

(denominado estimando del producto en investigación -*trial product estimand*- en STEP-1). Se realizó un análisis de sensibilidad usando el estimando del régimen de tratamiento (estimando de la política de tratamiento en STEP-1).

Resultados: Para el estimando de eficacia, ambas dosis de tirzepatida produjeron reducciones significativamente mayores en el cambio porcentual del peso corporal en comparación con semaglutida 2,4 mg (diferencia media para tirzepatida 10 mg: -4,48%, intervalo de confianza [IC] 95% (-5,88%, -3,08%); diferencia media para tirzepatida 15 mg: -5,68%, IC 95% (-7,08%, -4,28%); $p < 0,001$ para ambas). Asimismo, el número de participantes que alcanzó una pérdida de peso $\geq 5\%$ fue significativamente mayor con tirzepatida 10 mg (log OR 0,69, IC95% (0,16; 1,22); $p = 0,011$) y 15 mg (log OR 0,71, IC95% (0,18; 1,25); $p = 0,009$) que con semaglutida 2,4 mg. Todos los resultados del estimando del régimen de tratamiento fueron consistentes con los de los análisis primarios ($p \leq 0,012$), excepto en el análisis del log OR de alcanzar una pérdida de peso $\geq 5\%$ entre tirzepatida 10 mg y semaglutida 2,4 mg ($p = 0,07$).

Conclusiones: En esta CIT se observó una pérdida de peso mayor con tirzepatida 10 y 15 mg frente a semaglutida 2,4 mg.

CO-024. ALTERACIONES EN EL METABOLISMO DE LA GLUCOSA EN PACIENTES CON ACROMEGALIA TRATADOS CON PASIREOTIDA

R. López Guillén, R. Cámara Gómez, L. Hernández Rienda, G. Girón Cerrato, D. Lara Gálvez, D. Sanchis Pascual y J.F. Merino Torres

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.

Introducción y objetivos: En acromegalía, las alteraciones del metabolismo glucémico son complicaciones frecuentes, y contribuyen a aumentar su riesgo cardiovascular y su mortalidad. La pasireotida, análogo de somatostatina de segunda generación, puede causar hiperglucemia debido a su mayor afinidad por los receptores tipo 5 (supresión de la secreción de insulina y menor efecto inhibitorio sobre la secreción de glucagón). El objetivo es conocer el impacto de pasireotida en el control glucémico en pacientes con acromegalía tratados con pasireotida en práctica clínica habitual.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, analítico y retrospectivo realizado en pacientes con acromegalía tratados con pasireotida. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas (basales, y a los 6 y 12 meses de comenzado el tratamiento). Los resultados se muestran como media (DE) y porcentaje; y como mediana (rango intercuartílico). Se realizó análisis estadístico (ANOVA de medidas repetidas) con el programa SPSS-25.0.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes (71,4% mujeres), IMC medio de 31,9 (5,7) kg/m² y edad mediana de 47,5 años (RI 39,7-64,2). En el 85,7% se había realizado cirugía transesfenoidal. Antes

de pasireotida, 3 pacientes (21,5%) presentaban diabetes *mellitus* tipo 2 y recibían tratamiento antidiabético. Tras pasireotida, todos estos pacientes necesitaron intensificación del tratamiento, añadiendo a-GLP1, con una mediana desde el inicio del tratamiento de 4 meses (RI 2-9). En los 11 pacientes que no recibían tratamiento antidiabético previo, hubo que introducirlo en el 72,7% de ellos: 50% con metformina e IDPP4, 25% con metformina, 12,5% con metformina, IDPP4 e insulina, y 12,5% con metformina, IDPP4, insulina y repaglinida. Al año de iniciado el tratamiento con pasireotida, el 78,5% de pacientes precisaba tratamiento antidiabético pero el control metabólico era bueno. La tabla recoge parámetros de metabolismo glucémico basal, a los 6 meses y al año del tratamiento con pasireotida. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el control glucémico entre los pacientes tratados (35,7%) o no tratados con pegvisomant asociado a pasireotida.

