

Introducción: Los ensayos clínicos muestran la eficacia de los fármacos en condiciones ideales pero los resultados observados no siempre se reproducen en las condiciones de la práctica clínica real donde se habla de efectividad en lugar de eficacia. El objetivo del estudio es presentar los resultados del grado de control glucémico alcanzado con los diferentes fármacos antidiabéticos en condiciones reales de práctica clínica en España.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, transversal, observacional, realizado en atención primaria, que incluyó 70 centros de salud y 309 investigadores de toda España con una población atendida aproximada de 800.000 personas. Se seleccionaron aleatoriamente 20 pacientes, mediante una tabla de números aleatorios, del total de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 (DM2) de cada investigador participante. El tratamiento farmacológico es el que consta en la historia clínica electrónica del paciente. Se considera buen control una $\text{HbA}_{1c} < 7\%$.

Resultados: Se incluyeron 5.009 pacientes con DM2. Un 57,7% presentó una $\text{HbA}_{1c} < 7\%$. El patrón terapéutico de uso fue el siguiente: metformina (76,5%); iSGLT2 (37,6%); iDPP4 (32,2%); Insulina (18,6%), argGLP1 (12,2%); sulfonilureas/glinidas (9,6%), pioglitazona (1,3%). Al analizar la proporción de pacientes con $\text{HbA}_{1c} < 7\%$ en monoterapia fue el siguiente: arGLP1 82,4%; metformina 80,6%; iSGLT2 77,7%; iDPP4 77%; SU/Glin 75,6%; pioglitazona 50%; Insulina 31%. En biterapia MTF + arGLP1 75,5%; MTF + iDPP4 64,6%; MTF + iSGLT2 60,7%; SU + iDPP4 55,9%; MTF + SU 54,1%; iDPP4 + iSGLT2 46,6%; iDPP4 + Insulina 29,8%; MTF + Insulina 29,6%; iSGLT2 + Insulina 22%. En triple terapia MTF + arGLP1 + iSGLT2 48,4%; MTF + arGLP1 + Insulina 47,7%; MTF + SU + iDPP4, 40,4%; MTF + iDPP4 + iSGLT2 38%; MTF + iSGLT2 + Insulina 28,1%; MTF + iDPP4 + Insulina 24,2%; MTF + SU + iSGLT2 22,9%.

Conclusiones: En todas las combinaciones, los arGLP1 presentan la mayor proporción de pacientes con buen control glucémico en comparación con el resto de opciones terapéuticas, probablemente habría que valorar en esta relación los años de evolución de estos pacientes, ya que su utilización suele ir asociada a pacientes más jóvenes. A pesar de ellos siguen siendo un grupo terapéutico infratratilizado. Un mayor uso de estos fármacos podría mejorar los resultados de buen control glucémico que no supera el 60%.

P-089. PROGRAMA VIRTUAL INTENSIVO DEL ESTILO DE VIDA PARA LA REMISIÓN DE LA DIABETES TIPO 2 EN ADULTOS JÓVENES: DISEÑO Y PRIMEROS PACIENTES

M. Caballero Bartolí^a, M. Mateu Salat^a, A.J. Blanco Carrasco^a, M. Pastoret^b, G. Cuatracasas^c, E. Ortega^{a,d} y V. Moizé^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, España. ^bCentro de Atención Primaria Adrià, Institut Català de la Salut, Barcelona, España. ^cCentro Atención Primaria Sarrià, Institut Català de la Salut, Barcelona, España. ^dCIBERONB, Barcelona, España.

Introducción: Existe evidencia (estudio DIRECT) de que una reducción significativa en la ingesta calórica mediante una intervención intensiva del estilo de vida (PIEV) se asocia a pérdidas de peso (PP) del 10-15% y la remisión de la diabetes mellitus tipo 2 (DT2) en hasta un 46% de adultos con un diagnóstico reciente. El diseño, implementación y aceptación del PIEV son elementos clave en la evaluación de estos programas.

Objetivos: Evaluar resultados preliminares de un PIEV en cuanto a: aceptación del programa, adherencia a la dieta mediterránea, el patrón de actividad física (AF), la composición corporal (CC) y la HbA_{1c} al inicio del programa.

Material y métodos: El PIEV-REDI (remisión de diabetes) es un programa multidisciplinar de intervención sobre el estilo de vida, con seguimiento semanal y mixto (presencial/virtual), dirigido a

adultos jóvenes (< 55 años) con diagnóstico precoz de DT2 (< 50 años) y duración menor a 5 años sin insulinoterapia. Ha sido cocreado por profesionales de hospital, atención primaria (AP) y pacientes. La intervención dietética se estructura en tres fases: intensiva (13 semanas, 850 kcal/día, 3 sustitutivos de comida (SC)), de transición (7 semanas, 950 kcal/día, 2 SC) y de mantenimiento (5 semanas, 1.100 kcal/día, 1 SC). En cada fase se incluye intervención sobre AF. El programa cuenta con soporte *e-learning*, prescrito desde el programa electrónico asistencial, e integrado en el portal de salud del paciente. Evaluamos su aceptación (entrevista individual), patrón alimentario (MEDAS17), AF (IPAQ corto), CC (bioimpedancia, *InBody* 770) y HbA_{1c} a través de analítica sanguínea.

