

**Conclusiones:** En pacientes con DT1 los parámetros relacionados con adiposidad, en especial los que reflejan mayor disfunción del tejido adiposo (asociados a insulinoresistencia y/o dislipemia) se asocian de forma independiente con la aterosclerosis preclínica.

## 07. TRATAMIENTO DIABETES TIPO 2

### P-074. IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON ISGLT2 EN LA SALUD METABÓLICA Y RENAL DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE USUARIOS QUE TOMAN Y LOS QUE NO TOMAN EL FÁRMACO EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

I. García Herrero<sup>a</sup>, M.D. García García<sup>b</sup>, D. Sánchez Fenollar<sup>a</sup>, I. Río Moso<sup>c</sup>, C. García Giménez<sup>d</sup>, A.B. García Fernández<sup>a</sup> y M.D. Carrillo García<sup>a</sup>

<sup>a</sup>EAP San Antón, Cartagena, España. <sup>b</sup>EAP Orihuela Costa, Orihuela, España. <sup>c</sup>EAP Torre Pacheco Este, Torre Pacheco, España. <sup>d</sup>Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, España.

**Introducción:** Ante las nuevas indicaciones de los iSGLT2 para pacientes con diabetes tipo 2 y aquellos sin diabetes, se busca determinar si el uso de estos fármacos es más beneficioso en términos de índice de masa corporal (IMC) y función renal en comparación con otros antidiabéticos orales (ADO).

**Objetivos:** El objetivo principal es evaluar si el tratamiento con iSGLT2 mejora el IMC, la HbA<sub>1c</sub>, el filtrado glomerular y la creatinina, así como identificar el perfil del paciente ideal para iniciar este tratamiento.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de cohortes en el centro de salud de San Antón, incluyendo a 238 pacientes diabéticos en tratamiento solo con ADO, divididos en dos grupos: 124 pacientes que toman iSGLT2 (n1) y 114 que no lo toman (n2). Se registraron valores de IMC, HbA<sub>1c</sub>, filtrado glomerular y creatinina durante los años 2023/24.

Parámetro	Con iSGLT2	Sin iSGLT2	Diferencias clave
IMC	29,6	28,93	Mayor en el grupo con iSGLT2
Creatinina	00,93	0,93	Igual en ambos grupos
Filtrado glomerular	77,28	75,31	Ligeramente mayor con iSGLT2
HbA <sub>1c</sub>	7,42	6,77	Mejor control sin iSGLT2
Tendencia IMC	-0,08	+0,05	Reducción significativa con iSGLT2
Tendencia creatinina	-1	-0,03	Mayor reducción con iSGLT2
Tendencia filtrado	-1,91	+3,1	Filtrado empeora con iSGLT2
Tendencia HbA <sub>1c</sub>	-0,5	+0,2	Mayor reducción con iSGLT2

**Resultados:** 1. Pacientes que usan iSGLT2: IMC: se observó una ligera reducción del IMC, aunque algunos permanecen en rangos de obesidad. Se recomienda implementar estrategias de manejo del peso. En cuanto a HbA<sub>1c</sub>: la mayoría mostró estabilización o mejoría

en el control glucémico, aunque algunos no alcanzaron el objetivo. Se sugiere revisar la adherencia al tratamiento. En lo referente a función renal: Se mantuvo una función renal más estable, con algunas mejoras en el filtrado glomerular, aunque persisten casos de deterioro. Se recomienda monitorear el filtrado glomerular. 2. Pacientes que no usan iSGLT2: El IMC se mantuvo elevado sin cambios significativos. Se sugiere considerar la introducción de iSGLT2 en estos pacientes. HbA<sub>1c</sub>: mayor variabilidad en los valores de HbA<sub>1c</sub>, con algunos pacientes mostrando empeoramiento. Se recomienda reevaluar los esquemas de tratamiento. Función renal: Mayor deterioro en el filtrado glomerular y aumento de creatinina. Se aconseja incluir iSGLT2 en pacientes con riesgo de progresión renal.