Conclusiones: El deterioro del control glucémico se observa en los primeros 6 meses de tratamiento con pasireotida, y no se modifica posteriormente. Tras pasireotida, todos los pacientes con acromegalía tratados con antidiabéticos precisan optimización del tratamiento antidiabético y, la mitad de los que no lo llevaba, necesita iniciarla. Es esencial una monitorización estrecha del control glucémico tras comenzar el tratamiento con pasireotida.

SESIÓN ORAL 5: TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA DIABETES

CO-025. LOS SISTEMAS DE ASA CERRADA SON EFECTIVOS EN LA SUBPOBLACIÓN DE NIÑOS Y ADULTOS CON DIABETES TIPO 1 CON CONTROL GLUCÉMICO INSUFICIENTE POR PREDOMINIO DE HIPERGLUCEMIA

P.I. Beato Víbora, A. Ambrojo-López^a, M. Fernández-Bueso^a, E. Gil-Poch^b y F. Javier Arroyo-Díez^b

^aHospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España. ^bHospital Materno-Infantil de Badajoz, Badajoz, España.

Introducción y objetivos: El sistema híbrido avanzado de asa cerrada Medtronic MiniMed™ 780G infunde microbolos de insulina y bolos de autocorrección en función de los valores de glucosa del sensor. El beneficio en control glucémico conseguido con este sistema ha sido establecido en poblaciones generales de personas con diabetes tipo 1, pero es necesario evaluar los resultados en subpoblaciones específicas. El objetivo del estudio fue analizar los resultados conseguidos en niños y adultos con diabetes tipo 1 con control subóptimo por predominio de hiperglucemia.

Tabla CO-024

	Basal	6 meses	1 año	P
Glucosa (mg/dl)	101,2 (17,5)	124,5 (37,4)	124,7 (56,9)	0,041
HbA1c (%)	5,9 (0,4)	6,6 (0,8)	6,6 (0,8)	0,031
Insulina (mU/ml)	12,8 (13,1)	13,3 (14,8)	11,4 (11,8)	0,607
Péptido C (ng/ml)	3 (1,8)	2,4 (1,8)	1,7 (1,7)	0,143
HOMA-IR	3,1 (3,2)	3,6 (3,9)	2,5 (2,5)	0,355
IGF-1 (ng/ml)	525,6 (303,1)	310,6 (182,7)	291,9 (174,1)	0,010

Tabla CO-025

Resultados al inicio y a los 6 meses de uso del sistema

	Inicio	6 meses	p
Indicador del control de la glucosa (%)	7,6 ± 0,4	6,9 ± 0,3	< 0,001
Tiempo 70-180 mg/dl (%)	49,5 ± 7,6	72,2 ± 8,4	< 0,001
Tiempo < 70 mg/dl (%)	2,6 ± 3,6	2,4 ± 1,9	0,665
Tiempo < 54 mg/dl (%)	0,6 ± 1,3	0,6 ± 0,8	0,692
Tiempo > 180 mg/dl (%)	47,6 ± 9,2	25,4 ± 8,4	< 0,001
Tiempo > 250 mg/dl (%)	15,6 ± 8,1	6,8 ± 11,2	< 0,001
Glucosa del sensor (mg/dl)	182 ± 17	150 ± 12	< 0,001
Desviación estándar de glucosa del sensor (mg/dl)	64 ± 10	52 ± 10	< 0,001
Coeficiente de variación de la glucosa (%)	35,1 ± 5,5	34,3 ± 4,4	0,354
Uso del sensor (%)	86 ± 16	91 ± 11	0,012
Alarmas de hipoglucemia (n/día)	3,8 ± 3,8	3,1 ± 2,1	0,171
Alarmas de hiperglucemia (n/día)	5,1 ± 3,1	2,6 ± 1,9	< 0,001

n = 57.

