

motivación, con un seguimiento y apoyo adecuado. Son necesarios ECA con una muestra mayor, mejor diseñados y con una potencia que permita evidenciar una asociación directa ente los hábitos saludables y la prevención de la DG.

MONITORIZACIÓN

P-051. DIABETES PANCREATOGÉNICA/3C Y MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA (MFG): ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES ASTURIANOS

D. Rivas Otero^a, G. Martínez Tamés^a, A. Gutiérrez Hurtado^a, T. González Vidal^a, I. Masid Sánchez^a, J. Ares Blanco^a y E. Menéndez Torre^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Objetivos: Analizar las características clínicas de los pacientes con DM3c de diferentes etiologías, las variables extraídas de la MFG y los tratamientos empleados.

Material y métodos: De una cohorte de 39 pacientes de nuestro hospital con DM3c y el sistema de MFG FreeStyle-Libre 2, se incluyen en el estudio 24 pacientes que presentan un tiempo de uso del sistema $\geq 70\%$. Se describen las características clínicas de los mismos agrupándolos en tres grupos etiológicos (pancreatitis crónica [grupo 1], pancreatectomizados [grupo 2], y otros [grupo 3]). Se extraen los datos relativos al control glucémico de los últimos 28 días mediante la aplicación LibreView y se analizan utilizando el programa estadístico IBM-SPSS (v.21).

Resultados: La glucemia media (GM) en cada uno de los tres grupos fue de 164,7, 167,4 y 166,8 mg/dL respectivamente ($p = 0,958$), con una variabilidad glucémica (VG) en todos entre el 30,88 y 31,86% ($p = 0,704$) y un tiempo en rango (TIR) muy similar (61,3, 60,8 y 63,38% respectivamente, $p = 0,98$). El grupo 1 requiere 0,73 UI de insulina/kg de peso, más que los grupos 2 y 3 (0,45 y 0,51 respectivamente, $p = 0,316$). No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los menores de 65 años y el resto en UI/kg (0,52 vs. 0,57 respectivamente, $p = 0,51$) o TIR (63,6 vs. 59,2%, $p = 0,59$). Los pacientes que requieren 0,5UI o más de insulina/kg presentan peor control glucémico, con diferencias en GMI (7,67 vs. 6,97%, $p = 0,009$), TIR (51,8 vs. 70,2%, $p = 0,009$), tiempo en “alto” (TA) (34 vs. 21,9%, $p = 0,009$) y en “muy alto” (TMA) (13,36 vs. 6,15%, $p = 0,041$). Los pacientes con ERC (FGe $< 60\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$) presentan, de forma no estadísticamente significativa en ningún caso, peor GM (187,5 vs. 164,6mg/dL), peor TIR (49,5 vs. 62,91%) y mayor TMA (16,5 vs. 8,82%), a pesar de necesidades de insulina/kg muy similares (0,56 vs. 0,54). Existe una correlación estadísticamente significativa entre el TIR y el IMC ($r_s = [-0,407]$, $p = 0,048$). Un $\text{IMC} \geq 25$ se asocia a mayor TMA (11,91 vs. 7,38%, $p = 0,047$); y, de forma no estadísticamente significativa, a mayor TA (31,64 vs. 23,92, $p = 0,093$), mayor UI/kg (0,646 vs. 0,453, $p = 0,087$), mayor GMI (7,51 vs. 7,1, $p = 0,138$), y menor TIR (54,82 vs. 67,7%, $p = 0,132$).

Conclusiones: Existe un subgrupo de pacientes con difícil manejo a pesar de recibir mayor cantidad de insulina ajustada por peso corporal, compuesta por pacientes con sobrepeso/obesidad. Los pacientes con DM3c y MFG podrían mejorar su control glucémico alcanzando un objetivo de IMC < 25 . En el subgrupo con ERC parece haber una tendencia a un peor control glucémico por hiperglucemia, a pesar de que sus necesidades de insulina son similares a la población sin ERC. Haría falta un mayor tamaño muestral y otros estudios para extraer conclusiones con significación estadística.

P-052. EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN DE LA CALIDAD MUSCULAR Y LA ESTABILIDAD GLUCÉMICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

A. Hernández Lázaro

Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Introducción: El músculo esquelético es un importante mediador de la homeostasis glucídica y el mayor responsable de la captación de glucosa. La existencia de alteraciones del músculo esquelético en la diabetes está bien establecida, así como la de neuropatía diabética como factor disruptor de la función y composición muscular. La disfunción muscular en la DM tipo 1 podría ser un factor importante implicado en la variabilidad glucémica en los pacientes con diabetes mellitus tipo 1. En el presente trabajo se pretende valorar la funcionalidad y masa muscular de nuestros pacientes y su relación con la estabilidad glucémica.

Material y métodos: Se han incluido pacientes con DM tipo 1 y LADA con sensor tipo flash[®]. En todos ellos se revisó su historia clínica y se registró peso, talla, IMC, perímetro pantorrilla y cintura, cribado polineuropatía diabética (PD) e ITB. Así mismo, se realizaron pruebas de función y de composición corporal (dinamometría JAMAR[®], impedanciometría TANITA[®], Batería Corta de Desempeño Físico, Cuestionario Internacional de la Actividad Física), Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus, y cuestionarios de función cognitiva, todos ellos validados. Por último, se analizaron los datos del sensor durante 30 días previos a la visita (tiempo en rango (TIR) y diferencia entre la glucosa media máxima y la glucosa media mínima (DGM)). Se analizaron las variables recogidas en el sistema IBM SPSS Statistics 25[®].

Resultados: Se reclutaron 40 pacientes (26 hombres) con edad media de 45 años y media de HbA1c de 7,91%. Ocho pacientes de nuestra muestra presentaron un screening positivo para PD. El ángulo de fase medio en pacientes con PD fue de 5,014°, mientras que en los no PD fue de 5,648°. El TIR 30 días en pacientes PD fue de 50,5, mientras que en los no PD fue de 62,46 ($p 0,27$). Con respecto a la DGM 30 días fue de 92,81 en los que no PD frente a 107,17 en los PD ($p 0,51$). La t-Student para muestras independientes no mostró que la PD se asociara con menor ángulo de fase ni con mayor variabilidad glucémica de manera significativa. En cuanto a la dinamometría, se obtuvo una media de 32,47 kg en pacientes no PD, mientras que en los que si presentan PD es de 32,63 kg ($p 0,96$).

Conclusiones: Parece apreciarse una tendencia a presentar menor ángulo de fase en aquellos pacientes con PD, identificando también una mayor variabilidad glucémica (medida en términos TIR y DGM). Esto podría sugerir que aquellos pacientes con peor ángulo de fase, y quizá peor calidad muscular, podrían presentar menor estabilidad glucémica. No hemos encontrado diferencia en la función muscular (en términos de dinamometría). No obstante, se precisan estudios mayores para confirmar estos resultados.

P-053. IMPACTO DE LA COVID-19 SOBRE EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

R. Virilboa Cebrían^a, J. de Toro Ruiz^a, I. González Maroto^a, P. Rozas Moreno^a, A. Pena Dubra^b, J. Moreno-Fernández^a y M. Pazos-Couselo^c

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ^bServicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, España. ^cDepartamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Introducción y objetivos: En los pacientes con diabetes, la infección por SARS-CoV-2 puede repercutir en el deterioro del control glucémico. El objetivo principal del trabajo fue evaluar el impacto de la infección por COVID-19 en el control metabólico de pacientes con diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) seguidos mediante monitorización continua de glucosa intermitente (MCGi).

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo. Se incluyeron pacientes con DM1 del área sanitaria de Ciudad Real, mayores de 18 años y diagnosticados de COVID-19 durante el periodo 1 enero 2020-30 junio 2022. Se analizaron los parámetros de MCGi correspondientes a 28 días antes de la infección por COVID-19 y se compararon con los datos de los 28 días posteriores.

Resultados: De los 301 participantes con DM1 analizados desarrollaron infección por COVID-19 un total de 88 individuos, de los cuales 48 (50% mujeres, edad media $41,2 \pm 14,3$ años y tiempo de evolución de la diabetes de $22,5 \pm 13,2$ años) tenían datos de MCGi. Todos los pacientes que sufrieron infección por COVID-19 y recibían MCGi se encontraban previamente vacunados con al menos una dosis. Respecto al uso de la MCGi observamos un aumento significativo en el número de escaneos diarios del sensor antes y después de la infección, $6,5 \pm 5,0$ y $8,7 \pm 7,9$ respectivamente ($p = 0,002$). Igualmente, se detectó un aumento significativo del tiempo de uso de la MCGi (antes $76,2 \pm 26,9$ vs. después $82,2 \pm 29,0\%$; $p = 0,035$). Se evidenció una disminución significativa del porcentaje del tiempo en rango 70-180 mg/dl (antes $60,2 \pm 14,6$ vs. después $58,6 \pm 14,1$; $p = 0,027$) y un aumento del porcentaje del tiempo sobre rango > 180 mg/dl (antes $20,4 \pm 8,8$ vs. después $22,3 \pm 8,2$, $p = 0,015$).

Conclusiones: Pese al incremento del uso de la MCGi observamos un empeoramiento del control glucémico tras la infección por COVID-19 en pacientes adultos con DM1.

P-054. ¿HAY DIFERENCIAS EN LA VARIABILIDAD GLUCÉMICA MEDIDA POR MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA INTERCICIAL EN FUNCIÓN DEL TIPO DE INSULINA BASAL?

V.M. Andia Melero, A.I. Castellanos Rodríguez, M. Bescos Pérez, M.E. Sambo Salas, M.A. Galdon Sanz-Pastor, R. García Centeno, E. Fernández Fernández, I. Losada Gata y A. García Piorno

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: En los últimos años se ha comercializado una nueva generación de insulinas basales cuyas características farmacocinéticas muestran un control glucémico más estable en los ensayos clínicos, pero hay menos datos en vida real.

Objetivos: Estudiar la variabilidad glucémica de los pacientes con diabetes tratados con distintas insulinas basales (degludec, glargina U-300, U-100 y bombas de infusión continua en sistema de asa abierta) usuarios del sistema FreeStyle Libre.

