

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.

**Objetivos:** Conocer las características basales y el estado cognitivo de los sujetos con DM2 en tratamiento con múltiples dosis de insulina que inician la MCG en un Hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo en el que se incluyeron de forma prospectiva pacientes mayores de 65 años con DM2 que iniciaron el uso de la MCG tras un programa educativo en el Hospital Universitario Vall d'Hebron. Los criterios de exclusión fueron: a) Diagnóstico previo de demencia/enfermedad neurodegenerativa; b) Retinopatía diabética (RD) proliferativa o no proliferativa severa; c) Uso previo de la MCG. Para el screening de deterioro cognitivo se realizó el test MoCA y se evaluó la sensibilidad a la retina mediante microperimetria.

**Resultados:** Se reclutaron 89 pacientes: 53% hombres, edad media de  $74,5 \pm 0,64$  años, con un tiempo de evolución de la DM2 de  $21,02 \pm 0,93$  años y un IMC medio de  $28,99 \pm 0,48$ . El 71,16% tenía complicaciones de la DM2, siendo la enfermedad renal crónica la más prevalente con un 46%, seguida de RD leve (27%), polineuropatía (22%) y cardiopatía isquémica (29%). En relación al estado cognitivo de los pacientes, en el cuestionario MoCA un 67,47% presentó una puntuación < 26 (puntuación media de  $22,16 \pm 0,50$ ). Además, hallamos una correlación significativa entre la sensibilidad de la retina medida por la microperimetria y la puntuación del cuestionario MoCA ( $r = 0,4$ ;  $p = 0,003$ ). En cuanto a los datos glucométricos, observamos un control metabólico aceptable ( $HbA_{1c}$ :  $7,80 \pm 0,1,2\%$  y tiempo en rango:  $64,11 \pm 2,28\%$ ).

**Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que la población con DM2 mayor de 65 años candidata a iniciar MCG presenta una elevada prevalencia de deterioro cognitivo. Este dato es de gran relevancia para individualizar el tratamiento e iniciar la MCG mediante programas educativos especializados.

#### CO-027. NT-PROBNP COMO HERRAMIENTA PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE PROGRESIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: IMPACTO EN EL MANEJO

S. López-Zacárez, L. García de Guadiana, A. Esteban-Flores, J. Moore, J. Flores-Torrecillas, A. Claudiu Coman y A. Cebrián-Cuenca

Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo, Cartagena, España.

**Introducción:** Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tienen un alto riesgo de desarrollar insuficiencia cardiaca (IC). Recientemente, la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) ha recomendado la medida de NT-proBNP en pacientes con DM2 para la identificación del riesgo elevado de progresión de la IC, mediante la detección del “estrés cardiaco”, concepto introducido para identificar individuos asintomáticos con factores de riesgo, como la DM2, y concentraciones elevadas de péptidos natriuréticos. En este estudio, describimos las concentraciones séricas de NT-proBNP en una población de pacientes con DM2 sin diagnóstico previo de IC para evaluar la presencia de estrés cardiaco y valoramos el impacto de su medida en este grupo de pacientes.

**Material y métodos:** Estudio transversal unicéntrico en el que se reclutaron pacientes asintomáticos con DM2 sin diagnóstico conocido de IC. En todos ellos se extrajo una muestra de sangre como parte del seguimiento habitual de este tipo de pacientes, en la que se midió la concentración sérica de la NT-proBNP mediante un ensayo de electroquimioluminiscencia en el analizador Cobas e801 (Roche Diagnostics). Los pacientes fueron clasificados en base a los puntos de corte estratificados por edad recomendados por la ESC (estrés cardiaco muy improbable:  $\leq 50$  pg/mL; estrés cardiaco improbable: zona gris; estrés cardiaco probable:  $< 50$  años:  $\geq 75$  pg/mL; 50-74 años:  $\geq 150$  pg/mL;  $\geq 75$  años:  $\geq 300$  pg/mL).