Material y métodos: De 322 individuos que iniciaron el sistema de asa cerrada MiniMed™ 780G, se seleccionaron aquellos sujetos con tiempo en rango 70-180 mg/dl < 60% antes del inicio del sistema. Se evaluaron de forma prospectiva los resultados de control glucémico tras 6 meses de uso del sistema.

Resultados. Fueron seleccionados 57 sujetos: mujeres: 58% (n = 33), edad: 29 ± 16 años (7-67 años), < 18 años: 33% (n = 19), duración de la diabetes: 16 ± 11 años, HbA1c al inicio: 7,8 ± 0,9%, tratamiento previo: MDI: 54% (n = 31), bomba de insulina: 46% (n = 26). Los resultados de control glucémico y de uso del sistema se muestran en la tabla. El incremento del tiempo en rango 70-180 mg/dl fue de un 23 ± 9% (6-43%). El porcentaje de pacientes con tiempo en rango 70-180 mg/dl > 70% al final del seguimiento fue de un 54% (n = 31). A los 6 meses de uso del sistema, la función de autocorrección estaba activada en todos los usuarios, el objetivo de glucosa era de 100 mg/dl en 77% (n = 44) y el tiempo de insulina activa era de 2 horas en 63% (n = 36) de los individuos. El tiempo en modo automático fue de 93 ± 16%, el número de salidas a modo manual fue de 0,8 ± 0,6 a la semana, el número de bolos de comida fue de 4,2 ± 1,5 al día y el cambio de equipo de infusión se realizó cada 3,4 ± 1,4 días. El porcentaje de insulina infundida como autocorrección fue un 34 ± 13% de la insulina en bolos (29 ± 8 bolos de autocorrección/día, 11 ± 11 unidades al día). Usaron el objetivo temporal para minimizar la hipoglucemia un 47% (n = 27) de los participantes, con un uso de 6 ± 5 episodios a la semana.

Conclusiones: La subpoblación de personas con diabetes tipo 1 control glucémico inadecuado por predominio de hiperglucemia hace un uso adecuado y consigue un importante beneficio en el control glucémico con los sistemas avanzados de asa cerrada.

CO-026. EXPERIENCIA DE 12 MESES DE USO EN VIDA REAL DE SISTEMAS DE INFUSIÓN DE ASA CERRADA

A. Romero Gregori, L. Albert Fàbregas, D. Subías Andújar, M.F. Luchtenberg, A. Muntean, I. Capel Flores y M. Rigla Cros

Hospital Parc Taulí, Sabadell, España.

Objetivos: Analizar la efectividad y seguridad en vida real de los sistemas de infusión de asa cerrada (SIAC) (Minimed™ 780G, DBLG1 y Control-IQ™ Tandem).

Material y métodos: Estudio observacional longitudinal en adultos con DM1 que iniciaron un SIAC, en el Hospital Parc Taulí de Sabadell, entre abril 2021 y diciembre 2022. De los 230 pacientes con SIAC de nuestro centro, se analizaron aquellos que cumplían criterios de al menos 12 meses de seguimiento. Se evaluaron las características basales, los datos glucométricos y los parámetros del sistema.