	C.V.%	GMI	TIR	TBR	TAR
Degludec	37,32	7,11	61,4	5,77	32,7
	37,24	7,23	58,7	4,88	36,5
Gla U-300	35,84	7,12	63	4,65	32,5
	36,24	7,23	59,1	4,29	36,5
Gla U-100 *	33,46	6,66	72,8	5,95	21,3
	34,58	6,84	70	5,05	25
Bomba	39,77	7	62	8,35	29,8
	39,95	7,19	58,5	5,75	35,7

En cada tipo la fila superior corresponde a los datos iniciales y la inferior a los finales. * $p < 0,005$ respecto a los otros tipos de insulina.

Material y métodos: Se registró de manera retrospectiva el tipo de insulina basal empleado por 1.019 pacientes con diabetes que compartieron sus datos glucométricos con nuestro centro a través de la aplicación LibreView durante al menos un mes. Se analizaron estos datos al cabo de un mes de iniciar el uso del sistema y en el momento de la última descarga disponible. En pacientes con menos de 3 meses de datos se registró solo la última descarga disponible.

Resultados: En 43 pacientes se cambió el tipo de insulina durante el periodo de estudio a criterio del médico responsable y se observó la misma tendencia a un leve deterioro del control pero sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones: Se observa un paradójico peor control en los pacientes tratados con insulinas basales de segunda generación o bomba de infusión continua, tanto con un mayor coeficiente de variabilidad como con peores resultados en el resto de parámetros de la glucometría. La explicación más plausible es que los pacientes con un control más difícil son transferidos a los tratamientos más avanzados, mientras que no se cambian aquellos bien controlados con el tratamiento previo, pero el escaso número de pacientes a los que se realizó el cambio durante el tiempo de monitorización no permite confirmar o descartar esta hipótesis. No se encontraron diferencias significativas entre el tratamiento con degludec, glargina U-300 o bomba de infusión continua de insulina.

P-055. RESULTADOS EN EL USO DE UN SISTEMA DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) INSULINIZADOS CON PAUTA INTENSIVA DEL ÁREA SANITARIA 1 DE LA REGIÓN DE MURCIA

A. Carrasco Cremades, I. Ros Madrid, R.P. Cano Mármol, M. Castro Navarro, M. Arráez Monllor, I. Fornovi Justo y A.M. Hernández Martínez

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, España.

Objetivos: Observar las diferencias de HbA1c antes y tras al menos tres meses de uso del sistema de monitorización de glucosa *flash* FreeStyle libre 2 (FSL2) en pacientes con DM2 insulinizados con pauta intensiva pertenecientes al Área Sanitaria 1 Murcia-Oeste.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se incluyeron 114 pacientes DM2 insulinizados activamente mediante muestreo de casos consecutivos a los que se les entregó el FSL2 hasta junio de 2022. Se registraron las variables género, edad, años de evolución de la diabetes y HbA1c previa a la utilización del sistema FSL2 y tras al menos 3 meses de su uso. Mediante un sistema en la nube basado en la web (LibreView®) se registró qué número de pacientes compartía datos y si lo hacían se registraron las variables que aporta el informe AGP. Se llevó a cabo un análisis descriptivo y una comparación de medias mediante la t-Student para datos apareados utilizando el programa informático IBM SPSS Statistics V.27.0.

Resultados: Se incluyeron 114 pacientes, 60 hombres y 54 mujeres con una edad media de 66,99 años (DS 11,6) y un tiempo de evolución de la diabetes de 19,64 años (DE 9,1). La media de HbA1c antes de usar el sensor fue de 8,07% (DE 1,68) y tras al menos 3 meses de uso, de 7,52% (DE 1,12), con una reducción de un 0,55% ($p < 0,002$, d Cohen 0,338). Un 50% de los pacientes compartía datos mediante el sistema LibreView®, con edad media de 63,4 años (DE 10,90). De estos, 43 (26 hombres y 17 mujeres) tenían un uso de más del 70%, con 21,49 años de evolución de diabetes (DE 7,5). El tiempo en rango fue de 65,5% (70-180 mg/dl), bajo rango del 1% (55-70 mg/dl), bajo rango grave 0,1% (< 55 mg/dl), por encima de rango 23,7% (180-250 mg/dl) y un tiempo por encima de rango grave del 9,8% (> 250 mg/dl). La media del coeficiente de variación fue del

30,1% y la del GMI de 7,3%, esta cifra coincidía con la media de HbA1c al menos 3 meses después de comenzar a usar el sensor, que era de 7,27%. En este grupo de pacientes, el uso del sensor supuso una reducción de HbA1c del 0,75% (p valor 0,003, d Cohen 0,533).

Conclusiones: El uso de del sistema de monitorización de glucosa *flash* FSL2 supuso una reducción de HbA1c de 0,55% estadísticamente significativa con un tamaño del efecto pequeño, situación que mejoraba en el subgrupo de pacientes que compartía datos mediante LibreView® y que tenía un tiempo de uso del sensor >70%, donde la reducción de HbA1c fue de un 0,75% estadísticamente significativa con un tamaño del efecto moderado.

P-056. RELACIÓN DE LAS EMOCIONES CON EL CONTROL GLUCÉMICO

M.A. Rivas Carro^{a,b}, M. Pazos-Couselo^c, J. Moreno-Fernández^d, P. López Eimil^{a,b}, C. Gil Mouce^b, J.M. de Matías Leralta^b y J.I. Vidal Pardo^d

^aEscuela de Enfermería Lugo, Universidad de Santiago, Lugo, España. ^bServicio de Endocrinología y Nutrición, Educación Diabetológica, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España. ^cFacultad de Enfermería de Santiago, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ^dHospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Introducción y objetivos: Los estados emocionales tienen influencia en parámetros fisiológicos determinados, sin embargo, no existe una amplia experiencia en cómo afectan a la glucosa. El objetivo principal del trabajo es estudiar la relación de las emociones con el control metabólico y la variabilidad glucémica en personas con DM1.

Datos de MCG y registro de emociones de los participantes

Glucometrías

Tiempo de MCG (%)	95,4 ± 4,2
Glucosa media (mg/dl)	167,3 ± 35,0
CV (%)	36,5 ± 7,0
TIR 70-180 mg/dl (%)	58,1 ± 16,8
TBR < 70 mg/dl (%)	4,8 ± 5,5
TBR < 54 mg/dl (%)	0,9 ± 1,8
TAR >180 mg/dl (%)	37,1 ± 18,6
TAR >250 mg/dl (%)	13,1 ± 13,9

Estados emocionales

Seguridad (n)	5,3 ± 3,4
alegría (n)	4,8 ± 2,4
MIEDO (n)	3,3 ± 3,3
Enfado (n)	3,0 ± 2,3
Tristeza (n)	2,7 ± 2,7

MCG, monitorización continua de glucosa, TIR, *time in range*; TBR, *time before range*; TAR, *time above range*; CV, coeficiente de variación. Los datos se muestran como media ± desviación estándar.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de carácter prospectivo. Se incluyeron personas con DM1 del área de salud de Lugo mayores de 18 años, con más de dos años de evolución de DM1 y mínimo de dos meses de educación y experiencia con monitorización *flash* (MF), así como aceptación de su participación mediante consentimiento informado. Los participantes fueron instruidos

en la identificación de las emociones de seguridad, alegría, miedo, enfado y tristeza. Cuando la intensidad de alguna de las emociones era > 5 (en una escala 0-10) realizaban el registro a la hora exacta en la que las experimentaron en el cuaderno de recogida de datos, durante 7 días, no necesariamente consecutivos, de un período total de 14 días.

Resultados: 50 pacientes (62% mujeres) con DM1, con una edad de 39,9 ± 13,4 años, todos en tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI) y con una HbA1c de 7,2 ± 0,8%. Los datos obtenidos de las descargas de monitorización continua de glucosa (MCG) y los estados emocionales registrados se muestran en la tabla. El análisis de los datos de MCG y los estados emocionales muestra una correlación entre el tiempo en rango (70-180 mg/dl) y emociones que indican presencia de bienestar como seguridad [Rho = 0,521 (p < 0,001)] y alegría [Rho = 0,454 (p = 0,001)]. Los valores >180 mg/dl se correlacionan de forma negativa con la emoción de seguridad [Rho = -0,537 (p < 0,001)] y con estados emocionales vinculados a la ausencia del bienestar como miedo [Rho = 0,464 (p = 0,001)] y enfado [Rho = 0,464 (p = 0,001)].

Conclusiones: Existe una relación entre el grado de control metabólico y los estados emocionales de los pacientes con DM1 que varía en función del tipo de emoción positiva o negativa.

P-057. IMPACTO DEL PESO EN EL TIEMPO EN RANGO, TIEMPO EN RANGO AJUSTADO Y VARIABILIDAD GLUCÉMICA REGISTRADO MEDIANTE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE LA GLUCOSA (MCG) (SURPASS-3 CGM)

E. Jodar^a, A. Dib^b, R. Bray^b, M. Zeytinoglu^b, Á. Rodríguez^c y K. Brown^b

^aHospital Universitario Quirón Madrid, Universidad Europea, Madrid, España. ^bEli Lilly and Company, Indianapolis, EE. UU. ^cEli Lilly and Company, Alcobendas, España.

Introducción y objetivos: La tirzepatida, un agonista de los receptores de GIP/GLP-1 de administración semanal, ha sido aprobado recientemente en EE. UU. para el tratamiento de la diabetes tipo 2 (DM2). En el subestudio SURPASS-3-CGM, tirzepatida mostró un control glucémico superior, evaluado mediante el tiempo en rango ajustado (TITR) y un menor tiempo en rango hipoglucémico, en comparación con insulina degludec en participantes con DM2 tratados con metformina con/sin un inhibidor SGLT2. Mostrar la asociación entre el cambio en el peso y el tiempo en rango (TIR), el TITR y la variabilidad glucémica (VG) en pacientes en tratamiento con tirzepatida.