**Conclusiones:** 1. El tratamiento con iSGLT2 parece tener un impacto positivo en el control glucémico, el peso corporal y la función renal en la mayoría de los pacientes, aunque se requieren ajustes en casos específicos. 2. Los pacientes que no utilizan iSGLT2 presentan peores resultados en HbA<sub>1c</sub> y función renal, por lo que se debe considerar su inclusión en el tratamiento. 3. Es fundamental realizar un monitoreo continuo de HbA<sub>1c</sub>, IMC y función renal en ambos grupos para ajustar el tratamiento de manera oportuna. 4. Necesitamos nuevos estudios que eliminen el sesgo de no ser primera opción terapéutica.

### P-075. CERCANÍA A LA NORMOGLUCEMIA Y REGRESIÓN DE LA INSULINA INDUCIDAS POR TIRZEPATIDA EN DIABETES TIPO 2 TRATADA CON INSULINA BASAL

N. Duque<sup>a</sup>, J. Rosenstock<sup>b</sup>, S. Tofe<sup>c</sup>, C. Wysham<sup>d</sup>, V.T. Thieu<sup>e</sup>, J. Kiljanski<sup>e</sup>, C.J. Lee<sup>e</sup>, H. Wang<sup>f</sup> y H. Patel<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Eli Lilly and Company, Alcobendas, España. <sup>b</sup>Velocity Clinical Research at Medical City, EE. UU. <sup>c</sup>University Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, España. <sup>d</sup>Rockwood Clinic, EE. UU. <sup>e</sup>Eli Lilly and Company, Indianapolis, EE. UU. <sup>f</sup>TechData Service Company LLC, EE. UU.

**Introducción:** En el estudio SURPASS-6, la adición de tirzepatida a la insulina basal glargina 100U en participantes con diabetes tipo 2 (DT2) de larga duración e inadecuadamente controlados mejoró sustancialmente la HbA<sub>1c</sub> y el peso corporal. Evaluamos el grado de reducción de la dosis de insulina y la eficacia y la seguridad de tirzepatida en pacientes con dosis de insulina residual en la semana 52.

**Material y métodos:** Se entiende por «Regresor de insulina» la interrupción del tratamiento con insulina basal o el uso de < 10 UI/día y «No regresor de insulina» el uso de ≥ 10 UI/día, a las 52 semanas. Solo se incluyeron los participantes en tratamiento con tirzepatida en la semana 52 (cumplimiento ≥ 75%) sin medicación de rescate. Los análisis de eficacia emplearon un modelo mixto para medidas repetidas.

**Resultados:** En resumen, se incluyeron 145 y 496 participantes en tratamiento con tirzepatida en el grupo Regresor de insulina y en el grupo No regresor de insulina, respectivamente. En la situación inicial, la media de edad era de 58,4 frente a 58,2 años y la media de la dosis basal de insulina era de 40 (38-43 IC al 95%) frente a 50 (48-51 IC95%) UI/día. En la semana 52, la media de la dosis basal de insulina era de 0,4 (0,3-0,5 IC95%) y 32 (30-33 IC95%) UI/día en el grupo Regresor de insulina y en el grupo No regresor, respectivamente. Desde la situación inicial hasta la semana 52, en el grupo Regresor de insulina y en el grupo No regresor, respectivamente, la media de HbA<sub>1c</sub> del 8,5% y 8,9% se redujo al 5,9% y 6,7% (cambio desde la situación inicial del -2,6% y -2,2%, respectivamente), mientras que la media de peso se redujo sustancialmente desde 87,5 y 92,0 kg hasta 71,3 y 84,3 kg (cambio desde la situación inicial de -16,1 kg y -7,7 kg, respectivamente). Desde la situación inicial hasta la semana 52, la media de glucosa sérica en ayunas descendió desde 139 a 107 mg/dl en el grupo Regresor de insulina y desde 164 hasta 120 mg/dl en el grupo No regresor de insulina (cambio respecto a la situación inicial de -32 y -44 mg/dl, respectivamente). La hipoglucemia clínica

camente significativa (< 54 mg/dl o grave) también fue menos frecuente en el grupo Regresor de insulina: 12 pacientes (8,3%) frente a 56 (11,3%) en el grupo No regresor de insulina.

**Conclusiones:** En la DT2 tratada con insulina basal, los participantes regresores de insulina lograron acercarse a la normoglucemia y una reducción sustancial del peso.

