

comparado con $112 \text{ mg/dl} \pm 39,4$ hace 6 meses) y filtrado renal ($72,1 \pm 13,3$ comparado con $72,9 \text{ ml/min} \pm 15,7$ hace 6 meses). Con una leve mejoría en el índice de masa corporal (media $28,2 \pm 3,03$ comparado con $28,6 \text{ Kg/m}^2 \pm 3,78$ 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 adherencia 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.

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 $101,7 \pm 21,1 \text{ kg}$ y el IMC de $37,5 \pm 6,1 \text{ kg/m}^2$. 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 $34,75 \pm 4,75 \text{ kg/m}^2$, un porcentaje de grasa del $44,24 \pm 6,2\%$, y una masa muscular de $27,9 \pm 6,67 \text{ Kg}$. Además, presentaron una presión arterial media de $134/86 \text{ mmHg}$, HbA_{1c} de $5,48 \pm 0,31\%$, un colesterol total de $196 \pm 47 \text{ mg/dl}$ y LDL de $110,3 \pm 48 \text{ mg/dl}$. Ninguno realizaba actividad física. Tras el cese del tratamiento, el IMC mínimo medio alcanzado fue de $29,68 \pm 4,13 \text{ kg/m}^2$, mejorando a nivel an-

tropométrico: porcentaje de grasa medio de $32,9 \pm 7\%$ y una masa muscular de $28,1 \pm 5 \text{ Kg}$. En relación con las comorbilidades, presentaron una presión arterial media de $121/77 \text{ mmHg}$, HbA_{1c} de $5,17 \pm 0,24\%$, un colesterol total de $165 \pm 25 \text{ mg/dl}$ y LDL de $96 \pm 32 \text{ mg/dl}$. 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 prediabetes con bajo poder adquisitivo se conviertan en diabetes descontroladas para beneficiarse de estos tratamientos con el riesgo cardiovascular que supone?

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

C. Fernández^a, E. Hankosky^b, J. Friseur 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 insulínico 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 periodo 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, reponderando 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.