Material y métodos: En este subestudio del ensayo de fase 3 abierto con grupos paralelos de 52 semanas SURPASS-3 se incluyó un subconjunto de pacientes aleatorizados (N = 243; media de edad, 57 años; duración de la DM2, 8,8 años; HbA1c basal, 8,15%) que recibieron ≥ 1 dosis del fármaco del estudio y para los que se disponía de datos de MCG (intención de tratar modificada [ITTm]). Los valores de glucosa intersticial se registraron mediante MCG durante 7 días a intervalos de 5 minutos en basal, a las 24 semanas y a las 52 semanas. Se compararon las medias de TIR, TITR y VG según categorías de porcentaje de reducción del peso (≤ 5%, > 5% a ≤ 10%, > 10% a ≤ 15%, > 15%) en la población ITTm en tratamiento con tirzepatida a la semana 52.

Resultados: Los pacientes tratados con tirzepatida con porcentajes de pérdida de peso más altos permanecieron más tiempo en TITR y TIR: En los pacientes con una reducción del peso ≤ 5%, las medias del TIR fueron de 1094, 1186 y 789 minutos con tirzepatida 5, 10 y 15 mg, respectivamente, llegando a 1.372, 1.405 y 1.399 minutos en pacientes con una reducción del peso >15%; las medias del TITR en pacientes con una reducción del peso ≤ 5% fueron de 611, 742 y 395 minutos con tirzepatida 5, 10 y 15 mg, respectivamente, llegan-

do a 1.091, 1.280 y 1.222 minutos en pacientes con una reducción del peso >15%. Hubo una correlación estadísticamente significativa entre el cambio en el peso con cualquiera de las dosis de tirzepatida y el porcentaje de TIR ($p \leq 0,005$) y TITR ($p \leq 0,003$). Hubo una correlación estadísticamente significativa entre el CV intradía y el cambio en el peso con tirzepatida 15 mg ($p = 0,005$) y entre el CV interdía y el cambio en el peso con tirzepatida 5 mg ($p = 0,019$) y 15 mg ($p = 0,027$).

Conclusiones: En pacientes con DM2 tratados con tirzepatida y metformina con/sin un inhibidor SGLT2, una pérdida de peso mayor estuvo asociada a un mejor control glucémico medido mediante MCG.

P-058. IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA FREESTYLE LIBRE 2® (FSL2) SOBRE EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DM2

M. Muñoz del Diego, V. Agudo Endemaño, A. Hidalgo Murillo, P. Zubillaga Blanco, P. González Fernández y E. Fernández-Rubio

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España.

Introducción: El uso de la monitorización *flash* de glucosa (MFG) FreeStyle Libre 2 (FSL2) en DM2 se ha relacionado con un mejor control glucémico. El objetivo de este estudio es determinar si la implementación de la MFG mejora el control glucémico, medido como mejoría en la HbA1c y parámetros de glucometría, en pacientes con DM2 en tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI) +/- antidiabéticos orales.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con DM2 que iniciaron MFG en el último año. Se analizaron los valores de HbA1c previos al inicio de uso del sistema y a los 4 ± 2 meses. Asimismo, se compararon los datos de glucometría iniciales (primeros 14 días de uso) con los datos obtenidos a los 4 ± 2 meses.

Resultados: Se analizaron datos de 30 pacientes. El 73,3% fueron varones, con una edad media de 64,7 ± 9,1 años y una duración media de la diabetes de 17,4 ± 8,3 años. El índice de masa corporal medio fue de 28,6 ± 4,4 kg/m² y la dosis total de insulina diaria de 64,9 ± 34,6 unidades/día (0,8 ± 0,3 unidades/kg/día). La HbA1c media previa al inicio de uso del FSL fue de 7,8 ± 1,2%. En la tabla se muestran los datos de HbA1c previos al inicio de FSL y a los 4 ± 2 meses, y datos de glucometría de los 14 días tras el inicio del sensor y a los 4 ± 2 meses. Se objetivó una reducción significativa de la HbA1c de un 0,48% en los primeros 4 ± 2 meses de uso del sistema FSL2 y una reducción de las hipoglucemias nivel 1 (54-70 mg/dl). No se encontraron diferencias en el resto de parámetros de glucometría.

Conclusiones: Estos datos en vida real confirman una mejoría en el grado de control glucémico medido por HbA1c y en el porcentaje de hipoglucemias nivel 1 en las personas con DM2 que inician tratamiento con el sistema FSL2.

P-059. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON ELEXACAFTOR/TEZACAFTOR/IVACAFOTOR EN EL METABOLISMO DE HIDRATOS DE CARBONO EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

D. Lara Gálvez, M. Argente Pla, K. García Malpartida, M.J. Selma Ferrer, J.P. Reig Mezquida, R.M. López Guillén, D. Sanchis Pascual, P. Masdeu López-Cerón, O. Seguí Cotano, G.A. Girón Serrato, A. Micó García, S. Martín Sanchis, E. Gascó Santana, Á. Dura de Miguel y J.F. Merino Torres

Hospital Universitari I Politècnic La Fe, Valencia, España.

Introducción: La diabetes relacionada con la fibrosis quística (DRFQ) es la complicación no respiratoria más frecuente de los pacientes afectados de fibrosis quística (FQ). Los fármacos modificadores de la enfermedad han supuesto una mejoría sustancial en pacientes con determinadas mutaciones. El uso de moduladores del gen CTFR (*Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator*) (mCTFR): ivacaftor, tezacaftor y elexacaftor (Kaftrio[®]), en estos pacientes es reciente y podría proporcionar beneficios no solo a nivel pulmonar, sino en el metabolismo de hidratos de carbono.

Objetivos: Describir la evolución de parámetros antropométricos, bioquímicos y terapéuticos en pacientes con FQ y prediabetes o DRFQ que inician mCTFR.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, descriptivo, retrospectivo, en el que se analizaron 15 pacientes con FQ y en tratamiento con mCTFR. Se recogieron datos clínicos, analíticos y antropométricos tanto previo al inicio de mCTFR como a los tres, seis, nueve y doce meses. Los resultados se expresan como media (DE) y porcentaje. Para comparar las muestras apareadas se realizó el test de Friedman en el programa SPSS v.25.

Resultados: Se estudiaron 15 pacientes (60% mujeres) con FQ y tratamiento con mCTFR de 32,4 (1,90) años y con un tiempo de seguimiento tras el inicio de mCTFR de 13 (1,47) meses. De estos pacientes, un 80% presentaban DRFQ. De los restantes, un 13% no presentaban alteraciones del metabolismo de hidratos de carbono y un 6,67% presentaba prediabetes. En la tabla se recoge la evolución de los parámetros de control glucémico así como parámetros antropométricos en los momentos antes y después del inicio del tratamiento en los pacientes con DRFQ.

Tabla P-058

	Pre-FSL2 Mediana (RIC)	Post-FSL2 Mediana (RIC)	p
HbA1c venosa/capilar (%)	7,8 (7,1-8,6)	7,3 (6,8-7,8)	0,036
Glucosa promedio (mg/dl)	149,5 (138,7-177,2)	165,5 (141,0-187,7)	0,111
GMI (%)	6,8 (6,6-7,5)	7,2 (6,7-7,8)	0,105
Tiempo en rango 70-180 mg/dl (%)	72,5 (55,0-84,0)	66,0 (47,7-82,7)	0,307
Tiempo 54-70 mg/dl (%)	0,5 (0,0-2,2)	0,0 (0,0-1,0)	0,006
Tiempo < 54 mg/dl (%)	0,00 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,705
Tiempo 180-250 mg/dl (%)	21,5 (13,7-30,5)	28,0 (16,2-34,0)	0,624
Tiempo > 250 mg/dl (%)	4,0 (1,0-11,0)	5,5 (1,0-12,0)	0,208
Coefficiente de variación (%)	31,2 (25,5-34,7)	29,6 (24,8-31,9)	0,063
Uso del sensor (%)	95,5 (91,0-99,0)	97,0 (94,0-99,0)	0,515
Número de escaneos por día	8,0 (7,0-10,0)	8,0 (7,0-11,0)	0,909

Tabla P-059

Evolución de parámetros bioquímicos y antropométricos

	Pre-mCFTR	3-6 meses	9-12 meses	p
Peso (Kg)	59,62 (3,35)	60,96 (5,02)	54,32 (2,78)	0,41
IMC (Kg/m ²)	22,35 (1,13)	24,65 (1,75)	20,86 (0,87)	0,66
Glucemia basal (mg/dL)	143 (25,18)	97,5 (3,18)	91,42 (4,50)	0,06
Hemoglobina glicosilada (%)	8,49 (0,72)	7,24 (0,38)	6,44 (0,33)	0,06
Insulina (UI/kg/día)	0,55 (0,10)	0,50 (0,31)	0,49 (0,29)	0,32

Conclusiones: Los datos respecto a la glucemia basal y hemoglobina glicosilada, pese a la ausencia de significancia, sugieren una tendencia a la disminución a lo largo del tiempo desde el inicio de mCTFR. Tanto el peso como el IMC presentan un ascenso inicial junto a una bajada posterior. Probablemente si se aumentase el tamaño muestral se podría lograr la significación estadística.

P-060. INFLUENCIA DEL TIPO DE SENSOR DE GLUCOSA EN LA DIFERENCIA DEL GMI CON EL VALOR DE HBA1C

V. Viedma Torres, J.A. Rosado Sierra, M. Durán Martínez, M.F. Reinoso Gómezcoello, R. Vegara Fernández, H. Urriza Blázquez, G. Guijarro de Armas, P. Iglesias Bolaños, M. Merino Viveros e I. Pavón de Paz

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España.

Introducción y objetivos: Con la monitorización continua de glucosa (mCG) surgen nuevos parámetros de control como el índice de manejo de glucosa (GMI) para evaluar el grado de control metabólico de la diabetes *mellitus*. Nace así el debate sobre la posibilidad de usar estos parámetros como marcador de riesgo de desarrollo de complicaciones asociadas a la diabetes *mellitus* el cual está estandarizado para la HbA1c y no así para la monitorización continua. El objetivo del presente estudio es evaluar la diferencia entre HbA1c respecto a GMI según el tipo de sensor de monitorización continua de glucosa empleado en pacientes reales del Área Sanitaria de Getafe.

