ^fClinic for Internal Medicine, Marienhospital, Stuttgart, Alemania. ^gLMC Diabetes & Endocrinology, Concord, Canadá.

Objetivos: El ensayo clínico ONWARDS 2 evaluó la eficacia y seguridad de la insulina icodec (icodec) semanal (OW) en comparación con la insulina degludec (degludec) diaria (OD) en personas con DM2 tratadas con insulina basal diaria. Los participantes aleatorizados a icodec mostraron un mayor aumento estadísticamente significativo desde el inicio en la puntuación de satisfacción total con el tratamiento del cuestionario de satisfacción con el tratamiento de la diabetes (DTSQ) en la semana 26 en comparación con los aleatorizados a degludec (4,22 frente a 2,96; ETD: 1,25 [IC del 95%: 0,41, 2,10]; p = 0,0036). Aquí, exploramos elementos individuales del DTSQ e informamos los resultados del Cuestionario de preferencia de insulina (IPQ).

Material y métodos: ONWARDS 2 fue un ensayo de fase 3a, abierto, aleatorizado, de 26 semanas de duración en el que participaron 526 participantes que recibieron icodec OW (n = 263) o degludec OD (n = 263). Los resultados informados por los pacientes se midieron mediante el DTSQ (completado al inicio y a las 26 semanas) y el IPQ (completado por usuarios de icodec a las 26 semanas), que evaluaron las preferencias de los participantes por icodec OW en comparación con su insulina basal anterior.

Resultados: En la semana 26, se informaron aumentos estadísticamente significativos con respecto al valor inicial con icodec frente a degludec en los siguientes elementos del DTSQ: conveniencia (p = 0,0059), flexibilidad (p = 0,0025), voluntad de recomendar el tratamiento a otros (p = 0,0043) y voluntad de continuar el tratamiento del ensayo (p = 0,0148). Las probabilidades de lograr una mejora clínicamente significativa (definida como un cambio desde el inicio > 0,5 DE) en la puntuación total de satisfacción con el tratamiento del DTSQ (p = 0,0018), así como dos elementos individuales del DTSQ, flexibilidad (p = 0,0178) y voluntad de continuar el tratamiento del ensayo (p = 0,0358), fueron mayores con icodec en comparación con degludec de forma estadísticamente significativa. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en el cambio desde el inicio en la percepción de tener hiperglucemia o hipoglucemias. Según lo medido por el IPQ, casi todos los participantes prefirieron usar icodec frente a su insulina basal diaria anterior (93,7%), y la mayoría informó una preferencia “muy fuerte” (74,1%). Las principales razones de esta preferencia fueron la frecuencia de las inyecciones (69,5%), la facilidad de uso (52,3%), un mejor control del azúcar en sangre (36,0%) y la buena adaptación a las actividades diarias (24,7%).

Conclusiones: Las mejoras clínicamente significativas en las puntuaciones de satisfacción con el tratamiento con icodec frente a degludec se debieron a diferencias que favorecían la conveniencia, la flexibilidad, la voluntad de recomendar el tratamiento a otros y la voluntad de continuar el tratamiento. La mayoría de los participantes tenían una fuerte preferencia por icodec sobre su insulina basal diaria anterior.

P-086. MODIFICACIONES EN EL CONTROL METABÓLICO Y PESO TRAS CAMBIO DE SEMAGLUTIDA SUBCUTÁNEA SEMANAL A ORAL DIARIA POR DESABASTECIMIENTO: ESTUDIO EN VIDA REAL

A. Enrique Medina

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

Introducción: No existen estudios que comparan la eficacia de semaglutida oral diaria (SOD) frente al subcutáneo semanal (SSS), pero en los estudios de farmacocinética, 7 mg/v.o./día equivalen a 0,5 mg/sc/semana y 14 mg/vo/día a 1 mg/sc/semana. Desde el último trimestre de 2022 hay un desabastecimiento de SSS que ha motivado su sustitución por SOD.

Material y métodos: Objetivo principal: comparar la HbA_{1c} antes y al menos tras 3 meses del cambio de SSS a SOD. Objetivos secundarios: eficacia en peso, tolerancia. Se consideró diferencia significativa un cambio en HbA_{1c} > o igual a 0,3% y en peso un cambio > 1 kg. Se realizó una búsqueda en nuestro departamento de salud de los pacientes que entre enero 2022 y marzo 2023 habían tenido prescritos SSS y SOD.

Resultados: Se encontraron 887 pacientes, 206 fueron elegibles para valoración de HbA_{1c} y 102 para peso. Población: 57,7% hombres, edad media 65,2 años (± 11), HbA_{1c} media 6,78% (± 1,03) y peso medio 90,6 kg (± 18). El 81% llevaban dosis de SSS de 1 mg. La dosis de SOD fue equivalente en un 76,3%, menor en un 15,5% y mayor en un 8,2%. Tras una media de 4,1 meses, la HbA_{1c} media aumentó en 0,48% (IC95% 0,4-0,6%) (p 0,3%, un 49,8% empeoró > 0,3%, y fue no inferior en el 40,5% de los pacientes. Hubo un aumento significativo de 1,2 kg de peso (p = 0,001), (IC95% 0,5-1,9). El 22,2% perdió más de 1 kg, el 53,5% aumentó más de 1 kg, y no hubo cambios en el 24,2%. 70 de los 887 pacientes evaluados manifestaron problemas de tolerancia (7,9%).

Conclusiones: En pacientes respondedores a SSS, el paso a dosis equivalentes de SOD en condiciones de vida real empeora significativamente el control glucémico y el peso. Algunos de estos pacientes toleran peor el SOD que el SSS. Consideramos que en pacientes con mala tolerancia o falta de suficiente eficacia con el SOD, se debe intentar cambiar a formulaciones subcutáneas antes de descartar este grupo terapéutico.

