



CO-028 - LA MONITORIZACIÓN *FLASH* DE GLUCOSA REDUCE LA TASAS DE HIPOGLUCEMIA GRAVE QUE REQUIEREN ASISTENCIA SANITARIA URGENTE EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1: UN ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL EN ANDALUCÍA (ESPAÑA)

P. Rodríguez de Vera Gómez^a, E. Mayoral Sánchez^b, Á. Vilches Arenas^c, R. Ravé García^a, M. de la Cal Ramírez^d y M.A. Martínez Brocca^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ^bPlan Integral de Diabetes de Andalucía, Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía, Sevilla, España. ^cDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España. ^dCentro de Emergencias Sanitarias 061, Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía, Sevilla, España.

Resumen

Objetivos: Evaluar el impacto de la implantación de sistemas de monitorización *flash* de glucosa (MFG) sobre la tasa de hipoglucemias graves que han requerido asistencia sanitaria extrahospitalaria urgente en Andalucía en adultos con diabetes tipo 1 (DM1).

Material y métodos: Estudio de cohorte de base poblacional. Se incluyeron adultos (≥ 18 años) con diagnóstico definitivo DM1 y al menos 12 meses de evolución de la diabetes con seguimiento en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), que iniciaron el uso de MFG con financiación pública entre 1/1/2020 y 31/12/2021 y contaban con al menos 12 meses de uso de estos dispositivos (fuente de información: base poblacional de salud). En cada participante se analizó el número de eventos de hipoglucemia que precisaron atención sanitaria extrahospitalaria presencial (codificación CIE-10: 250.3; 250.8; 251.2) entre el 1/1/2019 y el 31/12/2022 (fuente de información: registro del Centro de Emergencias Sanitarias 061). Para el cálculo de tasas se consideró el tiempo desde inicio de seguimiento hasta evento (tasa pre-MFG) y el transcurrido desde el inicio de uso de MFG hasta evento (tasa post-MFG).

Resultados: 13.616 adultos con DM1 fueron incluidos, un 46,9% mujeres con edad media 43,7 años (DE 13,5) y tiempo de evolución de la diabetes 20,1 años (DE 12,7). La tasa de incidencia de hipoglucemias graves previa a la implantación de MFG fue de 346,3 eventos por 10.000 personas-año (969 eventos); y la post-MFG 252,4 eventos por 10.000 personas-año (737 eventos), suponiendo una ratio de tasas (*Rate Ratio*, RR) de 0,73 [IC95% 0,66; 0,82], y una reducción del 27%. La reducción de tasas fue más acusada en varones que en mujeres (RR 0,65 [0,58; 0,74] vs. 0,89 [0,76; 1,04] respectivamente). En relación a la edad, los pacientes > 60 años experimentaron la mayor reducción de tasas en comparación con el resto de tramos de edad (RR 0,53 [0,27; 0,96]). En cuanto al control glucémico basal, los pacientes con HbA_{1c} 7,0-7,9% en el momento de la implantación experimentaron la mayor reducción de tasas (RR 0,61 [0,49; 0,75]), frente a los pacientes con HbA_{1c} $> 10\%$, que experimentaron la reducción más discreta (RR 0,88 [0,61; 1,27]). Considerando solo los casos diagnosticados de coma hipoglucémico (CIE-9 250,3) se observó una tasa pre-MFG de 15,54 eventos por 10,000 personas-año vs. post-MFG de 9,9 eventos por 10.000 personas-año, RR 0,64 [0,42; 1]. El nivel medio de HbA_{1c} disminuyó -0,35% [IC95% -0,38; -0,33].

Conclusiones: El uso de MFG en adultos con DM1 disminuye la incidencia de hipoglucemias graves y coma hipoglucémico con necesidad de atención sanitaria extrahospitalaria urgente; asociando una mejoría significativa del control glucémico.