Resultados: Se incluyeron 113 pacientes (68% mujeres, edad 46 ± 12 años, peso 75 ± 15 kg, IMC 27 ± 4,6 kg/m², 23 ± 11 años de duración de la DM1, HbA1c inicial 7,6 ± 0,9%). El 37% utilizaba previamente un TCI, el 91% monitorización continua de glucosa y el 53% calculador de bolus. El 40,1% realizaba deporte ≥ 2 veces/semana. El 18% tenían estudios elementales, el 27% estudios medios y el 55% estudios superiores. Se iniciaron 56 DBLG1, 26 Control-IQ™ y 31 Minimed™ 780G. A los 12 meses se consiguió disminuir la HbA1c 0,7% ± 0,6% (p < 0,001), alcanzando una HbA1c media de 6,7% ± 0,6%. Esta mejoría se mantuvo desde los primeros 3 meses (HbA1c media 6,8% ± 0,7%; p 0,04). La HbA1c media estimada (GMI) a los 12 meses fue de 6,9% ± 0,4%, con un TIR medio de 73 ± 9% y un tiempo en hipoglucemia de 1,9% ± 1,4%. El 75% de los individuos consiguió una HbA1c 7%, un TIR68% y un tiempo en hipoglucemia < 3%. La glucosa promedio fue de 153 mg/dl y el CV fue de 32% ± 5%. Los tres sistemas mostraron una mejoría significativa en los parámetros glucémicos. Se logró un mayor aumento del TIR con el sistema Minimed™ 780G (79 ± 7 vs. 69 ± 8% DBLG1; p 0,000) y con el sistema Control-IQ™ (77% ± 10 vs. 69 ± 8% DBLG1; p < 0,001) respecto al sistema DBLG1. El Sistema Control-IQ™ consiguió una menor HbA1c a los 12 meses (6,4% ± 0,7 vs. 6,7% ± 0,5 Minimed™ 780G y 6,8% ± 0,5 DBLG1) pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Se alcanzó un mejor control glucémico en los pacientes que previamente utilizaban calculador de bolus (p < 0,003). Los pacientes que hacían deporte ≥ 2 veces/semana presentaron menor tiempo en hipoglucemia (p < 0,01) y una tendencia a un mejor control glicémico (el 89% tuvo HbA1c 7 vs. el 69%; p 0,054). No hubo diferencias significativas en el control glucémico en función del sexo, la edad ni el IMC. La presencia de sobrepeso (IMC > 27 kg/m²) no influyó en el control glucémico. Se obtuvo un mejor control glucémico en los pacientes con estudios superiores respecto a los pacientes con estudios elementales (GMI < 7% en 61% grado superior vs. 18% estudios elementales; p < 0,01).

Conclusiones: Los sistemas de infusión de asa cerrada consiguen una mejoría global del control glucémico con un porcentaje muy bajo de hipoglucemias, manteniéndose la mejora inicial a los 12 meses.

CO-027. UTILIDAD DEL ÍNDICE DE RIESGO GLUCÉMICO (GRI) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA Y ADULTA CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

P. Pérez Lopez, P. Fernández Velasco, P. Bahillo Curieses, D.A. de Luis Román, M.O. Nieto de la Marca, E. Delgado García y G. Diaz Soto

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Objetivos: Evaluar la utilidad del índice de riesgo glucémico (GRI) en una cohorte pediátrica y adulta con diabetes mellitus tipo 1 (DM1).

Material y métodos: Estudio transversal en 202 pacientes con DM1 y monitorización *flash* de glucosa (isMCG) en tratamiento intensivo con insulina (25,2% con infusor subcutáneo de insulina -ISCI-). Se recogieron y analizaron parámetros clínicos, metabólicos, glucométricos, así como el cálculo del índice de riesgo glucémico (GRI) con sus componentes de hipoglucemia (CHipo) e hiperglucemia (CHiper).