Material y métodos: Se recogieron datos de pacientes con diabetes *mellitus* tipo 1 del Hospital Universitario de Getafe que empleasen monitorización continua de glucosa (Sensor Guardian y FreeStyle). Se seleccionaron variables demográficas, valores de la mCG y HbA1c (al menos 15 días antes de la consulta). Mediante el test no paramétrico de Fisher-Pitman se comprueba la diferencia que se observa entre HbA1c y GMI en función del sistema de monitorización continua utilizado.

Resultados: Se recogieron datos de 160 pacientes (50,6% mujeres) con una edad media de 48,8 años, de los que el 40% usaban sistemas infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) y el 60% terapia bolo-basal. Respecto al tipo de sensor empleado, el 36,88% usaba Guardian y el 73,12% FreeStyle. Para cada tipo de sensor hubo diferencias estadísticamente significativas en el empleo de ISCI (100 vs. 7,8% respectivamente, Pearson chi cuadrado $p \leq 0,001$). Para el total de la muestra se objetivó una HbA1c media de 7,26% (1 DE) y un GMI medio de 7,07% (0,69 DE) resultando en una diferencia media de 0,51% (0,45 DE). Se objetivó una diferencia media de 0,33% (0,35 DE) y de 0,61% (0,47 DE) para Guardian y FreeStyle respectivamente, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,0001$).

Conclusiones: En nuestra muestra se observan diferencias entre HbA1c y GMI estadísticamente significativas según el tipo de sensor de glucosa empleado. Es necesario la estandarización de parámetros extraídos de la monitorización continua de glucosa para definir su

posible papel como marcador de daño vascular asociado a la diabetes *mellitus* y analizar posibles factores que influyan en la diferencia entre HbA1c y GMI.

P-061. IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LAS DIFERENCIAS ENTRE HEMOGLOBINA GLICOSILADA E INDICADOR DE GESTIÓN DE GLUCOSA

D. Ariadel Cobo, M. Alejo Ramos, R. Álvarez Fernández, B. Pérez Corral, P. Fernández Martínez, L. González Roza y M. Ballesteros Pomar

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

Introducción: El indicador de gestión de glucosa (GMI) generada en sistemas de monitorización continua de glucosa, es considerado como una alternativa a la hemoglobina glicosilada (HbA1c), solo el 19% de los pacientes en estudios clínicos presentan diferencias $< 0,1\%$ entre HbA1c y GMI, más del 50% presentan diferencias $\geq 0,5\%$ que pueden ser clínicamente significativas en el control de la diabetes.

Objetivos: Valorar el porcentaje de pacientes que presenta discordancia significativa entre HbA1c y GMI considerada como $> 0,4\%$, y que factores clínicos se asocia.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, de pacientes con diabetes *mellitus* tipo 1 con monitorización continua de glucosa tipo FreeStyle(FLS), en seguimiento en un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos antropométricos, complicaciones micro/macrovasculares, descarga de informes de 14 días de métricas de glucosa, y HbA1c coincidentes con los 14 días de descarga. Se clasificaron los grupos según las diferencias del GMI y HbA1c: glicosiladores bajos: ($\leq -0,5$), moderados ($> -0,5$ a $< 0,5$) y altos ($\geq 0,5$).

Resultados: $n = 31$, 64,5% hombres, mediana de edad 45,1 (RI 58,0-35,0) años, media de IMC de 24,6 (4,1) kg/m², tiempo de evolución medio 23,2 (13,9) años y dosis total de insulina (DTI) 47,5 (19,) UI/día. Medias FLS: glucosa media 157 (43) mg/dL, GMI 7,26 (0,89)%, coeficiente de variación (CV) 36,5 (7,8)%. Tiempo en rango (TIR) 61,5 (17,4)%, Tiempo encima de rango (TAR) 34,5 (17,6)%, tiempo debajo de rango (TBR) 3,6 (3,5)%, media de HbA1c 7,84 (0,9)%. Los glicosiladores bajos 26,7%, moderados 53,3% y altos el 20%; la HbA1c media fue menor en los glicosiladores bajos respecto a los altos (6,8 vs. 8,0%, $p = 0,04$). No hubo diferencias significativas (sexo, edad TIR, TAR, TBR, CV, DTI y tiempo de evolución). Los sujetos con glicosilación moderada usaban mayor DTI. Los glicosiladores bajos tenían menos eventos de complicaciones microvasculares (retinopatía diabética, neuropatía diabética, enfermedad renal crónica $p < 0,05$), macrovasculares (enfermedad cardiovascular establecida, $p < 0,00$) e HTA (tabla). No se encontraron diferencias en cuanto a edad, sexo y con el resto de complicaciones.

Conclusiones: Estos datos corroboran los obtenidos en la literatura, siendo glicosiladores altos 20% de la muestra. Los sujetos con complicaciones micro/macrovasculares establecidas presentan mayores diferencias entre HbA1c y GMI.

Relación entre grupos de glicosilación y complicaciones

Complicaciones	Glicosiladores		p < 0,05
	Bajo-moderado%/(n)	Altos%/(n)	
Enfermedad renal crónica			0,03
Sí	33,3 (1)	66,7 (2)	
No	85,2 (23)	14,8 (4)	
Retinopatía diabética			0,04
Sí	50 (3)	50 (3)	
No	87,5 (21)	12,5 (3)	
Neuropatía diabética			0,03
Sí	33,3 (1)	66,7 (2)	
No	85,2 (23)	14,8 (4)	
Enfermedad cardiovascular			0
Sí	0	100 (3)	
No	88,9 (24)	11,1 (3)	
Hipertensión arterial			0,013
Sí	90,9 (20)	9,1 (2)	
No	50 (4)	50 (4)	

P-062. VARIABILIDAD Y CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES DIABÉTICOS O CON HIPERGLUCEMIA DE ESTRÉS QUE RECIBEN NUTRICIÓN ENTERAL POR Sonda ESPECÍFICA PARA DIABETES

A. Ramos, E. Casademunt, M. Macías, C. Estany, S. Ruiz, A. Pérez Montes de Oca, M. Martín y C. Joaquín Ortiz

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Badalona, España.

Introducción: Existen escasos estudios que evalúen el grado de control y variabilidad glucémica (VG) mediante un sensor continuo de glucosa en pacientes hospitalizados con DM o hiperglucemia de estrés (HE) que reciben NE por sonda con una fórmula específica para DM. El objetivo fue evaluar el control glucémico y VG en este tipo de pacientes.

Material y métodos: Estudio prospectivo en pacientes hospitalizados con DM o HE que precisaban NE por SNG y tratamiento con insulina sc. Todos ellos recibieron una fórmula hipercalórica (HC) e

hiperproteica (HP) específica para DM y se les colocó un sensor de glucosa FreeStyle Libre 2. Se ajustaron las dosis de insulina según protocolo hospitalario.

Resultados: 15 pacientes, 6 mujeres (40%), edad $66,3 \pm 15,2$ años, IMC $24,2 \pm 5,2$ Kg/m², 9 con DM (HbA1c $6,1 \pm 1,5\%$) y 6 con HE (HbA1c $5,3 \pm 0,8\%$). Tratamiento de la DM: 1 dieta, 6 ADOs, 2 ADOS+ insulina. Datos del control glucémico y del tratamiento insulínico expuestos en la tabla.

Conclusiones: Se observó un buen control glucémico y baja VG en nuestros pacientes DM o con HE que recibían una fórmula HC/HP específica para DM, siendo óptimos en aquellos pacientes con HE.

P-063. ADHERENCIA A LA MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA E INFLUENCIA DEL TIEMPO ACTIVO EN EL CONTROL GLUCÉMICO EN UNA COHORTE DE ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES CON DIABETES TIPO 1

C. Hernández Reina, G. López Gallardo, E.N. Rodríguez Taltavull, S. Amuedo Domínguez, V. Bellido Castañeda, N. Gros Herguido y A.M. Soto Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: Los registros de diabetes tipo 1 (DM1) demuestran que los adolescentes y adultos jóvenes tienen peor control metabólico, siendo la adherencia al tratamiento y a la monitorización de glucosa un reto en esta población.

Objetivos: Describir el grado de control metabólico, el uso de la monitorización flash de glucosa (MFG) y los motivos para no usarla en una cohorte de adolescentes y adultos jóvenes con DM1. Establecer diferencias en el control metabólico a los 6 meses desde la implantación de MFG en función del tiempo de sensor activo ($\geq 0 < 70\%$).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de adolescentes y adultos jóvenes (< 30 años) con DM1 de nuestra área. Para el análisis de datos se realizó el test no paramétrico de Wilcoxon y un análisis multivariante mediante regresión logística.