P-087. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE DIABETES TIPO 2 DURANTE 2023 EN NUESTRA REGIÓN SANITARIA

J. Barrot de la Puente, M. Ramon Granés, M. Escribà Planes, C. López Arpí y B. Fernández Camins

CAP Jordi Nadal, Salt, España.

Introducción: La DM2 afecta a un 6-10% de la población española y constituye un problema sociosanitario y económico de primera magnitud. La edad en el momento del diagnóstico es importante para el pronóstico, la supervivencia y el riesgo cardiovascular. Debemos conocer el fenotipo de nuestra población en el debut, el tratamiento, el control metabólico y comorbilidades asociadas.

Objetivos: Estudiar la tipología de las personas con DM2 en el debut de la enfermedad en nuestra población. Analizar el tratamiento y las comorbilidades asociadas en el diagnóstico.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal de la población de la región sanitaria SAP Sud de Girona del registro de Atención Primaria. Análisis del debut de DM2 durante el 2023 de la Base de datos SIDIAP. Análisis de comparación de medias y proporciones. Análisis de datos en 7 cortes temporales diferentes. Criterios exclusión: prescripción de “antidiabéticos” anterior a los 30 días del diagnóstico. HbA_{1c} alterada más de 1 año del diagnóstico.

Resultados: Analizamos 225.732 personas de nuestra zona, 15.977 con DM2 (prevalencia del 6,9%). Durante el 2023, se diagnosticaron 889 personas con DM2; 388 mujeres (43,6%) y 501 hombres. En el momento del diagnóstico debutan con una HbA_{1c} de 7,6% (DE ± 2). En los hombres 7,8% (± 2,1) y de 7,4% en las mujeres (± 1,8). La edad en el debut fue de 59,9 años (± 14,3), 58,9 años (± 13,6) en los hombres, y 61,3 años (± 15) en las mujeres. Grupos de edad: de 15 a 34 años (n 40), HbA_{1c} 7,9%, de 35 a 49 años (n 144), 8,4%, de 50 a 64 años (n 368) 7,6%, de 65 a 79 años (n 253), 7,4% y en mayores o igual a 80 años (n 84), 7,3%. A mayor edad, mejor HbA_{1c} en el debut. Peores HbA_{1c} en mujeres en todos los rangos de edad. El tratamiento: dieta sola 32,7%, metformina sola 42,3% (HbA_{1c} de 7,8%), Insulina sola 8,4%, (HbA_{1c} 10,3%), e insulina combinada 2,5% (HbA_{1c} 9,1%). Una HbA_{1c} 8,1% en el tratamiento que se inicia < 3 meses del diagnóstico y de 7,4% si > 3 meses. Las SU e iSGLT2 predominan en pacientes sin comorbilidades y los arGLP1 se indican en obesidad. Comorbilidades: 427 (48%) con HTA, 388 (43,7%) con obesidad, 359 (40,3%) con dislipemia, 67 (7,5%) cardiopatía isquémica, 57 (6,4%) enfermedad renal crónica, 38 (4,2%) con ACV y 10 con enfermedad arterial periférica. Un 33,3% con una comorbilidad, 25,3% con 2, 16,2% con 3, 4,2% con 4 y 4 con 5. La HbA_{1c} mejora a mayor número de comorbilidades.

Conclusiones: La HbA_{1c} es mayor en el debut de los pacientes más jóvenes, con retraso en iniciar el tratamiento. Deberíamos individualizar la elección del tratamiento por comorbilidades asociadas según las recomendaciones.

P-088. EFECTO DE LA COADMINISTRACIÓN DE SEMAGLUTIDA S.C. A CAGRILINTIDA S.C. SOBRE LOS NIVELES GLUCÉMICOS MEDIDOS POR MCG

G. Allo^a, C. Mathieu^b, S. Deenadayalan^c, L. Erichsen^c, J.P. Frias^d, F.K. Knop^e, I. Lingvay^f, E.W. Lehmann^g, S.D. Pedersen^h y M.J. Daviesⁱ

^aHospital 12 de Octubre, Madrid, España. ^bKatholieke Universiteit Leuven, Leuven, Bélgica. ^cNovo Nordisk, Søborg, Dinamarca.

^dNational Research Institute, Los Angeles, EE.UU. ^eSteno Diabetes Center Copenhagen, Copenhagen, Dinamarca. ^fUniversity of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, EE.UU. ^gDepartment of Biomedical Sciences, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Dinamarca. ^hC-ENDO Diabetes and Endocrinology Clinic Calgary, Calgary, Canadá.

ⁱDiabetes Research Centre, University of Leicester, Leicester; NIHR Leicester Biomedical Research Centre, Leicester, Reino Unido.

Objetivos: La monitorización continua de glucosa (MCG) ofrece información sobre los niveles de glucemia más allá de la medición convencional de HbA_{1c}. Este estudio de fase 2, multicéntrico, doble ciego de 32 semanas (NCT04982575) comparó los efectos de CagriSema (semaglutida [sema] 2,4 mg y cagrilintida [cagri] 2,4 mg coadministrados) versus sema (2,4 mg) o cagri (2,4 mg) solos, todo como inyección subcutánea una vez a la semana, según los parámetros de MCG (criterios de valoración secundarios).

Material y métodos: En total, se aleatorizaron 92 participantes adultos con diabetes tipo 2 (HbA_{1c} 7,5-10%), que tomaban metformina ± iSGLT2, y que tenían un IMC ≥ 27 kg/m².

