

en los apartados de “preocupación social y relacionada con la diabetes” y puntuaciones más elevadas en “satisfacción e impacto” de la enfermedad. El test de Clarke objetivó que el 29,03% de los pacientes mostraba hipoglucemias inadvertidas y que, según índice de comorbilidad de Charlson, la puntuación media obtenida fue de 3,9 puntos; lo que implica una alta comorbilidad alta en estos pacientes.

N = 31	
Lecturas promedio (n)	7 (DE 2,7)
Glucosa promedio (mg/dL)	190,7 (DE 31,7)
CV (%)	36,3 (DE 7,9)
GMI (%)	8,1 (DE 0,9)
Tiempo > 180 mg/dL (%)	28,6 (DE 8,6)
Tiempo > 250 mg/dL (%)	20,5 (DE 19)
Tiempo 70-180 mg/dL (%)	46,4 (DE 23)
Tiempo < 70 mg/dL (%)	3,4 (DE 4,1)
Tiempo < 54 mg/dL (%)	1,1 (DE 1,8)
Nº de hipoglucemias (n)	3,1 (DE 2,1)
Tiempo medio en hipoglucemia (min)	87,6 (DE 33,2)

**Conclusiones:** Los pacientes con DM3c presentan una alta carga de comorbilidades y una moderada calidad de vida, todo ello asociado a baja preocupación en relación a la diabetes, lo cual repercute negativamente en el control glucémico. Un porcentaje significativo no percibe las hipoglucemias, lo que junto al tiempo elevado en hipoglucemia, resalta la necesidad de optimizar el tiempo en rango e implementar intervenciones en educación diabetológica incluyendo el adecuado uso de la tecnología disponible.

## COMUNICACIONES ORALES 05: TRATAMIENTO DIABETES TIPO 2

### CO-025. RESULTADOS CARDIOVASCULARES CON SEMAGLUTIDA EN FUNCIÓN DEL ESTADO BASAL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PARTICIPANTES CON DIABETES TIPO 2 Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: RESULTADOS DEL ENSAYO FLOW

Alicia Justel Enríquez<sup>a</sup>, Kenneth W. Mahaffey<sup>b</sup>, Katherine Tuttle<sup>c,d</sup>, Florian M.M. Baeres<sup>e</sup>, George Bakris<sup>f</sup>, Thomas Idorn<sup>e</sup>, Vlado Perkovic<sup>g</sup>, Ida Kirstine Bull Rasmussen<sup>e</sup>, Søren Rasmussen<sup>e</sup>, Peter Rossing<sup>h,i</sup>, Ekaterina Sokareva<sup>e</sup>, Johannes Mann<sup>j,k</sup> y Richard Pratley<sup>l</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España. <sup>b</sup>Stanford Center for Clinical Research, Department of Medicine, Stanford School of Medicine, Palo Alto, CA, EE. UU. <sup>c</sup>Division of Nephrology, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA, EE. UU. <sup>d</sup>Providence Medical Research Center, Providence Inland Northwest Health, Spokane, WA, EE. UU. <sup>e</sup>Novo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. <sup>f</sup>Department of Medicine, AHA Comprehensive Hypertension Center, University of Chicago Medicine, Chicago, IL, EE. UU. <sup>g</sup>University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia. <sup>h</sup>Steno Diabetes Center Copenhagen, Herlev, Dinamarca. <sup>i</sup>Department of Clinical Medicine, University of Copenhagen, Dinamarca. <sup>j</sup>KfH Kidney Centre, München, Alemania. <sup>k</sup>University Hospital, Friedrich-Alexander University, Erlangen, Alemania. <sup>l</sup>AdventHealth Translational Research Institute, Orlando, FL, EE. UU.

**Objetivos:** El estudio FLOW demostró que semaglutida reduce los eventos renales y cardiovasculares (CV), así como la mortalidad, en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) y enfermedad renal crónica (ERC). El objetivo de este análisis preespecificado fue examinar los efectos de semaglutida en resultados CV y muerte por cualquier causa en función de la albuminuria o la función renal basales.

**Material y métodos:** En el ensayo FLOW, participantes con DM2 y ERC fueron aleatoriamente asignados a recibir semaglutida 1,0 mg una vez a la semana o placebo. Los participantes tenían ERC con una tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) de 50-75 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> y un cociente albúmina-creatinina en orina (UACR) > 300- < 5.000 mg/g, o una TFGe de 25- < 50 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> y un UACR de > 100- < 5.000 mg/g. Para estos análisis, se evaluó el efecto de semaglutida sobre un compuesto de muerte cardiovascular, infarto de miocardio (IM) no mortal y accidente cerebrovascular no mortal, así como la muerte por cualquier causa de acuerdo con el estado basal de la ERC clasificada por TFGe < 60 o ≥ 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, UACR < 300 o ≥ 300 mg/g, o la escala de riesgo KDIGO.

**Resultados:** En total, 3.533 participantes fueron aleatorizados con una mediana de seguimiento de 3,4 años, después de que un Comité de Monitorización de Datos independiente recomendara la finalización anticipada del estudio. La TFGe y el UACR basales fueron registradas en 3.532 (99,97%) participantes. En total, 242 (6,9%) participantes presentaban un estadio KDIGO basal que indicaba riesgo bajo o moderado; 878 (24,9%) tenían un riesgo KDIGO alto; y 2.412 (68,3%) presentaban un riesgo KDIGO muy alto. En general, el compuesto de muerte cardiovascular, IM no mortal o accidente cerebrovascular no mortal se redujo en un 18% (HR 0,82; intervalo de confianza [IC] del 95% 0,68-0,98; p = 0,03) con consistencia en todos los niveles de TFGe y UACR y clasificación de riesgo de KDIGO (p de interacción > 0,13). La muerte por cualquier causa se redujo un 20% (HR 0,80; IC95% 0,67-0,95; p = 0,01) con efectos consistentes entre los grupos definidos por TFGe (p de interacción = 0,21) y la clasificación de riesgo KDIGO (p de interacción = 0,23) pero no por UACR (p de interacción = 0,01).

**Conclusiones:** Semaglutida redujo significativamente el riesgo de eventos CV y muerte por cualquier causa, con efectos consistentes independientemente del estado basal de la ERC en participantes con DM2.

### CO-026. ESTUDIO DEL ESTADO COGNITIVO DE LA POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA CON DIABETES MELLITUS QUE INICIA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Abad Martín<sup>a</sup>, M. Sánchez<sup>b</sup>, M. Dos Santos<sup>a,b</sup>, P. Gil<sup>b</sup>, C. Hernández<sup>a,b</sup>, R. Simó<sup>a</sup> y O. Simó-Servat<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Investigación en Diabetes y Metabolismo, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, España. <sup>b</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

**Introducción:** La diabetes aumenta el riesgo de deterioro cognitivo incipiente (DCI) y demencia. Aunque las guías actuales recomiendan el estudio del estatus cognitivo en la población mayor de 65 años con diabetes, no existe en la actualidad una herramienta de screening que se utilice de forma generalizada. En estudios previos hemos observado que la microperimetria, que estudia la funcionalidad de la retina, puede ser una buena herramienta para identificar el DCI en la población con diabetes. Actualmente existe financiación pública para la monitorización continua de glucosa (MCG) en la población con diabetes tipo 2 (DM2) que sigue tratamiento con múltiples dosis de insulina. En esta población, la presencia de deterioro cognitivo puede ser una barrera para el uso correcto de la MCG.