Resultados: En nuestra cohorte de adultos jóvenes (n = 532), la edad media fue de 24 ± 3 años (53% varones), la duración media de la de diabetes 12 ± 6 años, 7% recibían tratamiento con infusión subcutánea de insulina (17% sistema híbrido), 4% presentaban retinopatía diabética y 3,4% enfermedad renal diabética. La HbA1c es $\leq 7\%$ en el 28% y $\leq 7,5\%$ en el 44% de los casos. Se implantó un sensor FreeStyle Libre a 407/532 (76,5%) de adultos jóvenes de nuestra área. De los pacientes restantes a los que no se implantó el sensor 125/532 (23,5%), el 48,8% lo rechazó inicialmente, si bien, casi la mitad de ellos terminó aceptándolo (47,5%); el 10,4% dejó de usar

Tabla P-062

Datos del control glicémico y dosis de insulina

	Total	DM	HE	p
Dosis total de insulina diaria (UI)	28,9 \pm 11,8	31,6 \pm 12,5	23,8 \pm 9,6	ns
Dosis insulina/kg peso (UI/kg)	0,48 \pm 0,26	0,52 \pm 0,27	0,39 \pm 0,23	ns
Glucemia media (mg/dl)	145,2 \pm 46,4	160,1 \pm 48,3	111,2 \pm 15,6	0,011
Coefficiente de variabilidad (%)	31,2 \pm 12,5	35,9 \pm 11,6	20,6 \pm 6,9	0,034
GMI (%)	6,5 \pm 0,6	6,8 \pm 0,5	6,0 \pm 0,3	0,038
Hipoglucemias (%)*	2 (0,5-4)	2 (0-11)	3 (1-4)	ns
Hiperglucemias (%)*	14 (4-38)	29 (12- 45)	0 (0-7)	0,003
Tiempo en rango (%)	70,6 \pm 27,9	59,7 \pm 29,9	95,0 \pm 5,4	0,011

*Mediana (p25-p75).

el dispositivo (siendo el desprendimiento la causa en el 2,3% de los casos). 12,8% de los pacientes usaba otro sistema de monitorización de glucosa. El 35,1% de pacientes de la cohorte hacía un uso adecuado del sensor de MFG (tiempo sensor activo \geq 70% y datos disponibles en plataforma Libreview). En este grupo de pacientes se objetivó un descenso significativo de HbA1c a los 6 meses y un mayor número de escaneos/día, no objetivándose dichos resultados en aquellos cuyo uso del sensor era $<$ 70%. En el análisis multivariante, un menor coeficiente de variación (OR: 1,11 [1,02-1,20]; p: 0,017) y un mayor número de escaneos al día (OR: 1,21 [1,03-1,20]; p: 0,008) fueron predictores independientes de un mayor tiempo en rango.

Conclusiones: El uso de la MFG en adolescentes y adultos jóvenes de nuestra cohorte es inadecuado en más de la mitad de los casos. El principal motivo para la no implantación del sensor es el rechazo del paciente. Sin embargo, entre aquellos que lo usan de manera adecuada, se observa una mejoría del control metabólico a los 6 meses representada por una menor HbA1c. En nuestra muestra observamos que una menor variabilidad glucémica y un mayor número de escaneos se relacionan con un mayor tiempo en rango.

P-064. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ANTES Y DESPUÉS DE IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA (FSL)

G.M. López Arguelles, N. Guerrero Ruano, M.J. García Baez, L. de Antonio Domínguez, R. Vallejo Mora y M. Cabellero Chamorro
Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España.

Objetivos: Principal: conocer el grado de satisfacción y de cambios en la calidad de vida percibida por personas con diabetes mellitus tipo 2 autorizados (discapacitados, hipoglucemias graves, y gestantes) para el uso del sistema de monitorización continua-*flash* de glucemia intersticial (MFG). Secundarios: identificar áreas de mejora y definir una estrategia de implantación de las mismas.

Material y métodos: Sistema de monitorización *flash* de glucosa (MFG), Freestyle libre 2. 1ª y 2ª encuesta Calidad de Vida. Diabetes Quality of life measure (DQoL). 1ª y 2ª encuesta Satisfacción. Diabetes Treatment Satisfaction Questionare (DTSQ). Se ha analizado una muestra de 29 pacientes a los que se le ha instalado el sistema de monitorización continua-*flash* de glucosa y que han rellenado de forma completa los cuestionarios de calidad de vida y satisfacción realizados antes de comenzar a usar el sistema y entre los 3-6 meses después del uso del mismo. Las variables definidas de análisis se han agrupado en las siguientes áreas: Variables de identificación del

paciente (AN); Fecha implantación sistema MFG; Sexo; Fecha de nacimiento (edad). Resultados 1ª y 2ª encuesta de calidad de vida. Diabetes Quality of life measure (DQoL). Resultados 1ª y 2ª encuesta satisfacción. Diabetes Treatment Satisfaction Questionare (DTSQ). La relación detallada de estas variables se anexa a este informe. El periodo de estudio del siguiente análisis abarca desde enero a septiembre de 2022 con pacientes que han realizado y/o entregado ambos cuestionarios (previo y posterior al uso del sistema). Tras revisar los cuestionarios de 29 pacientes con nueva instalación en este periodo; 12 pacientes son los que han completado todos los cuestionarios siendo por tanto el 41,38% del total de instalaciones los pacientes que se incluyen para análisis.

Resultados: Cuestionario (DTSQ): comparando las medias de satisfacción de ambas encuestas, se obtiene una mayor satisfacción a favor de la MFG estadísticamente significativa con $p < 0,05$. Por tanto, el nivel de satisfacción (DTSQ) relacionado con el uso del dispositivo aumenta en comparación con el método tradicional de las glucemias capilares. Cuestionario (DQoL): la puntuación en el segundo cuestionario, en el que se respondía al grado de satisfacción con la MFG, se obtuvieron diferencias con valor de $p < 0,05$ a favor de la monitorización continua-*flash* en comparación con los resultados obtenidos en el mismo cuestionario en la primera visita para glucemias capilares.

Conclusiones: Por tanto, vemos que el uso de MFG tiene un impacto positivo en la mejora de la calidad de vida de las personas con diabetes en estos aspectos.

P-065. ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS DEL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA FREESTYLE LIBRE EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR

M.M. García González, V. Triviño Yanuzzi, M. Llaverro Valero, O. Meizoso Pita, I. Huguet Moreno, I. Moreno Ruíz e I. Martín Timón

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Exponer y analizar el control glucémico de los pacientes diabéticos del Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL) que emplean monitorización continua de glucosa FreeStyle Libre en el periodo 2022-2023.

Material y métodos: Estudio observacional de tipo descriptivo retrospectivo. Población a estudio: 409 pacientes con diagnóstico de diabetes y con dispositivo FreeStyle Libre conectado en el periodo de julio 2022 a enero 2023. Variables: edad, sexo, tipo de diabetes, porcentaje de actividad sensor, promedio de glucosa (mg/dl), varia-

Tabla P-065

Variables	Total pacientes y rangos de edad			
	409 pacientes (población total)	17-39 años (N = 168)	40-59 años (N = 173)	60-89 años (N = 68)
% actividad del sensor. Objetivo:100%	85,35% \pm 20,73 DE	82,62% \pm 21,80 DE	85,13% \pm 21,83 DE	92,64% \pm 11,61 DE
Promedio glucosa. Objetivos: < 154 mg/dl	170,28 mg/dl \pm 46,69 DE	173,69 mg/dl \pm 51,07 DE	171,91 mg/dl \pm 48,99 DE	157,70 mg/dl \pm 20,31 DE
Variabilidad glucémica. Objetivos: \leq 36%	35,66% \pm 8,83 DE	36,19% \pm 8,59 DE	36,24% \pm 9,15 DE	32,90% \pm 8,45 DE
TIR, Objetivo:>70%	59,79% \pm 20,70 DE	58,27% \pm 21,77 DE	58,24% \pm 20,89 DE	67,53% \pm 15,31 DE
TBR 1 y 2. Objetivo total: < 4%	3,86% \pm 4,77 DE	3,93% \pm 4,69 DE	4,03% \pm 4,95 DE	2,84% \pm 2,99 DE
TAR 1 y 2. Objetivo total: < 25%	36,39% \pm 46,69 DE	37,76% \pm 22,86 DE	37,92% \pm 22,35 DE	29,12% \pm 14,72 DE
GMI. Objetivo: \leq 7%	7,26% \pm 20,73 DE	7,30% \pm 0,94 DE	7,30% \pm 0,99 DE	7,1% \pm 0,49 DE

bilidad glucémica(%CV), tiempo en rango (TIR) entre 70-180 mg/dl; tiempo por debajo de rango (TBR) entre 54-69 mg/dl (nivel 1 hipoglucemia) + TBR < 54 mg/dl (nivel 2 hipoglucemia); tiempo por encima de rango (TAR) 181-250 mg/dl (nivel 1 hiperglucemia) + TAR > 250 mg/dl (nivel 2 hiperglucemia) e indicador de gestión de glucosa(GMI,%), durante los 14 días previos al último registro. Material: datos obtenidos a partir de la página web Libreview.com y del programa informático Selene. Se excluyeron aquellos pacientes sin cargas registradas, fallecidos y aquellos cuyos nombres aparecían por duplicado o con último registro de carga anterior al periodo indicado.

Resultados: 409 pacientes. DM Tipo 1: 89,49%, DM Tipo 2: 2 69%, Tipo 3: 3,42%.

Conclusiones: Los pacientes diabéticos con monitorización continua de glucosa del HUIL presentan un control glucémico subóptimo de acuerdo con los objetivos glucémicos recomendados por las guías de diabetes ADA. Desglosando por edad, ningún grupo de edad cumple con todos los objetivos expuestos, aunque el grupo de ≥ 60 años se aproximan a los valores recomendamos, con un porcentaje de hipoglucemias e hiperglucemias menor al objetivo. No obstante, estas cifras pueden estar influenciadas por el menor número de pacientes incluidos en dicho rango de edad. Según lo expuesto, parece fundamental apostar en los pacientes diabéticos por una educación diabetológica que persiga la conciencia de enfermedad, el manejo terapéutico y un mayor conocimiento sobre el funcionamiento de los dispositivos de monitorización de glucosa.

P-066. EXPERIENCIA CLÍNICA DEL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 3C

M. Antequera González, M.A. Saavedra Vásquez, B. Ramos Bachiller, L. González Roza, D. Barajas Galindo, D.G. Ariadel Cobo y M.D. Ballesteros Pomar

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

Objetivos: Analizar los parámetros de glucometría en adultos con DM3C que usan monitorización *flash* de glucosa (MFG) y evaluar la prevalencia de complicaciones microvasculares, macrovasculares y otras comorbilidades asociadas.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en el que se seleccionaron 19 pacientes con DM3c del Complejo Asistencial Universitario de León seleccionados consecutivamente entre los meses de mayo de 2021 y mayo de 2022. Se recogieron características basales, enfermedades concomitantes, y datos de MFG de 14 días tras 3 meses desde el inicio de su uso, así como HbA1c en este periodo.