Resultados: El tiempo en rango (70-180 mg/dl) aumentó en todos los grupos, alcanzando el 88,9% con CagriSema en la semana 32. El tiempo en rango estrecho (70-140 mg/dl; análisis *post hoc*) aumentó del 16%, 8,8% y 26,2% al inicio al 66,4%, 50% y 36,7% en la semana 32 para CagriSema, sema y cagri, respectivamente, con un 0,8% o menos en el tiempo por debajo del rango para todos los grupos. La glucosa media (medida por MCG) disminuyó desde el inicio hasta la semana 32 (CagriSema, -63,9; sema, -43,6; cagri, -23,4 mg/dl; diferencia de tratamiento estimada [IC del 95%]: CagriSema vs. sema, -20,2 [-39,8; -0,7; *p* = 0,04], y CagriSema vs. cagri, -40,5 [-59,4; -21,6; *p* < 0,0001] mg/dl).

Conclusiones: El tiempo dentro del rango con CagriSema alcanzó casi el 90% en la semana 32, con poco tiempo por debajo del rango. Además, CagriSema logró una mayor reducción de la glucosa media en comparación con sema o cagri solos.

P-089. ESTUDIO CORALINEX: CAMBIANDO A SEMAGLUTIDA ORAL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EXPERIMENTADOS EN SEMAGLUTIDA SUBCUTÁNEA: ESTUDIO AMBISPECTIVO PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON SEMAGLUTIDA ORAL

C. Casado Cases^a, J.J. Cárdenas Salas^b, A. Estrella Santos^a, R.M. Sierra Poyatos^c, D. Meneses González^a, M.Á. Vélez Romero^a, M.J. de la Cruz Fernández^a, O. Sánchez-Vilar Burdiel^a, B.L. Luca^a, A. Paniagua Ruiz^a y C. Vázquez Martínez^a

^aFundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ^bHospital Infanta Elena, Valdemoro, España. ^cHospital General de Villalba, Villalba, España.

Objetivos: Evaluar la efectividad, seguridad y satisfacción del cambio de semaglutida subcutánea (SS) a semaglutida oral (SO) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), en un contexto de desabastecimiento de SS.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo y prospectivo en tres hospitales de Madrid: Fundación Jiménez Díaz, Infanta Elena de Valdemoro y General de Villalba. Se incluyeron 91 pacientes con DM2 tratados previamente con SS que tuvieron que hacer una sustitución a SO por la situación de desabastecimiento del régimen subcutáneo. Se recogieron datos demográficos, mediciones de control glucémico y ponderal antes y después del cambio, y se realizó una encuesta de satisfacción y otra de registro de síntomas tras el seguimiento. Se empleó la prueba t-Student para datos aparentados en el análisis estadístico.

Resultados: Demografía: edad promedio: 64 años. 64,5% hombres. Duración promedio de DM2: 12,7 años. Suspensiones del tratamiento: se registraron 20 casos (22%) de suspensión del tratamiento durante el seguimiento, principalmente debido a efectos adversos o por preferencia del régimen subcutáneo. Control glucémico y ponderal: el análisis se centró en aquellos pacientes que cambiaron a dosis equivalentes de 0,5 de SS a 7 mg de SO, y de 1 mg de SS a 14 mg de SO, con un número final de 62 pacientes evaluados. Inicial: Peso 92,7 kg (P25-P75: 78 a 108), HbA_{1c} 6,76% (P25-P75: 6,1 a 7,4). Peso antes de inicio con tratamiento con un agonista de GLP1: Peso 99,6 kg, HbA_{1c} 8,04%. Tiempo con SS previo a iniciar el cambio a SO: 41,4 meses (mín-máx: 6 a 158 meses). 4,6 meses después de SO: HbA_{1c} +0,05%, *p* = 0,7; peso -0,3 kg, *p* = 0,5. Satisfacción del paciente: en total 49 pacientes completaron la encuesta: excelente 29%, buena o adecuada 43%, regular

24%, mala 4%. Preferencias de tratamiento: SS: 53%, SO: 18%, Sin preferencia: 29%. Efectos adversos (49 pacientes completaron la encuesta de síntomas):

	Frecuente	Ocasional	Aislado	No
Nauseas	6%	16%	22%	56%
Vómitos	0	14%	16%	70%
Dolor abdominal	2%	4%	16%	78%
Estreñimiento	14%	18%	10%	58%
Taquicardias	0	4%	6%	90%
Hipoglucemias	2%	4%	14%	80%

Conclusiones: El cambio de SS a SO en pacientes con DM2 no mostró diferencias significativas en control glucémico y ponderal. La satisfacción del paciente fue variada, con una ligera preferencia hacia SS. Los efectos adversos fueron generalmente leves, aunque las suspensiones del tratamiento indican la necesidad de monitorizar cuidadosamente a los pacientes durante el cambio. Este estudio sugiere que la SO puede ser una alternativa en situaciones de desabastecimiento, pero se requieren más investigaciones para entender completamente los impactos a largo plazo de este cambio.

P-090. EFICACIA DE LOS AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1 EN COMPARACIÓN CON LOS ISGLT2 EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA MODERADA

R. Villar-Taibo^a, P. Rossing^{b,c}, P. Fioretto^d, A. Clark^e, A. Boeck Jensen^e, N. Belmar Nazal^e y K. Tuttle^{f,g}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ^bSteno Diabetes Center Copenhagen, Herlev, Dinamarca. ^cUniversity of Copenhagen, Copenhagen, Dinamarca. ^dUniversity of Padova, Padova, Italia. ^eNovo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ^fProvidence Health Care, Spokane, Washington, EE. UU. ^gUniversity of Washington, Seattle, Washington, EE. UU.

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo determinar la eficacia en el mundo real de los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP-1) frente a los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) sobre el control glucémico y la reducción del peso corporal, en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) y enfermedad renal crónica (ERC) moderada.

