

vildagliptina y la linagliptina son los iDPP4 que más frecuentemente se encuentran pautados en pacientes con PA a pesar de ser la sitagliptina el más prescrito en la población. La aparición de PA debe ser identificada como un posible efecto secundario del tratamiento con iDPP4 interrumpiendo dicho tratamiento de forma cautelar.

CO-030. REMISIÓN DE LA DIABETES TIPO 2 MEDIANTE UN PROGRAMA ESTRUCTURADO DE MODIFICACIÓN DE ESTILO DE VIDA EN 6 COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS: DATOS PRELIMINARES DEL PROGRAMA PILOTO “CARE4DIABETES” (CUIDA TU DIABETES-C4D)

E. Llaneza Suárez^a, L. Vázquez Salvi^b, C. Venturi Monteagudo^c, R. Rodríguez Acuña^d, P. Urones Cuesta^e, N. Prieto Santos^f y M. Escribano Santamarina^g

^aFICYT, Oviedo, España. ^bServicio de Endocrinología, Diabetes y Nutrición, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. ^cFUNDESLALUD, Mérida, España. ^dFundación Progreso y Salud, Sevilla, España. ^eServizo Galego de Saúde, Santiago de Compostela, España. ^fMinisterio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, España. ^gConsejería de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España.

Introducción: El estilo de vida es fundamental en el tratamiento de la diabetes tipo 2 (DM-2) asociándose con una mejoría del control glucémico, la prevención de complicaciones y un incremento de la calidad de vida. Estudios recientes sugieren la posibilidad de reducción de fármacos antihiperglucemiantes, principalmente cuando los hábitos adquiridos resultan en pérdidas de peso significativas. CARE4DIABETES (C4D) consiste en la implementación en 12 países europeos de una buena práctica en estilo de vida. Las comunidades españolas participantes son: Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Extremadura y Galicia.

Objetivos: Evaluar de forma preliminar la remisión de la DM-2, definida como la consecución de una $\text{HbA}_{1c} < 6,5\%$ durante más de 3 meses tras haber suspendido cualquier medicación para el control de la glucosa, en los participantes españoles del estudio cuasiexperimental C4D.

Material y métodos: C4D se basa en un entrenamiento teórico-práctico impartido de forma grupal por un equipo multidisciplinar dentro de un programa estructurado de estilo de vida enfocado en el abordaje de 4 pilares: alimentación, actividad física, sueño y relajación, durante 6 meses de manera intensiva a través de 5 sesiones que pueden tener lugar en formato presencial o digital. Se realizan analíticas de control en el momento basal y a los 6 meses. Una guía de desescalada de medicación consensuada por los clínicos especialistas está disponible para los diferentes equipos terapéuticos. Así mismo, se hace uso de monitorización continua de glucosa (FreeStyle Libre 2) en determinados períodos de la intervención para tomar decisiones respecto a modificaciones sobre el tratamiento antihiperglucemiante.

Resultados: Noventa y dos pacientes ($N = 92$), 46,7% mujeres ($N = 43$), edad $60 \pm 9,24$ años, con DM-2 y en tratamiento con, al menos una medicación antihiperglucemiente, participaron en el primer piloto del programa C4D en España. Su HbA_{1c} inicial fue $6,57 \pm 0,96\%$. Tenían una duración de la enfermedad de $5,14 \pm 4,75$ años y su IMC era $30,7 \pm 4,29 \text{ kg/m}^2$. A los 6 meses la HbA_{1c} fue $6,37 \pm 0,85\%$ ($p < 0,01$) y su IMC $29,4 \pm 4,16 \text{ kg/m}^2$ ($p < 0,01$). En total, dieciséis participantes ($N = 16$) (17,4%) finalizaron la intervención sin tratamiento para el control de la glucosa, catorce de ellos ($N = 14$) (15,2%) manteniendo un $\text{HbA}_{1c} < 6,5\%$ sin tratamiento farmacológico.