#### P-076. EXPERIENCIA EN VIDA REAL DE MCG FLASH EN DM2 Y TERAPIA BOLO BASAL

F.J. Gómez Alfonso, Á. Valverde Márquez, C.X. Vivas Vaca, L.M. Beaulieu Oriol, A.I. Sánchez Marcos, A. Herrero Ruiz y M.T. Mories Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, España.

**Objetivos:** Valorar la eficacia y rendimiento de la MCG Flash en pacientes con DM2 y terapia bolo basal en vida real; objetivo primario: HbA<sub>1c</sub>; objetivos secundarios: métricas según informe AGP (perfil ambulatorio de glucosa): uso de sensor, nº de escaneos diarios, glucosa promedio, variabilidad glucémica (VG), tiempo en rango entre 70-180 mg/dL (TIR), tiempo en hipo < 70 mg/dL (Thipo1), tiempo en hipo < 54 mg/dL (Thipo2); tiempo en hiper > 180 mg/dL (Thiper1), tiempo en hiper > 250 mg/dL (Thiper2).

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes DM2 con terapia bolo-basal que iniciaron MCG flash (FreeStyle Libre 2) en 2023-24, en una consulta externa general de un hospital terciario. Las variables se analizaron de forma basal y a los 6 meses de inicio de sensor glucémico; se empleó para ello el programa estadístico SPSS 20,0. Tras comprobar la normalidad (método de Shapiro-Wilk), se escogió en supuesto positivo prueba t-Student para comparación de las medias; en supuesto negativo test de Wilcoxon.

**Resultados:** Se reclutaron y analizaron 94 pacientes. El 47% eran varones; la edad media fue 67,06 ± 5,62 años. La HbA<sub>1c</sub> basal media inicial fue 7,71 ± 1,67% y final 7,04 ± 0,87% (p = 0,01). El uso de sensor medio basal fue 87,24 ± 1,8% y final 90,09 ± 1,62% (p = 0,83). El nº de escaneos diarios medio basal fue 11,53 ± 0,6 y final 12,76 ± 0,81 (p = 0,52). La glucosa promedio media basal fue 187,65 ± 8,49 mg/dL y final 171 ± 5,67 mg/dL (p < 0,01). La VG media basal fue 36,12 ± 0,84% y final 31,37 ± 0,68% (p = 0,02). El TIR medio basal fue 64,55 ± 4,24% y final 72,65 ± 3,22% (p < 0,01). El Thipo 1 medio basal fue 2,39 ± 0,64% y final 1,42 ± 0,46% (p = 0,01). El Thipo2 medio basal fue 0,91 ± 0,2% y final 0,43 ± 0,13% (p < 0,01). El Thiper1 medio basal fue 25,81 ± 2,26% y final 20,25 ± 1,6% (p = 0,01). El Thiper2 medio basal fue 6,63 ± 2,38% y final 4,38 ± 1,69% (p = 0,02).

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que, además de la mejoría significativa en el objetivo primario (HbA<sub>1c</sub>), en pacientes con DM2 y terapia bolo basal la monitorización flash aporta beneficios adicionales en todas las métricas de AGP. Se precisan estudios de mayor tamaño muestral y más prolongados en el tiempo que cercioren o no dichos resultados.

#### P-077. PREDICTORES DE LA CONSECUCCIÓN Y EL MANTENIMIENTO DEL CONTROL GLUCÉMICO Y DE LA PÉRDIDA DE PESO CON TIRZEPATIDA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 Y AUMENTO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR (SURPASS-4)

I. Romera<sup>a</sup>, S.E. Kahn<sup>b</sup>, S. del Prato<sup>c</sup>, I. Pavo<sup>d</sup>, D.R. Franco<sup>e</sup>, J. Zheng<sup>d</sup>, C. Nicolay<sup>d</sup>, A. Hemmingway<sup>d</sup>, R.J. Wiese<sup>d</sup> y E.R. Pearson<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Eli Lilly and Company, Alcobendas, España. <sup>b</sup>VA Puget Sound Health Care System and University of Washington, EE. UU.

<sup>c</sup>University of Pisa, Italia. <sup>d</sup>Eli Lilly and Company, Indianápolis, EE. UU. <sup>e</sup>CPCLIN/DASA Clinical Research Center, Brasil. <sup>f</sup>University of Dundee, Escocia.