Material y métodos: En este estudio de cohortes de nuevos usuarios con comparador activo, los pacientes con DM2 y ERC moderada (TFGe registrada de 30 a 60 ml/min/1,73 m² en el año previo al inicio del fármaco del estudio) que iniciaron un arGLP-1 o iSGLT2 entre 2007 y 2022 y tuvieron una segunda prescripción dentro de los siguientes 90 días, se identificaron en la base de datos Clinical Practice Research Datalink Aurum. Los pacientes incluidos fueron emparejados mediante *propensity score* 1:1 en todos los grupos de tratamiento. Se utilizó un modelo mixto con medidas repetidas utilizando el nivel inicial y todas las mediciones de seguimiento disponibles para estimar las diferencias absolutas a los 6 meses y los cambios en la HbA_{1c} y el peso corporal, en un análisis por intención de tratar. Los resultados secundarios incluyeron las proporciones de pacientes que alcanzaron una HbA_{1c} < 7,0% (en los pacientes con una HbA_{1c} inicial ≥ 7%) y una reducción de peso corporal > 5%.

Resultados: Este análisis incluyó 2,065 pacientes que iniciaron arGLP-1 emparejados con 2,065 pacientes que iniciaron iSGLT2.

A los 6 meses, el tratamiento con arGLP-1 se asoció con una reducción significativamente mayor en HbA_{1c} frente a iSGLT2 (-1,02% [IC95%: -1,12; -0,93] vs. -0,69% [IC95%: -0,80; -0,58]; diferencia estimada entre ambos tratamientos (ETD) -0,33% [IC95%: -0,48; -0,19]; *p* < 0,001). En los pacientes con HbA_{1c} inicial ≥ 7%, el 26,7% y el 13,8% alcanzaron una HbA_{1c} < 7,0% con arGLP-1 e iSGLT2, respectivamente. Las reducciones en el peso corporal medio fueron similares con los arGLP-1 (-3,1 kg [IC95%: -3,50; -2,69]) y los iSGLT2 (-3,4 kg [IC95%: -3,95; -2,93]) (ETD 0,34 kg [IC95%: 0,31; 1,00]), y se observó una reducción del peso corporal > 5% en el 35,3% y el 32,1% de los pacientes tratados con arGLP-1 e iSGLT2, respectivamente.

Conclusiones: En pacientes con DM2 y ERC moderada, los arGLP-1 se asociaron con mayores reducciones en la HbA_{1c} y reducciones comparables en el peso corporal en comparación con los iSGLT2. Los arGLP-1 pueden ser de preferencia para controlar la hiperglucemia en esta población.

P-091. SEGURIDAD Y EFICACIA DE TIRZEPATIDA EN LOS PARTICIPANTES DEL SURPASS-2 AL 5, DE ≥ 65 AÑOS CON IMC < 30 KG/M²: ANÁLISIS POST HOC

N. Duque, J. Wilding, N. Rasouli, A. Kwan, J. Paik, M. Liu y J. Peleshok

^aEli Lilly and Company, Alcobendas, España. ^bInstitute of Life Course and Medical Sciences, University of Liverpool, Liverpool, Reino Unido. ^cUniversity of Colorado Denver School of Medicine, Denver, EE.UU, España. ^dEli Lilly and Company, Indianápolis, EE.UU.

Introducción: Tirzepatida (TZP) es un agonista del receptor de GIP/GLP-1, de administración semanal, aprobado como tratamiento para la diabetes tipo 2 (DT2) y el manejo crónico del peso. Los estudios de fase III SURPASS-1-5 mostraron que el tratamiento con TZP mejoró el control glucémico y el peso corporal (PC) en adultos con DT2 (intervalo de edad medio de 53-64 años, HbA_{1c} 7,9-8,6%, IMC 32-35 kg/m² al inicio). En este análisis post hoc se investigaron los efectos reductores de la glucemia y del peso corporal de TZP en adultos ≥ 65 años sin obesidad en SURPASS-2-5.

Material y métodos: Los criterios de valoración principal y secundarios clave se evaluaron a las 40 semanas (SURPASS-2, -5) o a las 52 semanas (SURPASS-3, -4) en los participantes aleatorizados a TZP 5, 10 o 15 mg. El análisis de subgrupos (pacientes de ≥ 65 años, IMC < 30 kg/m²) se realizó en la población por intención de tratar modificada e incluyó los datos mientras estaban en tratamiento con los datos después de la medicación de rescate censurados (estimación de la eficacia). También se evaluaron los acontecimientos adversos (AA).

Resultados: Este subgrupo tenía un intervalo de edad medio inicial de 68,8 a 71,6 años, un PC de 71,0 a 76,6 kg, un IMC de 26,7 a 27,9 kg/m², un 35,0-72,2% eran hombres y un 52,6-90,3% eran blancos. Para todas las dosis de TZP, la reducción media de la HbA_{1c} desde el inicio osciló entre el 1,7 y el 2,3%, y las reducciones medias del PC del subgrupo desde el inicio oscilaron entre 5,1 y 8,6 kg (6,9 y 11,5%). Los AA más frecuentes para el subgrupo fueron gastrointestinales (GI), similares a los notificados para la población completa del estudio. En los participantes tratados con TZP, las tasas acumuladas al año de acontecimientos hipoglucémicos con glucemia < 54 mg/dl o hipoglucemia grave fueron más altas cuando se usó con insulina o sulfonilurea y oscilaron entre 0-0,70/año, similares a las notificadas para la población completa del estudio.

Conclusiones: Los participantes de ≥ 65 años con IMC < 30 kg/m² tratados con TZP experimentaron reducciones glucémicas y del PC.

Los AA más frecuentes fueron de naturaleza GI, consistentes con la población general del estudio. El riesgo de hipoglucemias no empeoró en este subgrupo.