Resultados: Se analizaron datos de 19 adultos, siendo el 68,4% hombres con una edad media de 56,5 (9,3) años. El tiempo de evolución de la diabetes fue de 9,2 (10) años, siendo la etiología principal la pancreatitis crónica en un 63,1%, la neoplasia pancreática el 15,8%, la fibrosis quística 10,5%, y la resección pancreática 10,5%. La HbA1c previa a la implantación de la MFG fue de 8,7(1,5)%. Presentaban un tiempo en rango (TIR) del 51 [25]%, un tiempo en hiperglucemia (TAR) > 180 y > 250 mg/dL del 26,6 (8,9)% y 21,5 (17)% respectivamente, con un tiempo en hipoglucemia (TBR) < 70 y < 54 mg/dL fue del 1 [5]% y 0%. La glucemia promedio fue de 191,8 (39,5) mg/dL, con una variabilidad glucémica medida por el coeficiente de variación (CV) del 39,1 (7,7)% y un indicador de gestión de glucosa (GMI) de 8,1 (1,1)%. El 47,6% presentó dislipemia, 21% hipertensión arterial, 14,2% nefropatía diabética, 9,5% retinopatía diabética, 9,5% enfermedad cardiovascular.

Conclusiones: El control glucémico de los pacientes DM3c no está dentro de los objetivos habituales para DM, lo que podría suponer futuras complicaciones metabólicas concomitantes. Son necesarios más estudios para establecer claros objetivos de control glucémico en este tipo de pacientes.

P-067. PROCESO ASISTENCIAL DE DIABETES MELLITUS TIPO1 INTEGRADO EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA PARA EXPLOTACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL. UN SUEÑO HECHO REALIDAD

N. Admetlla Dachs^a, P.J. de Jesús Bras^b, M.C. Salgado Rodríguez^b, R. Barahona San Millán^a, E. Esteve Lafuente^a, L. Sojo Vega^a y M. Fernández Balsells^a

^aUnitat de Diabetis Endocrinologia i Nutrició Territorial de Girona (UDEN-TG), Girona, España. ^bSecretaria Tècnica, Hospital Universitari de Girona, Institut Català de la Salut (ICS), Girona, España.

Introducción: La UDEN-TG del HUJT es centro de referencia de la región sanitaria homónima (población: 780.000 habitantes) y lleva desde 2012 pilotando el proceso asistencial DM1 vinculado a historia clínica electrónica (HCE) SAP-Argos del ICS. En 2019 se inicia el Programa de Monitorización Continua de Glucosa (PMCG) y se incorpora a las variables de dicha HCE.

	Total n = 1.104 49%M	Colectivo1 n = 522 48%M	Colectivo2 n = 582 51%M	p
Edad(años)	46 ± 16	37 ± 15	54 ± 14	0,000
Tiempo evolución (años)	22 ± 13	11 ± 6	31 ± 11	0,000
Utilización CGMS (%)	87 ± 15	85 ± 16	89 ± 14	0,001
Pacientes con Utilización CGMS > 70% (%)	83	82	85	0,195
Promedio glucosa 24 h (mg/dl)	175 ± 39	177 ± 42	172 ± 37	0,046
Coefficiente de variación	37 ± 7	37 ± 7	36 ± 7	0,100
Indicador control glucémico	7,47 ± 0,93	7,52 ± 0,97	7,44 ± 1,00	0,163
TOR < 30%	35%	33%	37%	
%M vs. %H	31%vs38%	29 vs. 36%	34 vs. 40%	
p	0,022	0,089	0,111	
TIR>70%	24%	24%	25%	
%M vs. %H	23 vs. 25%	21 vs. 27%	25 vs. 24%	
p	p0,480	0,152	0,720	
TBR < 5%	76%	76%	76%	
%M vs. %H	79 vs. 73%	77 vs. 75%	80 vs. 70%	
p	0,018	0,552	0,008	
TOR < 50%			72%	
%M vs. %H			67 vs. 76%	
p			0,025	
TIR>50%			65%	
%M vs. %H			61 vs. 69%	
p			0,075	
TBR < 1%			35%	
%M vs. %H			43 vs. 27%	
p			0,000	

H = hombres, M = mujeres.

Objetivos: Presentar el informe preliminar de indicadores de manejo y control glucémico de PMCG extraídos de la explotación de la HCE para DM1 en nuestro centro.

Material y métodos: Explotación de los datos clínicos parametrizados correspondientes al PMCG introducidos de forma sistemática en HCE SAP-ARGOS en condiciones de práctica clínica habitual en el seguimiento de los pacientes con DM1 por los profesionales de la UDEN-TG a lo largo de 2022. Se diferencian dos colectivos de pacientes en función de edad superior o inferior a 65 años y tiempo de evolución superior o inferior a 20 años (Colectivo 1: edad < 65 o tiempo de evolución < 20; Colectivo 2: Colectivo 2: edad > 65 años o tiempo de evolución > 20 años) puesto que ello determina los objetivos de control a conseguir.

Resultados: En 2022 se recogen datos de 1.512 pacientes en PMCG. Se dispone de datos completos de 1.104 (73%). El 87% utilizaron el dispositivo > 70% del tiempo sin diferencias entre sexos ni colectivos. En la tabla se muestran los resultados del análisis correspondiente a las variables continuas (promedio de glucosa 24 horas, coeficiente de variación, indicador de control glucémico) y categóricas (TIR, TOR, TBR con los umbrales diferenciados por colectivos). En general las mujeres tienen más tendencia a tener un TOR > 30% y un TBR < 5%. En el análisis del Colectivo 2 con los indicadores ajustados a las características de los pacientes esta tendencia se acentúa.

Conclusiones: El análisis orienta a una mayor tendencia a evitar hipoglucemias por parte de las mujeres. Se requiere un análisis para evaluar estrategias correctoras de este factor ajustadas a sexo. El análisis sistemático de indicadores puede poner de manifiesto sesgos clínicos que hay que corregir con estrategias adecuadas.

P-068. PARÁMETROS ASOCIADOS A LA MEJORÍA DEL CONTROL GLUCÉMICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DMT1

S. Herranz Antolín, C. Lozano Lizandra, A. Sutil Folgado, E. Platero Rodrigo, M. Cano Megías, V. Álvarez de Frutos y M. Torralba

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España.

Objetivos: Analizar el control glucémico en una cohorte de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) tras retomar las visitas presenciales en Endocrinología en el Hospital Universitario de Guadalajara.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron pacientes con DM1 usuarios del sistema FreeStyle Libre (Abbott Diabetes Care) que compartían los datos a través de la plataforma Libreview®. Se analizaron los datos de 14 días en dos períodos de tiempo: 28 febrero-13 marzo 2021 (tras un año de visitas no presen-

ciales); 28 febrero-13 marzo 2022 (6 meses después de retomar las visitas presenciales). Se excluyeron aquellos pacientes con un tiempo de sensor activo < 70% y gestantes. El trabajo ha sido aprobado por el Comité de ética con exención de consentimiento informado.

Resultados: 257 pacientes. Edad media 42,9 ± 13,4 años; 52,9% varones. El nº de escaneos diarios fue 11,4 ± 6,6 en el primer período con una adherencia de 92,5 ± 6 vs. 11,3 ± 6,5 escaneos en el segundo período y una adherencia de 94,1 ± 6,8. No se encontró diferencia en el número de escaneos (p = 0,831) pero sí en la adherencia al sensor (p < 0,0001). El 65% de los pacientes acudieron de manera presencial a las consultas. Los principales parámetros glucométricos en el primer y segundo período fueron respectivamente: Tiempo en rango (TIR) (%): 47,5 ± 16,5 vs. 59,6 ± 17,8 (p < 0,0001); Tiempo por encima de rango (TAR): 48,1 ± 17,8 vs. 36,4 ± 18,5 (p < 0,0001); Tiempo por debajo de rango (TBR): 4,5 ± 4,6 vs. 3,9 ± 4,4 (p = 0,039); Coeficiente de variación (CV) (%): 36,1 ± 7 vs. 36,9 ± 7 (p = 0,016); Indicador de gestión de glucosa (GMI) (%) 7,1 ± 0,7 vs. 7,3 ± 0,8 (p < 0,0001); El 56% de los pacientes incrementaron ≥ 10% el TIR.

Conclusiones: Se produce una mejora de los parámetros glucométricos (TIR-TBR-TAR) a pesar del empeoramiento del CV y del GMI. Los pacientes que incrementan el TIR ≥ 10% presentan peor control glucémico inicial (mayor glucosa promedio, GMI, TAR y menor TIR). El descenso de la adherencia al sensor se asoció también con el cambio en el TIR. Las visitas presenciales no se han asociado con un incremento del TIR ≥ 10% en este trabajo.

P-069. IMPACTO DE LA DIETA MEDITERRÁNEA EN EL CONTROL GLUCÉMICO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

R. de León-Durango^a, A. Hernández Lázaro^a, D. Perera López^b, C. Ríos Gómez^a, A. Macías Batista^a, P.L. de Pablos Velasco^a, B. Hortal Cascon^a, D. López Hernández^a, M.P. López Quevedo^a, D. Oliva Martín^a y M. Sánchez Pérez^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España.

^bFacultad de Medicina, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Introducción y objetivos: Cada vez es mayor la evidencia científica que demuestra los beneficios en salud de la dieta mediterránea. Esto es debido en parte a su aporte de nutrientes cardioprotectores, tales como los ácidos grasos monoinsaturados y las vitaminas antioxidantes, que evitan la oxidación del colesterol LDL y su consecuen-

Tabla P-068

Características de los pacientes que mejoraban el TIR ≥ 10%

	No mejoría TIR ≥ 10%	Mejoría TIR ≥ 10%	p
Edad (años)	42 ± 13,4	43,7 ± 13,4	0,33
Género (V-M) (%)	54,9-45,1	51,4-48,6	0,579
Glucosa promedio inicial (mg/dL)	153,4 ± 30,3	163,4 ± 27,4	0,007
TIR inicial (%)	51,5 ± 17,9	44,3 ± 14,6	< 0,0001
TBR inicial (%)	5,5 ± 5,2	3,6 ± 3,9	0,01
TAR inicial (%)	43 ± 18,8	52 ± 15,9	< 0,001
CV inicial (%)	37,1 ± 7,9	35,2 ± 6	0,035
Incremento adherencia al sensor ≥ 10%	50	50	0,616
Descenso adherencia al sensor ≥ 10%	75	25	0,01
GMI (%)	6,9 ± 0,7	7,2 ± 0,7	0,007
Visita presencial	59,3	69,4	0,09

te depósito en forma de placas de ateroma. Estos factores cobran especial importancia en los pacientes con diabetes, en los que el estrés oxidativo y el riesgo cardiovascular se encuentran aumentados respecto a la población general. El objetivo del presente trabajo consiste en relacionar el grado de adherencia a la dieta mediterránea con datos objetivos de control glucémico en nuestra muestra de pacientes con diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1).