Resultados: Identificamos los 10 primeros candidatos. 7 aceptaron participar (100% hombres, edad (mediana) [rango] 33 [26-40] años, evolución de DT2 1 [0-4] años). Al inicio, la HbA_{1c} fue de 7,1 [6,5-7,3]%, peso 120,3 [113,5-151,2] kg. La CC mostró IMC 36,2 [32-46] kg/m² y porcentaje de grasa de 38,8 [32,6-47]%. La puntuación MEDAS17 fue de 6,5 [5-7]. IPAQ clasificó la AF de 2 participantes como ligera, 4 moderada y 1 alta. La valoración global de PIEV-REDI alcanzó 9,4/10, con un apoyo y seguimiento del equipo de 10/10 y una percepción de éxito en la PP de 9/10. La principal barrera para la adherencia fueron las restricciones dietéticas en eventos sociales. Actualmente, se están recogiendo resultados finales de los primeros participantes.

Conclusiones: El análisis exploratorio del programa asistencial hospital/Atención Primaria, demuestra que ha tenido una excelente aceptación entre los candidatos. Aunque se identificaron barreras para la adherencia, la experiencia de los pacientes ha sido muy positiva. REDI, se podría considerar como una prometedora opción clínica para la remisión de la DT2 mediante tratamiento de la obesidad.

P-090. EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE UNA PAUTA DE INSULINA PROTOCOLIZADA EN PACIENTES QUE DESARROLLAN DESCOMPENSACIÓN HIPERGLUCÉMICA TRAS INICIO DE TRATAMIENTO CON CORTICOSTEROIDES

M. Bonet Quiroga^a, A.C. Serrano Coello^a, M. Romero González^a, A. Martínez Díaz^a, M. Escribano Lociga^a, I. Genua Trullós^{a,b,c} y A. Pérez Pérez^{a,b,c,d}

^aServei d'Endocrinologia i Nutrició, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bInstitut de Recerca Sant Pau (IR-SANT PAU), Barcelona, España. ^cCIBERDEM, Barcelona, España. ^dUniversitat Autònoma de Barcelona, España.

Introducción: Los glucocorticoides (GC) son fármacos ampliamente utilizados en la práctica clínica y su uso se asocia al desarrollo de diabetes esteroide y hiperglucemía en personas con diabetes (DM) previa. El nivel de hiperglucemía inducida por GC depende de la dosis y el tipo de GC, pero no existe consenso sobre su manejo. En nuestro hospital establecimos un protocolo para el inicio y/o ajuste de la pauta de insulina en pacientes con hiperglucemía por GC.

Objetivos: Evaluar la implementación y eficacia de la estrategia establecida en nuestro protocolo para la estimación de la dosis de insulina según la dosis y el tipo de GC utilizado.

Material y métodos: Estudio exploratorio, observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con y sin diabetes previa que presentaron hiperglucemía secundaria al tratamiento con GC y que fueron seguidos en el servicio de Endocrinología y Nutrición. Se recogieron datos demográficos, clínicos y antropométricos. Se evaluó la dosis inicial de insulina indicada, la dosis teórica según el protocolo propuesto y la dosis final, tras ajuste de la misma, para la dosis inicial de GC. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS.

Resultados: Se evaluaron un total de 30 pacientes (80% varones, 72 ± 10 años, 25 ± 4 kg/m²). Previo al tratamiento con GC, el 20%

presentaba glucemia basal alterada y el 73% DM tipo 2 ($15,6 \pm 9,8$ años de evolución, $\text{HbA}_{1c} 7,2 \pm 1,03\%$). De estos, el 18% no recibía tratamiento farmacológico, el 64% uno o más antidiabéticos orales (ADO), el 9% insulina basal y ADO y el 9% múltiples dosis de insulina (MDI). Los principales motivos para la prescripción de GC fueron procesos hematológicos (33,4%), oncológicos (26,7%) y nefrológicos (20%). El 80% recibió prednisona (dosis media $32,7 \pm 27,8$ mg/día) y el 20% dexametasona (dosis media $11,7 \pm 5,4$ mg/día). En el 63,3% se inició o aumentó la insulina NPH, en el 26,7% la insulina glargina U100 y en el 10% se utilizaron MDI. El control glucémico alcanzado con la dosis final de insulina fue adecuado (glucemia basal $117 \pm 34,1$ mg/dl y glucemias preprandiales del almuerzo 164 ± 36 y de la cena $168 \pm 38,6$ mg/dl). Ningún paciente presentó una hipoglucemia grave. La media de dosis de insulina inicial indicada para corregir la hiperglucemia por GC fue de $0,25 \pm 0,1$ UI/kg, mientras que la dosis teórica estimada por protocolo era de $0,26 \pm 0,1$ UI/kg ($p > 0,05$). La dosis final de insulina ($0,28 \pm 0,1$ UI/kg) tampoco difería de la inicial y la teórica estimada ($p > 0,05$).

