

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

Jerez de la Frontera. Se recogió información sobre datos demográficos, el uso del sensor y resultados de control metabólico en los últimos 14 días de dos momentos diferentes: 19 de diciembre de 2023 y 24 de noviembre de 2024. Entre las variables que se incluyen, encontramos: GMI (indicador medio de glucosa), TIR (tiempo en rango, que equivale a glucemia de 70-180 mg/dl), TAR (tiempo por encima de rango), TBR (tiempo por debajo de rango), coeficiente de variación (CV) y desviación estándar. Las variables que no se ajustaban a una distribución normal, se analizaron con el test de Wilcoxon, y las que sí que podían ajustarse a una distribución normal, se analizaron con la t de Student.

**Resultados:** De los 123 pacientes, 63 eran mujeres (51,2%). La media de edad era de  $63,02 \pm 12,234$  años. Tras comparar los valores de diciembre de 2023 con las de noviembre de 2024, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos del tiempo de sensor activo, del TIR, del TAR, del promedio y número de hipoglucemias, y del CV. Por un lado, observamos una mejoría del control glucémico, con un aumento del TIR ( $57,31 \pm 23,777$  en 2023,  $63,89 \pm 21,623$  en 2024;  $p: 0,001$ ), una disminución del TAR ( $41,11 \pm 24,704$  en 2023,  $34,33 \pm 22,564$  en 2024;  $p: 0,001$ ) y una disminución del CV ( $30,942 \pm 6,61$  en 2023,  $29,694 \pm 6,28$  en 2024;  $p: 0,006$ ). Por otro lado, se objetivan un menor porcentaje de tiempo de sensor activo ( $85,94 \pm 23,81$  en 2023,  $83,49 \pm 24,1$  en 2024;  $p: 0,006$ ) y un mayor promedio diario de hipoglucemias ( $0,169$  en 2023,  $0,215$  en 2024;  $p: 0,021$ ) y de número de hipoglucemias en los 14 días que analiza el sensor ( $2,37 \pm 4,11$  en 2023,  $2,96 \pm 3,72$  en 2024;  $p: 0,028$ ).

**Conclusiones:** Tras un año de uso de la monitorización *flash* de glucosa se observa una mejoría del control glucémico con una disminución relevante del porcentaje de tiempo en hiperglucemia, existiendo un leve aumento del número de hipoglucemias.

#### P-079. EFECTO DE SEMAGLUTIDA ORAL EN LA URICEMIA DE PERSONAS CON DM2: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO EN VIDA REAL

M. Rodríguez-Bedoya<sup>a,b</sup>, R. Carreño Valdivia<sup>b</sup>, C. Guillén Morote<sup>a,b</sup>, J.R. Romero Gómez<sup>a,b</sup>, A.M. Roldán Sánchez<sup>a,b</sup>, A. Tejera<sup>a,c</sup> y Ó. Moreno-Pérez<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Hospital General Universitario Balmis, Alicante, España.

<sup>b</sup>Universidad Miguel Hernández, Elche, España. <sup>c</sup>Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España.

**Introducción:** La gota es la artritis inflamatoria más frecuente entre los adultos y se asocia a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal y mortalidad por cualquier causa. Existe escasa evidencia acerca del efecto de los agonistas del RGLP-1 en la uricemia de personas con DT2 (PCDT2) y los factores asociados.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de PCDT2 con prescripción de semaglutida oral (SEMAo) en un departamento de salud (11,2021-11,2022) y disponibilidad de datos de uricemia.

**Objetivos:** Porcentaje de consecución de objetivos de uricemia (inferior a 6 mg/dL), cambios en niveles de uricemia y factores asociados a los 6 y 12 meses (6M y 12M). Análisis estadístico: mediana [RIC], prueba de Wilcoxon y Q de Cochran para datos pareados, chi cuadrado y correlación Spearman.

