

estudio se ha realizado con 27 pacientes que llevaban un año utilizando el sensor de monitorización de glucosa intersticial tipo *flash*. Justificación La utilización de nuevas tecnologías aplicas al control de la diabetes deben estar ligadas a la educación terapéutica, para el buen aprovechamiento de las mismas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**Objetivos:** Analizar los parámetros estandarizados de la monitorización continua de glucosa intersticial tipo *flash* (MCG/*flash*), en pacientes mayores de 14 años con diabetes tipo 1, en tratamiento con múltiples dosis de insulina (terapia basal-bolo) y habiendo recibido actualización en educación diabetológica.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio cuasiexperimental con pacientes a los que se les ha prescrito la utilización de sensor de monitorización de glucosa intersticial tipo *flash* mayores de 14 años con diabetes tipo 1. Se ha recopilado la determinación realizada de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) antes de implantar el primer sensor, los datos de los parámetros estandarizados en el informe de perfil ambulatorio de glucosa (AGP) al mes de utilizar el sensor y el informe AGP al año de utilizar sensor. Antes de comenzar a usar la monitorización tipo *flash*, los pacientes han vuelto a actualizar los conocimientos en educación diabetológica, utilizando como estímulo motivador el uso del sensor. Las sesiones de educación terapéutica impartidas han versado por orden de prioridad: Plan de alimentación por raciones. Funcionamiento de las insulinas. Procedimiento de implantación y retirada del sensor. Obtención e interpretación de los datos (valores numéricos y tendencias). Limitaciones de la información aportada por el dispositivo. Situaciones en las que debe realizarse la medición de la glucemia capilar. Prevención y manejo de complicaciones agudas.

**Resultados:** Se ha comparado estadísticamente los parámetros estandarizados de MCG/*flash* obtenidos en el informe AGP originado al mes de utilizar el sensor y el informe AGP originado por el sensor al año de utilización. Así como la hemoglobina glicosilada realizada previa al uso del sensor y al año.

**Conclusiones:** El uso de la MCG/*flash* mejora el control de la diabetes tipo 1 en pacientes que ya conocen y manejan adecuadamente su enfermedad. Pese a la escasa potencia estadística del estudio, debido al pequeño número de participantes, se observa un mejor control de la diabetes sin aumento del tiempo en hipoglucemia y ha permitido, en casos individuales, una mejoría franca del control glucémico.

## OTROS

### P-190. ¿EXISTEN OPCIONES SALUDABLES EN LAS MÁQUINAS DE VENDING DEL HOSPITAL DE DEBAGOIENA?

Z. Marzan Usandizaga<sup>a</sup> y A. Lasa Elguezua<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud de Arrasate, Arrasate, España. <sup>b</sup>Euskal Herriko Unibertsitatea-Universidad del País Vasco (EHU/UPV), Vitoria-Gasteiz, España.

**Introducción y objetivos:** Las estrategias que abordan acciones ante los determinantes de salud buscan un efecto positivo sobre la salud. Entre dichos determinantes los estilos de vida son uno de los que más influye en la salud, además se relacionan con una menor aparición de enfermedades no transmisibles. El Plan de Salud del Gobierno Vasco contempla en este sentido la promoción de la salud y los entornos y conductas saludables. Dentro de esta área se encuentra el proyecto Gosasun. Dicho proyecto promueve que los pro-

ductos de las máquinas de *vending* (MV) contribuyan a una alimentación saludable y por ello al menos el 50% de los productos deben ser saludables. Los criterios nutricionales son valor energético < 200 kcal, grasas < 35%, ácidos grasos trans ausentes, azúcares totales < 30%, sal < 0,5 g. El objetivo es analizar si los productos de las MV del Hospital de Debagoiena cumplen con los criterios del proyecto Gosasun.

**Material y métodos:** Se analizaron todas las máquinas con venta de bebidas y/o alimentos que están disponibles en las distintas áreas del Hospital. Los criterios de inclusión incluyen productos con etiquetado nutricional. 31 alimentos y 6 bebidas cumplen con dichos criterios. Se valoraron los siguientes aspectos: disponibilidad de los productos: tipo de producto y alimento, ubicación, huecos que ocupa en la MV; precio del producto por kilo o litro de unidad; nivel de procesamiento según la clasificación NOVA; perfil nutricional: etiquetado nutricional (aporte energético, grasas totales, azúcares totales, proteínas y sal) y estos han sido comparados con los criterios del proyecto Gosasun y listados de ingredientes (en alimentos sólidos): número de ingredientes, presencia de azúcares añadidos, cereales integrales y el porcentaje de estos.