Resultados: Se evaluaron un total de 202 pacientes (53% varones, 67,8% adultos) con una edad media de $28,6 \pm 15,7$ años y $12,5 \pm 10,9$ años de evolución de DM1. Los pacientes adultos (> 18 años de edad) presentaron valores superiores de HbA1c ($7,4 \pm 1,1$ vs. $6,7 \pm 0,6\%$; $p < 0,01$) y TAR $181-250$ mg/dL ($24,3 \pm 9,0$ vs. $17,2 \pm 6,0$, $p < 0,01$), y menores de TIR ($55,4 \pm 17,5$ vs. $66,4 \pm 13,1\%$; $p < 0,01$) y TBR $54-69$ mg/dL ($4,0 \pm 3,0$ vs. $5,9 \pm 3,8\%$, $p < 0,01$), que la población pediátrica, así como un menor coeficiente de variación (CV) ($38,6 \pm 7,2$ vs. $42,4 \pm 8,9\%$, $p < 0,05$). El cálculo del GRI fue significativamente más favorable en población pediátrica ($48,0 \pm 22,2$ vs. $56,8 \pm 23,4$; $p < 0,05$), a pesar de un mayor CHipo ($7,1 \pm 5,1$ vs. $5,0 \pm 4,5$; $p < 0,01$) y un CHiper menor ($16,8 \pm 9,8$ vs. $26,5 \pm 15,1$; $p < 0,01$) que en adultos. Se objetivó una tendencia no significativa a un menor GRI en aquellos pacientes con ISCI ($51,0 \pm 15,3$ vs. $55,0 \pm 25,4$; $p = 0,162$) frente a múltiples dosis de insulina (MDI), así como niveles significativamente más elevados de CHipo ($6,5 \pm 4,1$ vs. $5,4 \pm 5,0$; $p < 0,01$), y menores de CHiper ($19,6 \pm 10,6$ vs. $24,6 \pm 15,2$; $p = 0,05$). Se evaluó el porcentaje de pacientes según la zona del GRI: zona A (P0-20) 9,9%; zona B (P21-40) 19,8%, zona C (P41-60) 31,2%, zona D (P61-80) 24,8% y zona E (P81-100) 14,4%, siendo el porcentaje de pacientes en zona A y B (mejor control) significativamente mayor en la población pediátrica ($43,0$ vs. $23,3\%$, $p < 0,05$). Por último, se evaluó el grado de correlación entre las diferentes glucométricas observándose una correlación fuerte negativa entre GRI y el TIR ($R = -0,917$; $R^2 = 0,840$; $p < 0,001$) y fuerte positiva con la HbA1c ($R = 0,617$; $R^2 = 0,380$; $p < 0,001$), el CV ($R = 0,605$; $R^2 = 0,366$; $p < 0,001$), la glucosa media ($R = 0,677$; $R^2 = 0,458$; $p < 0,001$); el TAR > 250 ($R = 0,801$; $R^2 = 0,641$; $p < 0,001$); y el TBR < 54 ($R = 0,481$; $R^2 = 0,231$; $p < 0,001$).

Conclusiones: En pacientes pediátricos y en aquellos en tratamiento con ISCI, a pesar de un mejor control por parámetros clásicos y de GRI, se objetivó un mayor CHipo global que en adultos y en MDI, respectivamente. El GRI se correlacionó de manera estrecha con parámetros como el TIR, la HbA1c y el CV. El presente estudio apoya la utilidad del GRI como una nueva glucométrica para evaluar el riesgo de hipoglucemia-hiperglucemia tanto en pacientes pediátricos como en adultos con DM1 y isMCG.

CO-028. COMPARACIÓN DE PARÁMETROS DE GLUCOMETRÍA DERIVADOS DE LA MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA ENTRE PERSONAS CON DIABETES TIPO 1 Y DIABETES TIPO 2

S. Torres Degayón, V. Bellido Castañeda, N. Gros Herguido, L. Baena Ariza, S. Amuedo Domínguez, J. Domínguez Piñol, C.A. Ruiz Trillo y A. Soto Moreno

Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

Introducción y objetivos: El Consenso internacional de Tiempo en Rango (TIR) establece los mismos objetivos de control para las personas con diabetes tipo 1 (DM1) y diabetes tipo 2 (DM2). El objetivo de este estudio es comparar los parámetros de glucometría y el cumplimiento de estos objetivos entre personas con DM1 y DM2 usuarios de monitorización *flash* de glucosa (MFG).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se analizaron los datos de la descarga de los últimos 14 días de MFG. Se incluyeron 50 personas con DM1 y 50 con DM2 en tratamiento con múltiples dosis de insulina, pareadas por tiempo de evolución y HbA1c.

