

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%).

Conclusiones: Semaglutida demostró en personas con DM2 y ERC una reducción del riesgo de sufrir eventos renales clínicamente relevantes, MACE y muerte cardiovascular o por cualquier causa.

08. OBESIDAD

P-092. CAMBIOS EN LOS PARÁMETROS CARDIOMETABÓLICOS TRAS LA INTERRUPCIÓN DE TIRZEPATIDA EN SURMOUNT-4

M. Loperena^a, D.B. Horn^b, M.J. Davies^c, L.J. Laffin^d, B. Linetzky^e, H. Wang^f, R. Malik^e y C.J. Lee^e

^aEli Lilly and Company, Alcobendas, España. ^bUniversity of Texas Center for Obesity Medicine and Metabolic Performance, Department of Surgery, McGovern Medical School, Houston, EE. UU. ^cDiabetes Research Centre, University of Leicester, and NIHR Leicester Biomedical Research Centre, Reino Unido, España. ^dCleveland Clinic Foundation, Cleveland, EE. UU. ^eEli Lilly and Company, Indianápolis, EE. UU. ^fTechData Service Company, King of Prussia, EE. UU.

Introducción: En SURMOUNT-4, los adultos con obesidad o sobre peso con complicaciones asociadas a la adiposidad, y que interrumpieron tirzepatida (TZP) tras 36 semanas de tratamiento, recuperaron peso. Evaluamos los cambios en parámetros cardiometabólicos (PC) según el grado de peso recuperado tras interrumpir TZP.

Material y métodos: En SURMOUNT-4, tras 36 semanas de tratamiento con TZP (dosis máxima tolerada: 10 o 15 mg), se aleatorizó a los participantes (1:1) para continuar con TZP o cambiar a placebo (PBO) durante 52 semanas (N = 670). En este análisis *post hoc*, se analizaron los cambios en PC entre la semana 36 y la 88 de los participantes del grupo aleatorizado a PBO con una pérdida de peso ≥ 10% en la semana 36 (N = 308), mediante un modelo mixto de medidas repetidas según el grado de peso recuperado desde la semana 36 hasta la 88, como porcentaje del peso perdido entre las semanas 0 y 36: < 25% (N = 54), de 25% a < 50% (N = 77), de 50% a < 75% (N = 103) y ≥ 75% (N = 74).

Resultados: Durante las 36 semanas iniciales, el peso de los participantes disminuyó (-21,9%) y mejoraron los PC (circunferencia de la cintura [CC] -18,3 cm, triglicéridos [TG] -40,2 mg/dl, colesterol no-HDL [C] -10 mg/dl, presión arterial sistólica [PAS] -10,8 mmHg, HbA_{1c} -0,5%). Al interrumpir TZP, se observaron los siguientes cambios desde la semana 36 hasta la 88 en función del grado de peso recuperado (< 25%, de 25% a < 50%, de 50% a < 75% y ≥ 75%): CC (0,8, 5,4, 10,1, 14,7 cm), TG (5,5%, 5,3%, 29,6%, 18,9%), C no-HDL (-0,4%, 1,6%, 8,4%, 10,8%), C-LDL (-1,6%, 0,8%, 4,5%, 9,3%), PAS (6,8, 7,3, 9,6, 10,4 mmHg), HbA_{1c} (0,14%, 0,15%, 0,27%, 0,35%), glucosa en ayunas (3,8, 6,9, 9,2, 9,0 mg/dl) e insulina en ayunas (-4,0%, 15,4%, 46,2%, 26,3%). Los cambios en la semana 88 en CC, TG, C no-HDL, C LDL e insulina en ayunas en el grupo de participantes que recuperó < 25% del peso no fueron significativamente diferentes en comparación con la semana 36.

Conclusiones: Entre los participantes tratados con TZP que lograron una reducción de peso ≥ 10%, el 82% recuperó ≥ 25% del peso perdido durante el año posterior a la interrupción del tratamiento. Este estudio *post hoc* demostró una reversión de las mejoras iniciales en los parámetros cardiometabólicos en comparación con aquellos que mantuvieron la pérdida de peso (recuperación de peso < 25%). Estos hallazgos sugieren la necesidad de continuar el tratamiento contra la obesidad para mantener los beneficios obtenidos.