**Introducción:** En SURPASS-4, personas con diabetes tipo 2 y elevado riesgo cardiovascular fueron aleatorizadas a tirzepatida 5, 10 o 15 mg (N = 329, 328, 338). En la semana 52, el 67%, 73% y 81% alcanzaron una HbA<sub>1c</sub> ≤ 6,5% y el 35%, 52% y 65% lograron una pérdida de peso ≥ 10% con 5, 10 y 15 mg de tirzepatida, respectivamente. Hemos identificado predictores de la consecución y el mantenimiento de los objetivos de HbA<sub>1c</sub> y pérdida de peso > 52 semanas.

**Material y métodos:** El control glucémico mantenido (> semana 52) se define como un aumento ≤ 0,2% de HbA<sub>1c</sub> y el control de peso como un aumento ≤ 2 kg. Se evaluaron los predictores mediante modelos de regresión logística de dos partes que analizó una serie de características clínicas y bioquímicas predeterminadas en la situación inicial, la semana 52 y el cambio desde la situación inicial hasta la semana 52.

**Resultados:** De los 619 participantes tratados con tirzepatida que alcanzaron HbA<sub>1c</sub> ≤ 6,5% en la semana 52, el 75%, 80% y 83% (5, 10 y 15 mg) la mantuvo hasta el final del estudio. Los factores pronósticos de HbA<sub>1c</sub> ≤ 6,5% en la semana 52 fueron una mayor dosis de tirzepatida y, en la situación inicial: menor duración de la diabetes, menor HbA<sub>1c</sub>, mayor HOMA-B, uso exclusivo de metformina y un cociente albúmina/creatinina en orina normal. Los factores pronósticos del mantenimiento del control glucémico fueron la ausencia de tratamiento con sulfonilureas, una reducción menor de la glucosa en ayunas y una mayor pérdida de peso durante las primeras 52 semanas, así como una HOMA-B superior en la semana 52. De los 437 participantes tratados con tirzepatida que lograron una pérdida de peso ≥ 10% en la semana 52, el 79%, 81% y 82% (5, 10 y 15 mg) la mantuvieron. Los factores pronósticos de la pérdida de peso ≥ 10% en la semana 52 fueron una dosis mayor de tirzepatida, sexo femenino y esta situación inicial: niveles menores de HbA<sub>1c</sub>, tasa estimada del filtrado glomerular y triglicéridos, y ausencia de antecedentes de enfermedad cardiovascular. Solo un mayor descenso del colesterol de lipoproteínas de baja densidad durante las primeras 52 semanas predijo el mantenimiento de la pérdida de peso.

**Conclusiones:** Una mayor pérdida de peso y una mejor función de las células β durante el tratamiento inicial con tirzepatida durante 52 semanas fueron los mejores predictores para el mantenimiento del control glucémico, aunque no se identificó ningún predictor clínicamente significativo para el mantenimiento del peso. Hasta el 83% de los participantes que recibieron tirzepatida presentaron control glucémico y/o pérdida de peso si estuvo en tratamiento > 52 semanas.

#### P-078. EVOLUCIÓN DEL CONTROL GLUCÉMICO TRAS UN AÑO DE USO DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

L. Muñoz Arenas, M.M. Senent Capote, J. Olmedo Pérez-Montaut, G. Baena Nieto, A. Ballesteros Martín-Portugués, E. Sánchez Toscano, M.Z. Montero Benítez, M. Cayón Blanco y L. García García-Doncel

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, España.

**Introducción y objetivos:** Cada vez se está implantando más el uso de monitorización flash de glucosa en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en terapia con insulina bolo-basal, lo que permite una mejoría en el seguimiento glucométrico y en el control metabólico. **Objetivos:** Analizar los datos glucométricos obtenidos del sensor de monitorización flash de glucosa implantado en pacientes con DM2, comparando datos en el transcurso de un año, desde diciembre de 2023 hasta noviembre de 2024.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio analítico retrospectivo en el que se incluyen 123 pacientes con DM2 a los que se les implantó el sensor flash de glucosa en el Hospital Universitario de