Resultados: La edad media fue $43,6 \pm 12,6$ años en DM1 y $61,9 \pm 14,6$ años en DM2 ($p < 0,001$), el tiempo medio de evolución de la diabetes $20,2 \pm 12,3$ años en DM2 vs. $21,5 \pm 12,9$ años en DM1 ($p = 0,604$), y la HbA1c de $7,6 \pm 1,2\%$ en DM1 vs. $7,6 \pm 1,2\%$ en DM2 ($p = 0,976$). El TIR fue mayor en los pacientes con DM2. El resto de los parámetros de glucometría (tiempo en hiperglucemia (TAR) nivel 1 y nivel 2, tiempo en hipoglucemia (TBR) nivel 1 y nivel 2, glucosa promedio, indicador de gestión de glucosa (GMI) y variabilidad glucémica medida por el coeficiente de variación (CV)) fueron más altos en los pacientes con DM1. No hubo diferencias en el número de escaneos entre ambos grupos (tabla). Un mayor porcentaje de DM2 alcanzó los objetivos de TIR $> 70\%$ (77,1% DM2 vs. 38,8% DM1; $p < 0,001$), TBR $< 4\%$ (77,1% DM2 vs. 44,9% DM1; $p = 0,002$), TAR $< 25\%$ (70,8% DM2 vs. 36,7% DM1; $p = 0,002$) y CV $< 36\%$ (89,6% DM2 vs. 51% DM1, $p < 0,001$).

	DM1	DM2	p
HbA1c (%)	$7,6 \pm 1,2$	$7,6 \pm 1,2$	0,976
TIR (%)	$62,2 \pm 15,6$	$79,1 \pm 14,4$	< 0,001
TAR >180 (%)	$22,1 \pm 10,2$	$15,4 \pm 11,7$	0,004
TAR >250 (%)	$9,9 \pm 10,5$	$2,5 \pm 4,2$	< 0,001
TAR total (%)	$32,0 \pm 18,0$	$17,9 \pm 15,1$	< 0,001
TBR < 70 (%)	$4,7 \pm 4,2$	$2,7 \pm 5,1$	0,042
TBR < 54 (%)	$1,2 \pm 2,2$	$0,4 \pm 1,1$	0,028
TBR total (%)	$5,9 \pm 5,9$	$3,0 \pm 5,9$	0,019
Glu promedio (mg/dL)	$157,5 \pm 31,7$	$139,8 \pm 25,6$	0,003
GMI (%)	$7,1 \pm 0,7$	$6,6 \pm 0,6$	0,002
CV (%)	$37,0 \pm 6,2$	$27,6 \pm 6,1$	< 0,001
Uso sensor (%)	$92,8 \pm 7,8$	$87,5 \pm 16,5$	0,047
Escaneos/día (n)	$14,1 \pm 7,6$	$11,4 \pm 7,9$	0,086

Conclusiones: A igualdad de HbA1c y tiempo de evolución, los pacientes con DM2 presentan un mejor perfil glucémico, con mayor TIR, menos tiempo en hipoglucemia y menor variabilidad glucémica, y un mayor porcentaje alcanzan los objetivos de control.

CO-029. IMPACTO DE LAS DIETAS BAJAS EN CARBOHIDRATOS EN EL CONTROL GLUCÉMICO Y PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 PORTADORES DE INFUSOR SUBCUTÁNEO CONTINUO DE INSULINA DE ASA CERRADA

M. Dos Santos Gil^a, J. Amigó Amorós^{a,b}, A.M. Ortiz de Urbina Oliver^a, M. Sánchez Bártres^a, F. Cuadra Espinilla^a, Á. Ortiz Zúñiga^{a,b} y O. Simó Servat^{a,b}

^aCampus Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

^bInstituto de Investigación Vall d'Hebron y CIBERDEM (ISCIII), Barcelona, España.