P-092. RESULTADOS CLÍNICOS ASOCIADOS CON EL USO DE SEMAGLUTIDA ORAL EN UNA POBLACIÓN ADULTA CON DIABETES TIPO 2 EN CANADÁ: UN ESTUDIO PROSPECTIVO VIDA REAL (PIONEER REAL CANADA)

H. Requejo Salinas^a, S.M. Reichert^b, H. Amadid^c, U.C. Braae^c, R.M. Bradley^d, J. Kim^e, V. Soo^f, J.F. Yale^g y A. Jain^h

^aHospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.

^bDepartment of Family Medicine and Centre for Studies in Family Medicine, Schulich School of Medicine & Dentistry, Western University, London, Canadá. ^cNovo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ^dNovo Nordisk Inc, Mississauga, Canadá. ^eDepartment of Family Medicine, University of Calgary, Calgary, Canadá.

^fDepartment of Family Medicine, Western University, London, Canadá. ^gMcGill University Health Centre, McGill University, Montréal, Canadá. ^hDivision of Endocrinology and Metabolism, University of British Columbia, Vancouver, Canadá.

Objetivos: En el programa de fase 3a PIONEER, semaglutida oral demostró superioridad frente a la mayoría de los comparadores en cuanto a reducciones en la HbA_{1c} y el peso corporal (PC). PIONEER REAL Canada forma parte del programa PIONEER REAL, que comprende 13 estudios no intervencionistas en vida real realizados en varios países cuyo objetivo es investigar los resultados clínicos asociados con el uso de semaglutida oral diaria en la práctica clínica habitual en adultos con diabetes tipo 2 (DM2).

Material y métodos: PIONEER REAL Canada es un estudio de fase 4, multicéntrico, prospectivo, abierto, no intervencionista, de un solo brazo, de 34 a 44 semanas de duración realizado en adultos con DM2 que nunca habían recibido medicación hipoglucemante inyectable, a los que se les iniciaba semaglutida oral en la práctica clínica habitual. Los cambios en HbA_{1c} (criterio de valoración principal) y PC (criterio de valoración secundario) se midieron desde el inicio (BL) hasta la semana 38. Se evaluaron los objetivos de HbA_{1c} y de pérdida de PC y la satisfacción con el tratamiento mediante cuestionarios de satisfacción con el tratamiento de la diabetes (estado y cambio del DTSQ; criterios de valoración secundarios) desde BL hasta el final del estudio (EOS; visita entre las semanas 34-44). Los análisis se basaron en el período de observación durante el estudio.

Resultados: De 182 pacientes que iniciaron el tratamiento con semaglutida oral, 171 (94%) completaron el estudio y 137 (75,3%) permanecieron en tratamiento con semaglutida oral al final del estudio. En BL, los pacientes tenían una edad media (DE) de 58,6 (\pm 10,92) años, una HbA_{1c} de 8 (\pm 1,36%) y un PC de 93,7 (\pm 22,72) kg. El 19,7% de los pacientes tenía HbA_{1c} < 7% y el 70,3% de los pacientes recibían fármacos hipoglucemiantes concomitantes. La HbA_{1c} y el PC se redujeron significativamente desde BL hasta la semana 38 (cambio medio estimado [IC del 95%] -1,1% puntos [-1,24, -0,94; Figura 1A] y -7,2% [-8,24, -6,11], respectivamente; ambos $p < 0,0001$). En el EOS, el 53,7% de los pacientes tenía una HbA_{1c} < 7%, mientras que el 39,3% y el 31,6% de los pacientes alcanzaron una reducción de HbA_{1c} \geq 1% más una reducción del PC \geq 3% o \geq 5%, respectivamente. Se detectó una mejoría significativa en la satisfacción de los pacientes con el tratamiento (aumento medio estimado [IC del 95%] en DTSQ de BL a EOS: 4,2 puntos [3,18-5,25]; cambio en DTSQ en EOS: 11,8 puntos [10,64, 12,91]; ambos $p < 0,0001$).

Conclusiones: En el estudio PIONEER REAL Canada que evaluó el tratamiento con semaglutida oral en la práctica clínica habitual, se objetivaron reducciones clínica y estadísticamente significativas en

HbA_{1c} y PC, con una mayor satisfacción con el tratamiento en un entorno de vida real.

P-093. ANÁLISIS DE EFECTOS ADVERSOS ENTRE FÓRMULAS DE METFORMINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA FRENTA A FÓRMULAS DE LIBERACIÓN INMEDIATA

A. Galarza Montes, S. González González, C. Zazpe Zabalza, R. Mico Cucart, R. Urdaniz Borque y M. González Fernández

Hospital Universitario Araba, Vitoria, España.

Introducción: Existe muy poca información acerca de la seguridad y el efecto hipoglucemante entre la metformina de liberación inmediata y la metformina de liberación prolongada. Únicamente la guía NICE recomienda el uso de metformina de liberación prolongada en caso de intolerancia a la metformina de liberación inmediata sin existir un gran nivel de evidencia.

Objetivos: Estudiar la variación de efectos adversos entre la toma de metformina de liberación inmediata y metformina de liberación prolongada. Observar los efectos adversos de la toma de metformina de liberación modificada. Analizar las modificaciones terapéuticas que provocan dicha modificación.

Material y métodos: Estudio transversal de 10 personas en un hospital de tercer nivel en Vitoria-Gasteiz. Los participantes estaban en tratamiento con 2 gramos de metformina de liberación inmediata diaria con intolerancia por diarreas con consistencia Bristol 6-7 en frecuencia de 4-5 veces al día. Se modificó el tratamiento a la toma de 2 gramos de metformina de liberación prolongada y se analizó la persistencia de los efectos adversos así como las modificaciones farmacológicas posteriores. Se excluyeron aquellos individuos con IMC > 30.