P-093. COMPARACIÓN INDIRECTA DE TIRZEPATIDA CON SEMAGLUTIDA ORAL EN OBESIDAD

J. Miró^a, A. Ciudin^b, E. Johansson^c, S. Zimner-Rapuch^c, G.K. Dimitriadis^c, E.R. Hankosky^c, M. Hempfling^d, L.J. Clark^d, L. Fan^c y H. Sapin^c

^aEli Lilly and Company, Alcobendas, España. ^bEndocrinology and Nutrition, Vall d'Hebron University Hospital, España. ^cEli Lilly and Company, Indianápolis, EE. UU. ^dCostello Medical, Reino Unido.

Introducción: Tirzepatida (TZP), un agonista de los receptores (AR) de GIP y GLP-1 de administración semanal, y semaglutida oral, un AR de GLP-1 diario, se han evaluado para el control del peso. Ante la ausencia de comparaciones directas o indirectas de tratamiento (CIT) publicadas, esta CIT comparó la eficacia relativa a la reducción del peso (RP) y factores de riesgo cardiometabólicos como la circunferencia de cintura (CC), los lípidos y la tensión arterial, a partir de los ensayos pivotales SURMOUNT-1 y OASIS 1.

Material y métodos: La CIT de Bucher comparó cada una de las dosis de TZP (5/10/15 mg/semana) con semaglutida oral (50 mg/día), utilizando placebo como comparador común, en combinación con una intervención en los hábitos (dieta hipocalórica y aumento de la actividad física), para la estimación de eficacia de la variable principal de OASIS 1 (semana 68) y SURMOUNT-1 (semana 72) en adultos con obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) o sobrepeso (IMC ≥ 27 kg/m²) con ≥ 1 complicación relacionada con el peso, y sin diabetes tipo 2.

Resultados: En comparación con semaglutida 50 mg, TZP 10/15 mg presentó una mayor RP (diferencia media de -3,3/-4,5%), una mayor probabilidad de RP ≥ 20% (*odds ratio* 4,2/5,7) y una mayor reducción de la CC (-3,4/-3,9 cm), alcanzando la significación estadística; mientras que TZP 5 mg presentó una menor RP (2,1%, estadísticamente significativa), mayor probabilidad de RP ≥ 20% (1,6, no significativa) y una menor reducción de la CC (1,4 cm, no significativa); TZP 5/10 mg alcanzó una menor reducción de los triglicéridos y TZP 15 mg, una mayor reducción (5,6/2,9/-1,5%, cambios no estadísticamente significativos); TZP mostró un mayor aumento de HDL (2,9/4,5/4,1%) que resultó estadísticamente significativo para TZP 10/15 mg, una mayor reducción no significativa de LDL (-1,8/-3,1/-5,1%), una menor reducción no significativa de TAS (1,5/0,1/0,9 mmHg) y una mayor reducción de TAD (-2,3/-2,8/-1,7 mmHg) estadísticamente significativa para TZP 5/10 mg.

Conclusiones: El análisis mediante la CIT de Bucher mostró una mayor RP con TZP 10/15 mg y una RP similar o menor con TZP 5 mg en comparación con semaglutida oral 50 mg, junto con algunas mejoras en los factores de riesgo cardiometabólicos evaluados, como la CC, los lípidos y la TAD.

P-094. CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL CON TIRZEPATIDA EN ADULTOS CON OBESIDAD DE APARICIÓN TEMPRANA EN SURMOUNT-1

J. Ágreda^a, E. Gourgari^b, D. Mojdamí^c, D. Cao^c, C.J. Lee^c y M. Murphy^c

^aEli Lilly and Company, Alcobendas, España. ^bDepartment of Pediatrics, Division of Pediatric Endocrinology, Georgetown University, EE. UU. ^cEli Lilly and Company, Indianápolis, EE. UU.

Introducción: En SURMOUNT-1, los participantes con obesidad de aparición temprana (edad < 25 años) presentaron un IMC y una circunferencia de la cintura mayores en la situación inicial, en comparación con aquellos con aparición tardía. Se observó que los participantes con obesidad de aparición temprana redujeron más su peso con tirzepatida en comparación con aquellos de aparición tardía. Este análisis retrospectivo evaluó el cambio en la composición