Introducción y objetivos: La Asociación Americana de Diabetes en sus recomendaciones del año 2020, sitúa a las dietas bajas en carbohidratos (CH) o dietas *low-carb* (LC) entre uno de los cuatro

patrones de alimentación más saludables. Cada vez más pacientes con diabetes tipo 1 (DT1) realizan este tipo de dietas con el objetivo de mejorar el control metabólico y/o disminuir los requerimientos de insulina. Sin embargo, existe poca evidencia en pacientes portadores de infusor subcutáneo continuo de insulina (ISCI). El objetivo del presente estudio es describir características clínicas y metabólicas de pacientes portadores de ISCI que realizan una dieta LC, y compararlas con las de un grupo control.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo observacional retrospectivo de casos y controles. Se seleccionaron pacientes con DT1 portadores de ISCI de asa cerrada en seguimiento en la unidad de tecnologías de la diabetes del Hospital Vall d'Hebron, que realizaban por decisión propia una dieta LC, considerando como tal aquella que aporta menos de 130 gramos de CH al día. Se recogieron datos clínicos sobre la enfermedad, datos glucométricos obtenidos de la descarga del ISCI y el perfil lipídico, y se compararon con un grupo control de pacientes con DT1, apareado según edad, años de evolución de la diabetes y modelo de ISCI.

Resultados: Participaron 28 sujetos; 14 realizaban una dieta LC (grupo LC) y los otros 14 realizaban una dieta estándar, con un porcentaje mayor de CH (grupo control). La ingesta diaria media de CH del grupo LC fue de 84 ± 29 gramos, mientras que la del grupo control fue de 161 ± 20 gramos. No se documentaron episodios de cetosis en ninguno de los dos grupos. Los pacientes del grupo LC presentaron un excelente control metabólico; 13 de 14 pacientes alcanzaron un tiempo en rango mayor al 70% y un tiempo en hipoglucemia menor al 4%. En el grupo control alcanzaron dichos objetivos 8 de 14 pacientes. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo LC y el grupo control ($p < 0,05$) en los siguientes parámetros glucométricos: glucosa promedio (137 vs. 156 mg/dl), tiempo en rango 70-180 mg/dl (84 vs. 71%), tiempo por encima de 180 mg/dl (12 vs. 20%), tiempo por encima de 250 mg/dl (2 vs. 7%). No observamos diferencias en cuanto al número de hipoglucemias o el tiempo en hipoglucemia. Los valores de colesterol HDL, fueron superiores en el grupo LC (77 vs. 62 mg/dl).

Conclusiones: Las dietas bajas en CH pueden ser una buena estrategia para obtener un control glucémico adecuado en pacientes con DT1, así como para mejorar el perfil lipídico. Sin embargo, hace falta una mayor evidencia científica y estudios prospectivos para demostrar la seguridad y eficacia de este tipo de dietas.

CO-030. ANDIACARE: PLATAFORMA DE GESTIÓN DE PACIENTES. APLICACIÓN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

I. Leiva Gea^a, F. Moreno Jabato^b y M. Martínez Brocca^{c,d}

^aHospital Materno-infantil Regional de Málaga, Málaga, España.

^bUniversidad de Málaga, Málaga, España. ^cHospital Virgen Macarena, Sevilla, España. ^dPlan Integral de Diabetes de Andalucía, Sevilla, España.

Objetivos: Presentación de la plataforma ANDIACARE que permite la categorización a través de los datos glucométricos de forma masiva y a tiempo real.

Material y métodos: La cohorte ha sido extraída de 18 hospitales que dan asistencia a pacientes menores de 18 años a través del trabajo colaborativo del Grupo Andaluz de Diabetes (GADI). Los datos se han extraído de Libre View de forma anónimizada teniendo en cuenta el análisis de los últimos 14 días en un punto de corte temporal (octubre de 2022). Para la categorización de los pacientes se ha utilizado el consenso de Batelino, 2019.