Resultados: La edad media fue de 67 (\pm 4) años. 8 de los 10 individuos presentaron buena tolerancia a la metformina de liberación prolongada respecto a la metformina de liberación inmediata. El descenso de la HbA_{1c} fue de 1,72% (\pm 0,13). En 3 de los 10 participantes se suspendió el tratamiento con insulina.

Conclusiones: El uso de fórmulas de liberación prolongada de metformina podría disminuir los efectos adversos de la administración de formas inmediatas de metformina sin perder el efecto hipoglucemante. De este modo se facilitaría el tratamiento farmacológico y se retrasaría la necesidad de iniciar tratamientos con insulina.

P-094. SITUACIÓN ACTUAL Y EVOLUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN LA POBLACIÓN CON DIABETES EN NAVARRA

X. Ayarza-Marien Arrizabalaga, J. Yoldi Urdiroz, Á. Alonso Echarte, M. García Mouriz, J. Basterra Gortari, A. Irigaray Echarri y M.J. Goñi Iriarte

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

Introducción: El tratamiento de la diabetes mellitus (DM), principalmente de la DM tipo 2, ha evolucionado mucho en los últimos años. Disponemos actualmente diferentes opciones farmacológicas que además de mejorar el control glucémico, aportan beneficios en comorbilidades asociadas como la enfermedad cardiovascular, la obesidad, la enfermedad renal crónica o la insuficiencia cardíaca.

Objetivos: Analizar el tratamiento farmacológico prescrito en población adulta con diagnóstico de DM en Navarra en los años 2021 y 2022.

Material y métodos: Los datos de este estudio observacional descriptivo se han obtenido del “Atlas de prescripción farmacéutica en

diabetes en Navarra" que incluye a la población navarra con diabetes igual o mayor a 40 años con tarjeta sanitaria activa el 31 de diciembre de 2021 y 2022. Los datos provienen de los sistemas de información de atención primaria y del Conjunto Mínimo de Datos Básicos. Se excluyen los casos de diabetes gestacional.

Resultados: En el año 2022, el porcentaje de pacientes con diabetes con prescripción de metformina fue del 65,3% (64,8% en 2021), prescribiéndose en monoterapia en el 23,9%, dato similar a 2021. El porcentaje de pacientes en tratamiento con insulina se mantuvo estable (22% en 2022 vs. 22,5% en 2021). Sin embargo, la prescripción de fármacos no insulínicos aumentó en 2022 con respecto a 2021 (37,2 vs. 34,3%) a expensas principalmente de los iSGLT2 (24,8 vs. 18,1%) y de los arGLP1 (8 vs. 6,3%). En cuanto a la prescripción de grupos terapéuticos en pacientes con diabetes y comorbilidades específicas, el porcentaje de personas que asocian diabetes y enfermedad cardiovascular y presentaban prescripción de iSGLT2 es del 17,2% en 2022 (vs. 13% en 2021), y de los arGLP1 del 4,7% en 2022 (vs 4,5% en 2021). Entre aquellos que asociaban enfermedad renal crónica, un 33% tenían prescritos iSGLT2 o arGLP1. Finalmente, aquellos que asociaban insuficiencia cardíaca únicamente el 11,7% tenían prescrito iSGLT2. Por el contrario, respecto a las prácticas no recomendadas o de dudoso valor, la prescripción de metformina o sulfonilureas con filtrado glomerular < 30 mL/min es del 0,3% y 0,6% respectivamente; la prescripción de arGLP-1 e iDPP4 conjuntamente es del 0,7%; y la prescripción de saxagliptina o pioglitazona en pacientes con insuficiencia cardíaca es del 0,3%.

Conclusiones: La metformina continúa siendo el tratamiento farmacológico más prescrito. A pesar del avance de la terapia no insulínica, el número de pacientes en tratamiento insulínico se mantiene estable. Si bien los nuevos grupos terapéuticos farmacológicos han aumentado su prescripción en el último año, es necesario continuar concienciando a los profesionales sanitarios de los beneficios cardiovasculares que estas han demostrado en patologías específicas. Podría ser útil la creación de alertas o avisos en la historia clínica para poder minimizar al máximo las prescripciones farmacológicas inapropiadas.

P-095. EXPERIENCIA DE UN AÑO DE TRATAMIENTO CON SEMAGLUTIDA ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Taverna Llauradó, A. Ribes Alcover, M. Agràs Guàrdia, D. Garola Recasens y À. Cabanes Pepiol

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

Introducción: La semaglutida oral es un fármaco indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y obesidad (IMC > 30) comercializado en España desde noviembre 2021. En Atención primaria (AP) es poco utilizado y existe poca evidencia al respecto.

Objetivos: Determinar la eficacia de la semaglutida oral en pacientes con DM2 y obesidad al año de tratamiento.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de eficacia a un año en pacientes con DM2 y obesidad. Las variables de estudio son el sexo, la edad, la dosis, peso, IMC, TA y determinaciones sanguíneas al inicio y a los 12 meses. Se realiza análisis estadístico con t-test para muestras pareadas.

Resultados: Se han reclutado 12 pacientes en AP en tratamiento con semaglutida oral durante 1 año. Los participantes son 5 hombres, la edad media de la muestra son 69,2 años (DE 9,1). La dosis de semaglutida oral es diferente según tolerabilidad individual siendo la dosis media 10 mg (DE 4,94). Se observa disminución del valor absoluto de todas las variables a excepción del colesterol HDL, que aumenta, contribuyendo a mejorar el riesgo cardiovascular (RCV) del paciente. A pesar de todo, solo son estadísticamente significa-

tivas las variables de peso, índice de masa corporal (IMC) y filtrado glomerular con una $p < 0,05$.