Material y métodos: Se reclutaron pacientes con diagnóstico de DM1 en seguimiento en las Consultas Externas de Endocrinología de nuestro hospital que fueran portadores de sistema de monitorización de glucosa tipo *flash* desde hace más de 3 meses, y se les entregó un cuestionario de adherencia a dieta mediterránea validado, en el que consideramos pacientes con alta adherencia (AA) a aquellos que cumplieron más de 8 puntos en este. Se contrastaron las puntuaciones del cuestionario con los datos del informe del sensor de glucosa. Análisis estadístico mediante el programa IBM SPSS 25.

Resultados: Se analizaron datos de 34 pacientes, 23 de ellos varones, con una edad media de 45,13 ± 15,96 años y un tiempo de evolución de la diabetes de 22,03 ± 13,34 años; la HbA1c media en nuestro grupo fue de 7,91%. Encontramos un tiempo en rango (TIR) a 30 días de 53,71% en aquellos con baja adherencia (BA), frente a 67 en aquellos con AA (p = 0,035); con un coeficiente de variabilidad (CV) de 30 días de 36,22 en BA frente a 32,71 en AA (p = 0,27). En el control a 90 días, se objetivaron un TIR de 53,35 en BA frente a 67,06 en AA (p = 0,019); y un CV de 37,8 en BA frente a 32 en AA (p = 0,042).

Conclusiones: En nuestro estudio hemos podido constatar cómo una mayor adherencia a la dieta mediterránea se correlaciona con un mejor control glucémico. No obstante, disponemos de una pequeña muestra de pacientes y, por ende, serían precisos mayores estudios para confirmar estos hallazgos.

P-070. TRANSICIÓN HACIA LA TELEMEDICINA EN DM-1. OPORTUNIDAD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

L. Hernández Rienda, P. Masdeu López-Cerón, R.M. López Guillén, M.T. Penalba Martínez, M.J. Villar Amigo, N. García Albors y J.F. Merino Torres

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.

Introducción: En pacientes con diabetes tipo 1 es imprescindible conseguir y mantener un buen control glucémico para prevenir complicaciones micro-macrovasculares, necesitando un estrecho seguimiento de los pacientes.

Objetivos: Valorar la evolución del control glucémico en pacientes diagnosticados de diabetes *mellitus* tipo 1 tras dos años de la prescripción del sensor FreeStyle Libre coincidiendo con pandemia por COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unidimensional de 70 pacientes diagnosticados de diabetes *mellitus* tipo 1 a los cuales se les ha prescrito el sensor Free Style Libre entre agosto de 2019 y marzo de 2020. Se recogieron diferentes variables clínicas y de control glucémico. Resultados expresados como media (DE) y porcentaje. Se realizó análisis estadístico con ANOVA de medidas repetidas con el programa SPSS 25.0.

Resultados: 70 pacientes (50% mujeres) con una media de 43,6 (10,5) años. Como complicaciones crónicas, el 10% presentaba nefropatía, el 27,1% retinopatía, el 18,6% neuropatía y un 1,4% ya presentaba complicaciones macrovasculares. 6 pacientes realizaron transición a ISCI durante este tiempo. A un paciente se le realizó trasplante páncreas-riñón. Durante los dos años de seguimiento la media de visitas realizadas fue de 7,2 (3,7), siendo un 68,5% presenciales y un 32,5% no presenciales, la mayoría de ellas realizadas por parte de enfermería. Se encuentran diferencias significativas en: CV% entre basal y los demás grupos, sin diferencias de los 6 meses a años posteriores; Hipoglucemias entre basal y a los 6 meses, sin embargo, no hay diferencias al año y dos años; TIR entre basal y a los 6 meses, sin diferencias al año ni dos años; TBR tanto < 70 como < 54 mg/dl entre basal y los demás grupos, sin diferencias de los 6 meses a años posteriores.

Conclusiones: La introducción de la monitorización glucémica ha facilitado la transición hacia una la telemedicina sin deterioro en el control glucémico. En nuestro grupo de pacientes se aprecia mejoría tanto del CV como del TBR tras comienzo de monitorización *flash* de glucosa, manteniéndose a los dos años de comienzo del sensor.

P-071. PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN PRECOZ EN PACIENTES CON INICIO DE TRATAMIENTO CON SEMAGLUTIDA ORAL

A.I. Jiménez Millán, C. Expósito Carbal y C. de la Fuente
Hospital de Puerto Real, Puerto Real, España.

Introducción: El inicio de tratamiento con AR-GLP1 determina en algunas ocasiones efectos secundarios que determinan el abandono del fármaco por intolerancia o mala comprensión de las instrucciones de uso. En el caso del uso de tratamiento con semaglutida oral es particularmente importante ya que una posología inadecuada anula el efecto farmacológico. La implicación de los educadores de diabetes en este objetivo puede ser fundamental.

Objetivos: Asegurar el adecuado cumplimiento, comprobar adherencia y correcta posología en pacientes que inician tratamiento con semaglutida oral.

Material y métodos: Desde el Hospital de Día de Endocrinología se elabora un programa de seguimiento liderado por las enfermeras

Tabla P-070

	Basal	6 meses	1º año	2º año	Significación estadística (p)
TIR (%)	58,3(14,3)	63,2 (14,09)	62,7 (14,7)	63,6 (15,1)	0,016
TAR >180 (%)	23,5 (8,9)	23,4 (9,5)	23,3 (9,5)	22,9 (9,9)	0,94
TAR >250 (%)	10,5 (8,7)	7,8 (8,06)	9,3 (9,3)	9,2 (9,8)	0,06
TBR < 70 (%)	5,2 (2,9)	4,1 (3,7)	4,3 (3,9)	3,8 (3,6)	0,01
TBR < 54 (%)	2,3 (2,5)	1,2 (2,6)	0,5 (0,8)	0,6 (1,1)	0,01
GMI (%)	7,1 (0,6)	7,04 (0,6)	7,1 (0,64)	7,1 (0,68)	0,6
CV (%)	39,7 (6,2)	36,02 (6,4)	36,5 (6,05)	35,5 (5,6)	0,0
Glucosa promedio (mg/dl)	158,5 (25,6)	156,2 (25,04)	158,8 (26,9)	158,05 (28,5)	0,61
Nº hipoglucemias	13,59 (7,8)	10,6 (8,8)	14,4 (9,4)	13,2 (10,2)	0,013

educadoras que evalúan al paciente con DM2 consistente en una cita inicial en la que se instruye al paciente, un contacto telefónico precoz para comprobar adhesión, tolerancia y adecuada posología, y un control presencial de revisión a los 3 meses junto con la cita facultativa con los mismos objetivos.

Resultados: Se evalúan los datos de 64 pacientes valorados entre enero y octubre de 2022 que aceptaron participar en el programa de seguimiento. En la valoración telefónica al mes de tratamiento se detectó errores en posología de 4 pacientes, adecuadamente solventados en ese momento. 8 pacientes refirieron sintomatología gastrointestinal y se proporcionaron recomendaciones para mejorar las mismas. En el control a 3 meses 7 pacientes habían abandonado el tratamiento por efectos secundarios gastrointestinales y el resto presentaban adecuada tolerancia y realizaban una adecuada toma de la medicación. La media de peso perdido a las 4 semanas (peso auto referido) fue del 2,8% del inicial y del 4,2% a los 3 meses habiendo perdido más del 5% del peso el 63% de los pacientes. El 46% de los pacientes redujeron la HbA1c más de un 1%, hecho particularmente relevante si tenemos en cuenta que el 30% tenía una glicada < 7% al inicio del tratamiento.

Conclusiones: Un programa de seguimiento precoz solvento dudas de pacientes y aseguro el adecuado cumplimiento dando como resultado una muy baja tasa de abandono del fármaco y unos resultados ponderales y metabólicos óptimos.

P-072. ¿Y SI MIENTE? GESTIONAR UNA SITUACIÓN EMBARAZOSA SIN PERDER EL PACIENTE

J.J. Tur Ortega

Hospital Can Misses, Ibiza, España.

Introducción: En las primeras décadas del siglo pasado se detectó la necesidad de prestar una adecuada educación a las personas con diabetes. En 1972 Leona Millar, oficializó la educación diabético-lógica como parte del tratamiento de la diabetes. Durante esta relación paciente-profesional, nuestra alerta se ve desafiada por factores como: Excesiva preocupación por los datos, demandas del entorno asistencial, fallos en la tecnología, e incluso estar más pendiente de uno mismo que del protagonista de la educación terapéutica: el paciente. En ocasiones después de verificar los seis factores que influyen en el incumplimiento terapéutico, puede existir la duda razonable: ¿y si miente? Y si la respuesta es afirmativa: ¿cómo lo gestiono?

Objetivos: Describir un caso en el que las técnicas de comunicación terapéutica y la tecnología, posibilitan la identificación de falsos datos y favorecen la recuperación de la paciente para responsabilizarse de su autocuidado.

Material y métodos: Glucómetro Contour next (Ascensia Diabetes Care). Registro en papel con límites de los controles. *Software* de gestión glucocontrol (<https://glucocontrol.es>). Ascensia Diabetes Care. Protocolo de DMG del Hospital Can Misses. En la primera con-

sulta posdebut la paciente presentó un registro en papel con un 53% de cifras de glucosa acabadas en cero y cinco. Además de controles antes del desayuno y posprandiales de DE-CO-CE, rellenó los campos correspondientes a cuerpos cetónicos en orina y TA, peso y cita con cifras de glucemia. Durante la entrevista la persona se mostraba poco dispuesta a la comunicación, con monosílabos por respuesta, sin mantener contacto ocular y presentando mínima gestualidad. Le solicité glucómetro para la segunda visita. A la semana siguiente no lo aportó y siguió presentando controles escritos de las mismas características. Recalcando la importancia de aportarlo, y la necesidad de procesar los datos con *software* para una adecuada monitorización de la glucemia, en la tercera visita lo trajo. Gracias al *software* glucocontrol pude constatar que no se había hecho ningún control hasta el día de la segunda visita. Viendo los datos y sin mencionar su mentira, procedí a insulinar a la mujer.