Resultados: 2.218 pacientes analizados en 7 segundos. De esta cohorte consiguió el TIR recomendado el 25,79%. Utilizando los criterios de TIR, TAR y TBR el 21,78% de pacientes consiguen objetivos y si incluimos TIR, TBR1, TBR2, TAR1 y TAR2 el 11,5%. El TBR1 recomendado lo consigue un 60,5% y el TAR1 por el 26,06% de pacientes,

mientras el TAR2 por el 28%. El CV se correlacionó positivamente con GMI ($R=0,6$, $p<0,005$) y negativamente con TIR ($R=-0,40$, $p<0,005$). En los pacientes que consiguieron objetivo, la media de escaneos se correlacionó con GMI ($R=0,34$, $p<0,005$), TAR 1 ($R=0,33$, $p<0,005$) y TAR 2 ($R=0,27$, $p<0,005$), pero la media de escaneos mostró una correlación negativa con TIR ($R=-0,34$, $p<0,005$) y la edad de los pacientes ($R=-0,17$, $p<0,05$). En pacientes que no consiguieron los objetivos la media del número de escaneos se correlacionó negativamente con GMI ($R=-0,20$, $p<0,005$) y el resto de parámetros a excepción del TIR que mostró una correlación positiva ($R=0,23$, $p<0,005$). El grupo de pacientes que no consiguieron los objetivos tuvieron una correlación negativa entre la edad del paciente y el TIR ($R=-0,17$, $p<0,005$).

Conclusiones: El análisis de los datos de los niños con DM1 en Andalucía muestra por primera vez el porcentaje de pacientes en tratamiento con MDI y FGM que consiguen los objetivos propuestos con un escaso porcentaje de pacientes que consiguen dichos objetivos. Las escasas series publicadas por otros grupos muestran datos más alejados de la recomendación del consenso con porcentajes de pacientes que consiguen objetivo de TIR (70-180) superior al 70% cercano al 8% frente el 25,72% de nuestra cohorte. La utilidad de este tipo de herramientas de análisis masivo que nos permite evaluar a tiempo real a los pacientes, cobra vigencia en el momento actual donde estamos viviendo una efervescencia de diferentes dispositivos que requieren una evaluación en tiempo récord que permitan identificar el efecto techo en los resultados glucométricos de determinadas acciones y terapias.

SESIÓN ORAL 6: DIABETES Y GESTACIÓN

CO-031. PAPEL DEL EJE ANGPTL 3, 4 Y 8 EN GESTACIONES NORMALES Y EN DIABETES GESTACIONAL, Y SU POTENCIAL INFLUENCIA EN EL DESARROLLO FETAL

C. Franco, S. Klid, E. Maymo-Masip, M. Ballesteros, F. Algaba-Chueca, M. Inglés, A. Guarque, A. Madeira, C. Jareño, J. Vendrell, S. Fernández-Veledo^e y A. Megía^e

^aRovira i Virgili University, Tarragona, España. ^bDepartment of Endocrinology and Nutrition, Research Unit, University Hospital of Tarragona Joan XXIII-Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili (IISPV), Tarragona, España. ^cCIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM)-Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ^dDepartment of Obstetrics and Gynecology, University Hospital of Tarragona Joan XXIII, Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili (IISPV), Tarragona, España. ^eResearch Unit, University Hospital of Tarragona Joan XXIII, Tarragona, España.

Introducción y objetivos: La dislipemia en la diabetes gestacional (DMG) se ha asociado a peores resultados perinatales. Se ha propuesto que cambios en la función placentaria en el contexto de la hiperlipemia asociado a DMG conllevan un aumento de la transferencia de lípidos maternos al feto. Aunque ANGPTL3, 4 y 8 funcionan coordinadamente, los estudios realizados hasta ahora en el embarazo los han estudiado de manera individual. Nuestro objetivo es evaluar el eje ANGPTL3, 4 y 8 en las gestaciones complicadas con DMG.

Material y métodos: Estudio observacional de dos cohortes independientes de gestantes con tolerancia normal a la glucosa (Control) y con DMG. La primera cohorte consistió en 18 gestantes, a las que se realizó un test de comida mixta para estudiar la dinámica del eje ANGPTL3, 4 y 8 en la gestación. La segunda cohorte, consistente en 19 gestantes en el grupo control y 20 en el de DMG, estudió la expresión génica de