Conclusiones: 1) El tratamiento durante 1 año con semaglutida oral es eficaz para la pérdida de peso en pacientes con DM2 y obesidad y se puede iniciar en AP. 2) En este estudio las dosis de semaglutida oral son diferentes: el 55% de pacientes toleran la dosis máxima del fármaco (14 mg), el 22% tolera la dosis de 7 mg y el 22% solo tolera 3 mg (dosis mínima). 3) La mejoría del peso y el IMC son datos estadísticamente significativos, con lo cual se demuestra que el tratamiento con semaglutida oral es eficaz para la obesidad. Sería interesante ampliar las indicaciones de este fármaco a obesidad sin DM2 y realizar estudios en este sentido. 4) A pesar que la mejoría de las cifras de glucosa y HbA_{1c} no sea estadísticamente significativa, los resultados indican que hay mejoría del RCV. Serían necesarios más estudios en AP.

	Valor inicial	Valor final	P
	Media (DE)	Media (DDE)	
TAS (mmHg)	142,44 (11,18)	137,33 (12,39)	0,214
TAD (mmHg)	76,44 (7,10)	77,33 (7,66)	0,789
Peso (kg)	89,61 (16,24)	80,71 (13,64)	0,005
IMC	33,32 (3,44)	30,955 (3,03)	0,003
Glucosa (mg/dl)	125,88 (57,89)	121,44 (24,85)	0,837
$\text{HbA}_{1c}\%$	7,82 (1,13)	7,05 (1,04)	0,220
Colesterol total (mg/dl)	191,88 (53,63)	175,5 (39,82)	0,174
Colesterol LDL (mg/dl)	107,32 (39,97)	93,87 (29,26)	0,122
Colesterol HDL (mg/dl)	53,11 (23,84)	54,37 (17,77)	0,695
Albúmina orina (mg/L)	11,6 (7,83)	4,44 (3,36)	0,183
Filtrado glomerular (ml/min/1,73 m ²)	78,27 (23,92)	74,65 (23,62)	0,031

P-096. CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN EN DIABETES, UNA NUEVA HERRAMIENTA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

A. Esteban Flores, J. Richard Moore, A. Cebrián Cuenca y J. Flores Torrecillas

C.S. Casco Antiguo, Cartagena, España.

Introducción y objetivos: La complejidad de la diabetes mellitus tipo 2 necesita herramientas que optimicen el tiempo y la formación de los profesionales sanitarios. La implementación de la Consulta de Alta Resolución (CAR) como un proceso asistencial que integra el diagnóstico y tratamiento en una sola visita multidisciplinaria podría ser fundamental para su abordaje. Los objetivos de este estudio son valorar, a los 6 meses, los resultados desde una perspectiva científico-técnica la implementación de la CAR.

Material y métodos: Medio de una prueba piloto con 11 individuos, se evaluarán los resultados de una CAR basado en un prototipo de 45 min a los 6 meses de su implementación. El perfil del participante es aquel diagnosticado de diabetes tipo 2 en situación de vulnerabilidad, mayores de 65 años con un control inadecuado de los niveles de glucosa y posibles desafíos sociales o económicos. Mediante una encuesta basada en el cumplimiento de cambios en el estilo de vida de los participantes y un análisis de sangre recogido antes de la realización de la CAR y a los 6 meses, se pretende valorar, desde una perspectiva científico-técnica, la efectividad de la implementación de la consulta de alta resolución.

Resultados: Los resultados recogidos en la analítica de sangre a los 6 meses muestran niveles similares de LDL (media 111,5 ± 41,6

comparado con 112 mg/dl \pm 39,4 hace 6 meses) y filtrado renal (72,1 \pm 13,3 comparado con 72,9 ml/min \pm 15,7 hace 6 meses). Con una leve mejoría en el índice de masa corporal (media 28,2 \pm 3,03 comparado con 28,6 Kg/m² \pm 3,78 hace 6 meses) y una mejoría en el control de la glucemia en todos los participantes (HbA_{1c} medio 7,47% \pm 0,86 comparado con 8,38% \pm 1,48 hace 6 meses). En los cambios de estilo de vida, el 100% de los participantes cumple con la adhesión a los nuevos tratamientos farmacológicos pautados, el 54% con las recomendaciones dietéticas y el 45% con las pautas de ejercicio físico. Con respecto al autocuidado de los pies, el 45% refiere su cumplimiento, a diferencia del 17% hace 6 meses.

Conclusiones: Los resultados del estudio a los 6 meses sugieren que la CAR puede ser una herramienta útil para la atención de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 complejos, donde se pueden observar mejoras en los resultados clínicos tras su implementación. En relación a los cambios en el estilo de vida, surge la necesidad de seguimientos más frecuentes y la participación en talleres grupales para fortalecer su cumplimiento.

tropométrico: porcentaje de grasa medio de 32,9 \pm 7% y una masa muscular de 28,1 \pm 5 Kg. En relación con las comorbilidades, presentaron una presión arterial media de 121/77 mmHg, HbA_{1c} de 5,17 \pm 0,24%, un colesterol total de 165 \pm 25 mg/dl y LDL de 96 \pm 32 mg/dl. Además, el 43% llevaba a cabo ejercicio aeróbico o anaeróbico.

Conclusiones: Estos hallazgos concuerdan con los resultados de los agonistas del GLP-1 en la literatura, evidenciando mejoras antropométricas, glucémicas y de las comorbilidades. La literatura describe una mayor tasa de obesidad entre las personas con bajo poder adquisitivo, aumentando así su riesgo cardiovascular. A pesar de la eficacia de los agonistas del GLP-1, su inaccesibilidad económica limita la continuidad del tratamiento limitando sus beneficios. Este escenario plantea interrogantes éticos sobre la equidad en el acceso al tratamiento de la obesidad. El estudio subraya la necesidad de concienciar a los profesionales médicos sobre la disparidad económica en el acceso al tratamiento, enfatizando la importancia de abordar esta inequidad desde una perspectiva clínico-social. ¿Debemos esperar a que el 60% de esas prediabéticas con bajo poder adquisitivo se conviertan en diabetes descontroladas para beneficiarse de estos tratamientos con el riesgo cardiovascular que supone?