**Resultados:** La población de estudio incluyó 126 pacientes con DM2 sin clínica y sin diagnóstico de IC, [edad mediana (AIQ): 72 (14)

años; sexo varón: 76 (60,3%); tiempo de evolución mediana (AIQ): 11,9 (12) años]. Los porcentajes de pacientes con hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, dislipemia, obesidad y enfermedad cardiovascular fueron 69%, 71,4%, 81,7%, 46,8% y 22,2%, respectivamente. La concentración mediana (AIQ) de NT-proBNP fue 70 (160) pg/mL. De acuerdo a los puntos de corte estratificados por edad para la detección del estrés cardiaco, 45 (35,7%) pacientes fueron clasificados como “estrés cardiaco muy improbable”, cuyo manejo incluye la repetición de NT-proBNP al año, 57 (45,2%) como “estrés cardiaco improbable”, en los que se recomienda repetir la medida a los 6 meses, y 24 (19,1%) como “estrés cardiaco probable”, candidatos para ecocardiograma.

**Conclusiones:** De acuerdo a las concentraciones de NT-proBNP, casi una quinta parte de los pacientes con DM2 sin clínica o diagnóstico de IC, presentan un elevado riesgo de desarrollo de IC, estando indicada la realización de un ecocardiograma y valorar el inicio precoz de estrategias efectivas para prevenir o retrasar la progresión a los estadios más avanzados de la enfermedad.

#### CO-028. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN INICIALMENTE INCLUIDA EN UN NUEVO PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE LA DIABETES NO TIPO 1 EN EL ADULTO JOVEN (DM JOVEN)

M. Mateu Salat<sup>a</sup>, A.J. Blanco Carrasco<sup>a</sup>, A. Jiménez<sup>a,b</sup>, C. Viñals<sup>a</sup>, Z. Herreras<sup>c</sup>, A. Altés<sup>d</sup> y E. Ortega<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Instituto de Enfermedades Digestivas y Metabólicas, Hospital Clínic de Barcelona, España. <sup>b</sup>CIBER-OBN, ISCIII, Barcelona, España. <sup>c</sup>CAP Comte Borrell, CAPSBE, Barcelona, España. <sup>d</sup>CAP Sants, Institut Català de la Salut, Barcelona, España.

**Objetivos:** El nuevo programa asistencial “DM JOVEN” busca mejorar la atención en adultos jóvenes mediante un abordaje precoz, estandarizado e intensivo. Mediante un fenotipado exhaustivo, evaluación del riesgo cardiovascular y la implementación de tratamiento integral, pretendemos reducir las comorbilidades a largo plazo. Describimos las características de los primeros pacientes incluidos.

**Material y métodos:** El programa se ha implementado en colaboración entre un hospital terciario y los equipos de atención primaria de su área. Se incluyen pacientes de 18-55 años diagnosticados de diabetes antes de los 50. Incluye un itinerario de educación digital y otro híbrido para pérdida ponderal intensiva, integrados en el programa electrónico asistencial y el entorno de salud del paciente. La valoración inicial incluye una evaluación clínica, bioquímica y ecografía carotidea. Se valora el patrón alimentario con PrediMed17p y calidad de vida con DQOL.

**Resultados:** De los 63 primeros pacientes incluidos, 23 (36,5%) eran mujeres, con una edad mediana (Q1-Q3) de 44 (37-50) años, edad al diagnóstico de 36 (31-42) años y una evolución de 3 (1-8). El antecedente fue diverso: 57% europeo, 13% asiático oriental y 18% latinoamericano. Los datos antropométricos, de laboratorio, cuestionarios y relativos al tratamiento se muestran en la tabla, donde destaca una elevada prevalencia de obesidad (28%). La mayoría de pacientes tenían mal control: 51%  $HbA_{1c} \geq 7\%$ , 44%  $LDL > 100$  mg/dL, 60,7% triglicéridos  $> 150$  mg/dL y 52,8% PAS  $> 130$  mmHg. Se realizó ecografía carotidea en 36 pacientes, identificándose aterosclerosis preclínica en 9 (25%), con una mediana de 3 (2-3) placas. Se diagnosticaron un caso de diabetes secundaria a acromegalia y uno de MODY-HNF1A. Incluimos 7 pacientes en el programa intensivo de pérdida ponderal.

**Conclusiones:** La población con DM JOVEN en nuestro entorno presenta un antecedente diverso, mal control glucémico y metabólico, alta prevalencia de obesidad y significativa carga aterosclerótica.