Conclusiones: La modificación de estilo de vida mediante el programa multifocal C4D mostró de forma preliminar mejorar la HbA_{1c} y conseguir la remisión de la DM-2 a los 6 meses en un grupo signifi-

cativo de pacientes con sobrepeso/obesidad y con corto tiempo de evolución de la diabetes, debido, probablemente en parte, a una reducción significativa de peso corporal. Se necesita un seguimiento más largo para evaluar la duración de esta remisión y caracterizar a los pacientes con más probabilidades de conseguirla.

COMUNICACIONES ORALES 06: MISCELÁNEA 1

CO-031. PÉRDIDA DE PESO PRECOZ Y PARÁMETROS CARDIOMETABÓLICOS EN LOS PARTICIPANTES TRATADOS CON TIRZEPATIDA EN SURMOUNT 1-2

P. Casado^a, T. Thethi^b, A. Kokkinos^c, M. McKean-Matthews^d, C.J. Lee^d, L.M. Neff^d, C.J. Mast^d, Á. Rodríguez^d, A. Stefanski^d y A. Bartee^d

^aEli Lilly and Company, Alcobendas, España. ^bAdventHealth, Translational Research Institute and AdventHealth Diabetes, Obesity and Endocrinology Institute, Orlando, EE. UU. ^cFirst Department of Propaedeutic Internal Medicine, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Laiko General Hospital, Atenas, Grecia. ^dEli Lilly and Company, Madrid, España.

Introducción: Tirzepatida (TZP) conllevó una pérdida de peso y una mejora de los parámetros cardiometabólicos (PC) significativas en los ensayos SURMOUNT (SM)-1 y SM-2. El objetivo era evaluar si una pérdida de peso precoz se relacionó con una mayor mejora de los PC en los pacientes tratados con TZP en SM-1-2.

Material y métodos: Los análisis retrospectivos incluyeron participantes tratados con TZP, con obesidad o sobrepeso y ≥ 1 complicación relacionada con el peso en SM-1 ($n = 1.775$) y con diabetes tipo 2 en SM-2 ($n = 609$) categorizados como con respuesta precoz (reducción de peso $\geq 5\%$) o sin respuesta precoz (reducción de peso $< 5\%$) en la semana 8. Los análisis emplearon la estimación de eficacia y evaluaron las variables basadas en el análisis de la varianza y en la regresión logística.

Resultados: En SM-1, los participantes con respuesta precoz ($n = 1.103$, 62,1%) presentaron beneficios significativamente mejores en el peso corporal (P) y los PC desde la situación inicial (SI) hasta la semana 72 (S72) en comparación con aquellos sin respuesta precoz ($n = 672$, 37,9%): P (-23,3 frente a -14,6%, $p < 0,001$), presión arterial sistólica (PAS) (-9,8 frente a -5,6 mmHg, $p < 0,001$), presión arterial diastólica (PAD) (-6,0 frente a -4,2 mmHg, $p < 0,001$), triglicéridos (TG) (-30,9 frente a -23,0%, $p < 0,001$), HDL (10,0% frente a 3,8%, $p < 0,001$) y ALT (-31,1 frente a -25,1%, $p < 0,001$). En SM-2, aquellos con respuesta precoz ($n = 247$, 40,6%) lograron una mayor reducción en HbA_{1c} desde la SI hasta la S72 en comparación con aquellos sin respuesta precoz ($n = 362$, 59,4%) (-2,5 frente a -2,0%, $p < 0,001$), con una mayor proporción de consecución de $\text{HbA}_{1c} < 5,7\%$ (69,7 frente a 41,2%). Aquellos con respuesta precoz presentaron mejoras significativamente mayores en los PC desde la SI hasta la S72 frente a aquellos sin respuesta precoz: P (-20,0 frente a -10,8%, $p < 0,001$), PAS (-8,4 frente a -6,2 mmHg, $p = 0,04$), PAD (-3,7 frente a -2,0 mmHg, $p = 0,012$), TG (-34,5 frente a -23,9%, $p < 0,001$), HDL (13,4 frente a 4,8%, $p < 0,001$) y ALT (-38,7 frente a -28,4%, $p < 0,001$).

Conclusiones: En SM-1-2, los participantes tratados con TZP con obesidad o sobrepeso lograron una reducción de peso y una mejora de los PC significativas en comparación con la SI, con independencia de la categoría de reducción de peso precoz; sin embargo, en estos