OBESIDAD

P-097. ¿SE REQUIERE QUE LAS PREDIABETES ALCANCEN UN ESTADO DE DIABETES DESCONTROLADA PARA OBTENER UN TRATAMIENTO ASEQUIBLE PARA LA OBESIDAD?

V. Pérez de Arenaza Pozo, J. Cárdenas Salas, B.L. Luca, C. Martín Márquez, R.M. Sierra Poyatos, C. Casado Cases, M.C. Sánchez Chiriboga, C. Luengo Álvarez de Buergo, B. Baraia Etxaburu Astigarraga y C. Vázquez Martínez

Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Introducción: En el tratamiento de la obesidad destacan los análogos de GLP-1, fármacos no cubiertos por el Sistema Nacional de Seguridad Social español. A pesar de haber una creciente necesidad de tratamiento, se encuentra muy restringido por el precio. El objetivo de nuestro estudio es analizar a aquellos pacientes de nuestra cohorte que cesasen el tratamiento con liraglutida por razones económicas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo-descriptivo de cohorte de 226 pacientes seguidos durante 36 meses tratados con liraglutida, dieta y ejercicio. Analizamos el porcentaje de abandono y sus razones, enfocándonos en aquellos que por razones económicas suspendiesen el tratamiento. Evaluaremos la evolución antropométrica durante el tratamiento hasta el cese.

Resultados: Se incluyeron 226 pacientes, el 77,8% mujeres, con una edad de 52,3 \pm 11,9 años. El peso inicial fue de 101,7 \pm 21,1 kg y el IMC de 37,5 \pm 6,1 kg/m². La dosis máxima de liraglutida de 3,0 mg se consiguió solo en el 26,6% principalmente por razones económicas. El 50% suspendió liraglutida por no alcanzar el objetivo de peso, dificultad para costearlo o efectos adversos. Entre los abandonos por razones económicas, el 67% eran mujeres, el resto varones; con una edad media de 51 años, destacando entre sus antecedentes la prediabetes (55,6%), hipertensión (33%), SAHS (33%) y dislipemia (21%). Los participantes partieron con un IMC inicial medio de 34,75 \pm 4,75 kg/m², un porcentaje de grasa del 44,24 \pm 6,2%, y una masa muscular de 27,9 \pm 6,67 Kg. Además, presentaron una presión arterial media de 134/86 mmHg, HbA_{1c} de 5,48 \pm 0,31%, un colesterol total de 196 \pm 47 mg/dl y LDL de 110,3 \pm 48 mg/dl. Ninguno realizaba actividad física. Tras el cese del tratamiento, el IMC mínimo medio alcanzado fue de 29,68 \pm 4,13 kg/m², mejorando a nivel an-

P-098. TIRZEPATIDA VS. SEMAGLUTIDA 2,4 MG PARA PERSONAS CON OBESIDAD O SOBREPESO Y DIABETES TIPO 2

C. Fernández^a, E. Hankovsky^b, J. Fraseur Brumm^b, R. Malik^b, A. Niemeyer^b, F. Wang^b, X. Michelle Zhang^b y X. He^b

^aEli Lilly and Company, Alcobendas, España. ^bEli Lilly and Company, Indianápolis, EE.UU.

Introducción: La tirzepatida es un agonista del receptor del polipéptido insulinotrópico dependiente de la glucosa y del receptor del péptido 1 similar al glucagón en investigación para el manejo crónico del peso que mostró, en el ensayo en fase III SURMOUNT-2 (NCT04657003), una reducción de peso de hasta el 15,7% en personas con obesidad o sobrepeso y diabetes tipo 2 (DT2). Semaglutida 2,4 mg está aprobada actualmente en EE. UU. para el manejo crónico del peso y demostró, en el ensayo clínico en fase III STEP 2 (NCT03552757), una reducción del peso corporal del 10,6% en personas con obesidad o sobrepeso y DT2. En ausencia de un ensayo comparativo, el objetivo de este estudio era comparar la eficacia de tirzepatida frente a semaglutida 2,4 mg en personas con obesidad o sobrepeso y DT2 mediante una comparación indirecta de tratamientos (CIT) con placebo como comparador común.

Material y métodos: Este estudio utilizará las estimaciones de eficacia de SURMOUNT-2 y STEP 2 (es decir, las estimaciones del producto del ensayo) para comparar el cambio porcentual medio en el peso corporal, la proporción de participantes que logran una reducción del peso \geq 5% y el cambio medio en la HbA_{1c} (%) desde la aleatorización hasta el final del período de tratamiento del estudio entre tirzepatida (10 y 15 mg) y semaglutida 2,4 mg utilizando el método de Bucher. Se realizarán análisis de sensibilidad para 1) evaluar el uso de la estimación del régimen de tratamiento (estimación de la política de tratamiento en STEP 2), 2) comparar la tirzepatida con la semaglutida 2,4 mg en la semana 68 y 3) utilizar la comparación indirecta ajustada por emparejamiento, ponderando por factores como la HbA_{1c} basal, el sexo, la etnia y el uso de inhibidores de SGLT-2.

Resultados: Los resultados de los análisis están pendientes.

Conclusiones: A falta de un ensayo comparativo, estos resultados pueden contribuir a la evaluación farmacoeconómica de los tratamientos más apropiados para el control crónico del peso en personas con obesidad y sobrepeso y DT2, una vez que se aprueben ambos tratamientos. El próximo ensayo clínico SURMOUNT-5 comparará tirzepatida y semaglutida en un ensayo comparativo.