**Resultados:** De un total de 259 pacientes, finalmente se incluyeron 236 de los que se disponía de ácido úrico basal, con una edad mediana de 64,0 [57-71] años, IMC 33,8 [31-40], HbA<sub>1c</sub> 7,6 [6,7-8,5]%, FGe 87,0 [69-90] ml/min, 40,7% mujeres, prevención primaria CV 71,2%, 84,7% *naïve* para arGLP1, 52,3% con iSGLT2. La uricemia basal fue de 5,2 [4,3-6,3] mg/dl y un 66,1% y 83,9% de las PCDT2 presentaban una uricemia < 6 mg/dL y < 7 mg/dL. En los pacientes que persistió el tratamiento con SEMAo (74,9% a los 6M y 69,1% a los

12M): la uricemia descendió 0,1 [0,7 a -0,6] mg /dl ( $p = 0,52$ ) y 0,2 [0,6 a -0,4] mg/dl ( $p = 0,01$ ) a los 6 y 12M, respectivamente. Este descenso, además, era proporcional a los niveles de uricemia basales (subpoblación uricemia basal > 6 descenso de 0,6 [1,3 a -0,8] 6M y 0,8 [1,7 a -0,2] 12 M; subpoblación uricemia basal > 7 descenso de 0,8 [2,7 a -0,4] 6M y 1 [2,3 a -0,3] 12M (todos  $p < 0,001$ ). Se objetivó una mejoría en la consecución de objetivos de uricemia a 6 y 12M: 70,2 y 76,0% “< 6 mg/dl” ( $p < 0,01$ ); 86,8% y 90,1% “< 7 mg/dL” ( $p < 0,001$ ). Las PCDT2 con descenso de uricemia > 15% presentaban mayor edad, FIB-4 score y una mayor prevalencia de cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca. Los cambios en uricemia no se correlacionaron con los cambios en control metabólico, ni ponderales. La presencia de tratamiento previo con hipouricemiantes o iSGLT2, o la asociación de iSGLT2 en el seguimiento no modificó la respuesta a medio plazo.

**Conclusiones:** El empleo de semaglutida oral asocia un descenso en la uricemia de las personas con diabetes tipo 2 proporcional a sus concentraciones basales, mejorando el número de personas en objetivos de uricemia. Estos cambios no se ven influenciados por el uso concomitante de iSGLT2 o la respuesta metabólico-ponderal.

#### P-080. NO HAY EVIDENCIA DE UN AUMENTO DE LA HIPOGLUCEMIA RELACIONADA CON LA ACTIVIDAD FÍSICA CON INSULINA ICODEC UNA VEZ A LA SEMANA FRENTE A INSULINA BASAL UNA VEZ AL DÍA EN LA DIABETES TIPO 2: ONWARDS 1-5

M. Noval Font<sup>a</sup>, M.C. Riddell<sup>b</sup>, S. Heller<sup>c</sup>, M. Asong<sup>d</sup>, L. Carstensen<sup>d</sup>, S. Kehlet Watt<sup>d</sup> y V.C. Woo<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. <sup>b</sup>Muscle Health Research Centre, York University, Toronto, Canadá. <sup>c</sup>Department of Oncology and Metabolism, University of Sheffield, Sheffield, UK. <sup>d</sup>Novo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. <sup>e</sup>University of Manitoba, Winnipeg, Canadá.

**Introducción y objetivos:** Los estudios de fase 3a ONWARDS (ON) mostraron la eficacia y seguridad de icodect (icodect) una vez a la semana (OW) frente a los comparadores de insulina basal una vez al día (OD). Este análisis *post hoc* examinó la hipoglucemia relacionada con la actividad física (AF), según datos autoinformados, en adultos con diabetes tipo 2 (DM2) en ON 1-5.

**Material y métodos:** Se evaluó la aparición de hipoglucemia en adultos con DM2 que no habían recibido insulina (ON 1, 3, 5) y tratados con insulina (ON 2, 4) y que recibieron icodect frente a comparadores OD. En cada estudio, se pidió a los participantes que experimentaron episodios de hipoglucemia que anotaran cualquier relación con la AF en un diario digital.

**Resultados:** El número de episodios de hipoglucemia de nivel 2 o 3 relacionados con la AF fue bajo en todos los estudios, excepto en ON 4 (estudio de bolo basal). La proporción de episodios de hipoglucemia relacionados con la AF con icodect tuvo una tendencia mayor o fue comparable con los comparadores de insulina OD en pacientes con DM2 sin tratamiento previo con insulina y tuvo una tendencia menor o fue comparable en pacientes con DM2 tratados con insulina. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las probabilidades de experimentar una hipoglucemia de nivel 2 o 3 relacionada con la AF para icodect frente a los comparadores OD.

**Conclusiones:** La incidencia de hipoglucemia de nivel 2 o 3 relacionada con la AF en la DM2 fue baja en estos estudios de insulinas basales y no empeoró con el tratamiento con icodect frente a comparadores de insulina basal diarios. A pesar de cierta incertidumbre debido a las bajas incidencias, estos datos son prometedores.