

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

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que, además de la mejoría significativa en el objetivo primario ( $HbA_{1c}$ ), 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  $HbA_{1c} \leq 6,5\%$  y el 35%, 52% y 65% lograron una pérdida de peso  $\geq 10\%$  con 5, 10 y 15 mg de tirzepatida, respectivamente. Hemos identificado predictores de la consecución y el mantenimiento de los objetivos de  $HbA_{1c}$  y pérdida de peso  $> 52$  semanas.

**Material y métodos:** El control glucémico mantenido ( $> 52$  semanas) se define como un aumento  $\leq 0,2\%$  de  $HbA_{1c}$  y el control de peso como un aumento  $\leq 2$  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  $HbA_{1c} \leq 6,5\%$  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  $HbA_{1c} \leq 6,5\%$  en la semana 52 fueron una mayor dosis de tirzepatida y, en la situación inicial: menor duración de la diabetes, menor  $HbA_{1c}$ , 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  $\geq 10\%$  en la semana 52, el 79%, 81% y 82% (5, 10 y 15 mg) la mantuvieron. Los factores pronósticos de la pérdida de peso  $\geq 10\%$  en la semana 52 fueron una dosis mayor de tirzepatida, sexo femenino y esta situación inicial: niveles menores de  $HbA_{1c}$ , 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  $\beta$  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