Conclusiones: La dosis inicial de insulina propuesta por el protocolo, según la dosis y tipo de GC es adecuada y segura para controlar la hiperglucemia inducida por GC en pacientes sin diabetes y con DM tipo 2. La aplicación de un protocolo con pautas de inicio o aumento de terapia insulínica en estos pacientes puede facilitar y homogeneizar su manejo.

PÓSTER NO PRESENTADO

P-190. ENSAYO FLOW: EFECTO DE SEMAGLUTIDA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DIABETES TIPO 2

Inés Jiménez Varas^a, Vlado Perkovic^b, Katherine R. Tuttle^{c,d}, Peter Rossing^{e,f}, Kenneth W. Mahaffey^g, Johannes Mann^{h,i}, George Bakris^j, Florian M. Baeres^k, Thomas Idorn^k, Heidrum Bosch-Traberg^k, Nanna Loeonra Lausvig^k, Richard Pratley^l y FLOW Trial Committees and Investigators

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ^bUniversity of New South Wales, Sydney, NSW, Australia. ^cDivision of Nephrology, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA, EE. UU. ^dProvidence Medical Research Center, Providence Inland Northwest Health, Spokane, WA, EE. UU. ^eSteno Diabetes Center Copenhagen, Herlev, Dinamarca. ^fDepartment of Clinical Medicine, University of Copenhagen, Copenhagen, Dinamarca. ^gStanford Center for Clinical Research, Department of Medicine, Stanford School of Medicine, Palo Alto, CA, EE. UU. ^hKfH Kidney Centre, München, Alemania. ⁱUniversity Hospital, Friedrich-Alexander University, Erlangen, Alemania. ^jDepartment of Medicine, AHA Comprehensive Hypertension Center, University of Chicago Medicine, Chicago, IL, EE. UU. ^kNovo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ^lAdventHealth Translational Research Institute, Orlando, FL, EE. UU.

Objetivos: Evaluar el efecto de semaglutida subcutánea 1,0 mg semanal en la prevención del fallo renal, la pérdida significativa de función renal y la muerte por causas renales o cardiovasculares en personas con diabetes tipo 2 (DM2) y enfermedad renal crónica (ERC).

Material y métodos: Se trata de un estudio internacional, doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo, en el que los pacientes con DM2 (hemoglobina glicosilada $\leq 10\%$) y ERC de alto riesgo (tasa de filtración glomerular estimada [TFGe] de $50-70$ ml/min/1,73 m² y cociente albúmina-creatinina en orina [UACR] $> 300- < 5.000$ mg/g, o TFGe $25- < 50$ ml/min/1,73 m² y UACR $> 100- < 5.000$ mg/g) fueron aleatorizados a recibir semaglutida subcutánea 1,0 mg semanal o placebo. El objetivo primario compuesto incluyó fallo renal (diálisis, trasplante renal o TFGe < 15 ml/min/1,73 m²), reducción $\geq 50\%$ de la TFGe respecto al inicio, y muerte renal o cardiovascular. Los objetivos secundarios confirmatorios preespecificados (reducción de la TFGe, incidencia de eventos cardiovasculares adversos mayores [MACE] y muerte por cualquier causa) se evaluaron de manera jerárquica.

Resultados: En total, los 3.533 participantes aleatorizados tuvieron una mediana de seguimiento de 3,4 años (se recomendó la finalización anticipada del estudio en un análisis intermedio predefinido). El riesgo de sufrir el evento primario fue un 24% menor en los participantes tratados con semaglutida que en los tratados con placebo (331 vs. 410 eventos, HR 0,76; intervalo de confianza [IC] del 95% 0,66-0,88, $p = 0,0003$) con consistencia en los componentes renales específicos (HR 0,79; IC95% 0,66-0,94) y en los componentes de muerte cardiovascular (HR 0,71; IC95% 0,56-0,89). Todos los objetivos secundarios confirmatorios mejoraron con semaglutida: la caída anual de la TFGe se ralentizó una media de 1,16 ml/min/1,73 m²/año ($p < 0,001$) con respecto a placebo, el riesgo de MACE se redujo en un 18% (HR 0,82; IC95% 0,68-0,98, $p = 0,03$), y el riesgo de muerte por todas las causas disminuyó en un 20% (HR 0,80; IC95% 0,67-0,95, $p = 0,010$). Menos participantes notificaron efectos adversos graves en el grupo de semaglutida que en el grupo placebo (49,6 vs. 53,8%).