Resultados: La mujer, sin sentirse culpabilizada, siguió su autocuidado y dio a luz sin más complicaciones, cumpliéndose los objetivos de la asistencia.

Conclusiones: El uso de la tecnología y su integración con las técnicas de comunicación terapéutica, favorecieron la detección de datos falsos y la recuperación de la paciente para responsabilizarse de su autocuidado.

P-073. ¿PODEMOS DETERMINAR QUE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA PROGRAMADA DE DIABETES ESTÁN LO SUFICIENTEMENTE ACTUALIZADOS PARA CONOCER EL ESTADO DE NUESTROS DIABÉTICOS Y SABER SUS NECESIDADES TRAS LA PANDEMIA?

I. Río Moso^c, I. García Herrero^a, M.D. García García^b y C. García Giménez^b

^aEAP Fuente Álamo, Murcia, España. ^bHospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, España. ^cEAP La Manga, Cartagena, España.

Introducción: Durante la pandemia se modificó la forma de controlar a nuestros pacientes desde atención primaria. Es por ello por lo que hemos pensado en comparar la forma anterior a la pandemia con la situación actual, que ya podemos considerar normal.

Objetivos: Comparar los registros del tiempo de pandemia con los de la actualidad para detectar los puntos que debemos mejorar dentro de los programas de crónicos en diabetes.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal observacional retrospectivo. Estudiaremos los registros en 2 centros de salud, uno rural y otro de emplazamiento turístico, elegimos las fechas de: enero-21, enero-22 y septiembre-22. Los pacientes los clasificaremos para la comparativa en cuanto a su tipo de tratamiento, así tendremos: Sin tratamiento, ADO, solo insulina y ADO + insulina. Y valoraremos: los registros de HbA1c y de IMC. En cuanto a valores de IMC, clasificaremos en 2 grupos, los que son menores o iguales a 25, y los mayores.

Tabla P-073

	Enero 21		Enero 22		Diferencias	
	Rural (26,33%)	Turístico (23,77%)	Rural (38,37%)	Turístico (27,70%)	Rural (12,04%)	Turístico (3,93%)
Sin tratamiento	70,83%	75%	64,51%	100%	- 6,62	25
ADO	54,14%	54,05%	52,98%	69,84%	-1,16	15,79
Insulina	33,33%	20%	21,73%	25%	-11,6	5
Insulina + ADO	15,38%	0	20%	40%	4,62	40
Sin clasificar	56,71%	69,11%	56,70%	75%	0	5,89

Resultados: El déficit de valores registrados es notable, en ambos centros de salud en enero-21 empezamos con solo tener aproximadamente el 25% de pacientes con glicada registrada, y aumenta hasta que en septiembre-22 llegamos casi al 50% el porcentaje de pacientes que disponen del valor de glicada registrada. En cuanto a totales, encontramos que en el rural en enero-21 tenemos un 86,76% de pacientes con control metabólico desconocido o mal control, 81,30% en enero-22 y un 76,31% en septiembre-22. El de emplazamiento turístico registró: en enero-21 85,94%, en enero-22 un 80,79% y en septiembre-22 un 74%. En cuanto a según tratamiento y teniendo en cuenta solo de los que disponemos valores: No existen registros por tipo de tratamiento en septiembre-22. Porcentaje de pacientes con glicada < 7%. En la tabla vemos que mientras en uno de los centros los porcentajes de pacientes con buen control metabólico aumenta, en el otro disminuye, pero el porcentaje de pacientes de los que disponemos de control es al contrario, es decir, si aumentamos el número de pacientes de los que sabemos la Glicada, peores son los datos. En cuanto al IMC, en todos los casos los valores superiores a 25 o IMC desconocido ronda el 90%.

Conclusiones: Los registros de nuestros pacientes siguen disminuyendo desde la pandemia hasta la actualidad y debemos aumentar el control y registro de datos de nuestros pacientes para poder determinar exactamente cuál es su estado y necesidades.

P-074. VIGILANCIA ESTRECHA Y EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA CLAVES PARA EL BUEN CONTROL GLUCÉMICO

F.V. Villafañe Sanz

Centro de Salud Arturo Eyries, Valladolid, España.

Caso clínico: Paciente de 38 años con diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) de 24 años de evolución, retinopatía diabética e hipotiroidismo. Antropometría: peso 65 kg, IMC 21 kg/m². Tratamiento: insulina basal degludec 36 UI, bolos de insulina Fiasp 6+6+4 y corrección de 1,5 UI/ración de carbohidratos (HC). Levotiroxina sódica 88 µg diarios. Portadora de sistema de monitorización *flash* de glucosa. Autogestiona su DM. Presenta la siguiente glucometría en la revisión de rutina con su endocrino de referencia (tabla, Primera consulta). La mediana de glucemia se dibuja por encima de 180 mg/dL todo el día y picos postprandiales de desayuno y comida. Primer paso: resolver la hiperglucemia. Se analizan sus causas: Exploración física: no lipodistrofias. Buena técnica de inyección. El purgado de la aguja correcto. Utiliza dos agujas diarias, una para insulina basal y otra para las prandiales. Transmite miedo a hipoglucemias. Se inyecta Fiasp al momento de comer, aunque si se la olvida lo hace durante la comida. Las causas del mal control serían: dosis de insulina basal y prandial insuficientes e ingesta de HC superior a la dosis de insulina prandial. Se acuerda: insulina basal glargina 40UI. Titulación de dosis: si glucemia basal ≥ 150 mg/dL 3 días seguidos, +4 UI. Si una < 80 mg/dL, -2 UI. Administrar Fiasp 10 minutos antes de iniciar ingesta. Educación diabetológica intensiva. 10 semanas después acude. Ha estado en seguimiento próximo con su médico de familia, quien la ha guiado en la titulación de dosis. Ahora se inyecta 48 UI diarias. Resto igual. No hipoglucemias. Psicológicamente bien. En la glucometría se observa mejoría (tabla, segunda consulta). La mediana de glucemias diarias se mantiene entre 180-70 mg/dL prácticamente todo el día. Aunque los picos hiperglucémicos han disminuido, se sigue observando uno en el momento posprandial en comida.

Discusión: Un seguimiento estrecho para ayudar a gestionar preocupaciones y dudas sobre el manejo de la DM es importante, lo mismo que la adecuada adherencia terapéutica y la educación diabetológica para adquirir mayor autonomía y conocimientos hacia el tratamiento de la enfermedad.

Evolución de la glucometría en cada una de las consultas que realiza la paciente durante el seguimiento de la enfermedad

	Primera consulta	Segunda consulta
Indicador de glucosa	8,4	7,0
Coefficiente de variabilidad	33,4	30
Tiempo en rango	35%	69%
Tiempo bajo el rango	1%	2%
Hipoglucemia grado 2	0	0
Tiempo sobre el rango	64%	29%
Hiperglucemia grado 2	34%	3%

TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 1

P-075. RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONTROL GLUCÉMICO EN DIABETES *MELLITUS* TIPO 1 Y RASGOS DE PERSONALIDAD, AUTOESTIMA Y ESTRÉS PERCIBIDO: ESTUDIO DESCRIPTIVO

C. Grau del Valle, N. Bosch Sierra, J.F. Marco Expósito, L. Pelufo Guerrero, E. Solá Izquierdo, C. Morillas Ariño y C. Bañuls Morant

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Introducción: Ciertos rasgos de personalidad, autoestima y estrés percibido se asocian con la diabetes *mellitus* tipo 1. Por tanto, identificar la relación entre estas variables podría ser de gran utilidad para lograr un adecuado control glucémico y una mayor optimización del tratamiento.

Objetivos: Evaluar si existe una asociación entre ciertos rasgos de personalidad, autoestima y estrés percibido con la adherencia al tratamiento y el control glucémico en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 1.

Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a pacientes con diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) atendidos en el Hospital Universitario Doctor Peset (Sección de Endocrinología y Nutrición). Las variables psicológicas se evaluaron mediante; Cuestionario de Autoestima de Rosenberg, Estrés Percibido (PSS), Autoeficacia de Baessler y Schwarzer, Adherencia al tratamiento en DM1 y la Escala NEO-FFI para rasgos de personalidad. También se evaluaron marcadores de control glucémico (HbA1c).

Resultados: Se estudiaron a 107 sujetos con DM1 (53,3% mujeres, edad media 41 ± 12,2 años, IMC 25,5 ± 3,6 kg/m² y HbA1c 7,8 ± 1,2%). Más del 90% de los pacientes tuvieron una buena o muy buena adherencia al tratamiento, mientras que un 5,8% y 2,9% presentaron una regular o mala adherencia, respectivamente. Además, los pacientes con menor adherencia tuvieron mayor nivel de HbA1c (p < 0,001). Respecto a la asociación con rasgos de personalidad, la adherencia al tratamiento se correlacionó estadística y significativamente con amabilidad (r = 0,223; p < 0,024) y responsabilidad (r = 0,331; p < 0,001) y negativamente con neuroticismo (r = -0,238; p < 0,016). En cuanto a la autoestima, el 11,1% y 6,1% presentaban una media y baja autoestima, respectivamente. Los pacientes con autoestima alta se asocian con una mayor adherencia al tratamiento (p < 0,015). Por último y con respecto al estrés percibido, se observó una correlación positiva estadísticamente significativa con la HbA1c (r = 0,243, p < 0,05). En cambio, aunque mostró una tendencia, no se observó relación estadística entre el estrés percibido y la adherencia al tratamiento (r = -0,188; p < 0,062).