**Resultados:** El espacio destinado a cada grupo de alimento fue el siguiente: snacks 17%; galletas 15%; bollería 7%; cereales y derivados 15%; ensaladas: 5%; sándwich: 15%; caramelos/chicles: 7%; bebidas: 12% y agua: 7%. De todos los productos analizados el 89% eran productos ultraprocesados, 8% procesados, 3% frescos sin procesar. Sin embargo, el 31% de los productos estaban identificados como saludables. Al analizar el listado de ingredientes se observó que únicamente 3 productos tenían menos de 5 ingredientes; 5 productos no tenían azúcares añadidos y los 5 productos integrales, tenían menos de 60% de cereales integrales. Entre todos los productos el 9% cumplía todos los criterios del proyecto Gosasun, el 43% cumplía solo los criterios del aporte energético; y el 60%, 80% y 51% cumplían los criterios del contenido de grasas, azúcares y sal respectivamente.

**Conclusiones:** En general, los productos de las MV del Hospital de Debagoiena no eran saludables y estaban mal etiquetados. Se requieren acciones para mejorar el tipo y la calidad nutricional de las MV.

### P-191. UNIDADES MULTIDISCIPLINARES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: ¿CONSIGUEN SUS OBJETIVOS?

N. Jiménez López<sup>a</sup>, G. Allo Miguel<sup>a</sup>, E. García Fernández<sup>a</sup>, J. García Alonso<sup>b</sup>, S.A. Furió Collao<sup>a</sup>, G. Martínez Diaz-Guerra<sup>a</sup> y M. León Sanz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. <sup>b</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

**Introducción y objetivos:** Los pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) y enfermedad coronaria (EC) presentan un elevado riesgo cardiovascular (RCV); siendo fundamental la prevención secundaria para evitar el desarrollo de nuevos eventos. Con este fin se están desarrollado las unidades multidisciplinares de RCV (UM-RCV), con un papel central del endocrinólogo. Nuestro objetivo es confirmar si la atención de pacientes con EC y DM2 en una UM-RCV asegura una mejoría en cuanto a la consecución de los objetivos de control de diferentes factores de RCV, comparado con la atención estándar.

**Material y métodos:** 60 pacientes, con antecedentes de DM2 y EC previa, en seguimiento en la UM-RCV del Hospital 12 de Octubre, Madrid. Variables estudiadas: sobrepeso/obesidad; HbA1c < 7%; colesterol LDL (c-LDL) < 55 mg/dl; tensión arterial (TA) < 130/80 mmHg. Así mismo, se evaluó el porcentaje de uso de distintos grupos de fármacos antidiabéticos. El porcentaje de consecución de los diferentes objetivos de control secundario se comparó con los datos obtenidos en el registro EUROASPIRE V. Estadística: chi-cuadrado;  $p < 0,05$  se consideró estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se incluyeron 47 varones y 13 mujeres. Edad media:  $64,33 \pm 10,23$  años. Se obtuvieron valores medios de IMC  $29,15 \pm 2,46$  kg/m<sup>2</sup>; c-LDL  $57,66 \pm 27,95$  mg/dL; HbA1c  $8,73 \pm 10,20\%$ ; TA sistólica y diastólica  $132,10 \pm 22,05$  mmHg y  $75,08 \pm 10,96$  mmHg respectivamente. El objetivo de control de TA y c-LDL se logró en un porcentaje significativamente mayor de pacientes de la UM-RCV que en los del registro EUROASPIRE V. TA:  $69,81$  vs.  $37,40\%$ , IC95%,  $p < 0,001$ ; c-LDL:  $77,35$  vs.  $48,40\%$ , IC95%  $p < 0,001$ . Además, existía un menor porcentaje significativo de pacientes con sobrepeso/obesidad ( $75,47$  vs.  $88,50\%$ , IC95%  $p = 0,001$ ). No existió diferencia significativa en la HbA1c. Con respecto al uso de fármacos, fue significativamente mayor en nuestra cohorte el uso de metformina ( $83,01$  vs.  $60,00\%$ , IC95%  $p < 0,001$ ), iSGLT2 ( $73,58$  vs.  $1,00\%$  IC95%  $p < 0,001$ ), iDPP4 ( $49,05$  vs.  $10,00\%$  IC95%  $p < 0,001$ ), y arGLP1 ( $56,60$  vs.  $1,00\%$  IC95%  $p < 0,001$ ), sin diferencias con la insulina.

**Conclusiones:** Los pacientes de nuestra UM-RCV presentaban mayores tasas de control de la mayoría de los factores de RCV (exceptuando la HbA1c) que los incluidos en el estudio EUROASPIRE V. Asimismo, el porcentaje de uso de fármacos antidiabéticos que han demostrado reducción del RCV (arGLP1, iSGLT2) también era mayor. Nuestros datos apoyan la utilidad de las UM-RCV en pacientes con muy alto RCV, aunque el control del RCV sigue siendo subóptimo.

#### P-192. ESTUDIO PILOTO: IMPACTO DEL CONOCIMIENTO DE LOS PARÁMETROS DE CALIDAD SEMINAL SOBRE LAS VARIABLES GLUCOMÉTRICAS EN VARONES JÓVENES CON DM1

A. García Piorno, I. Losada, G. Pérez López, J. Atencia Goñi, V. Andía, M. Bescós Pérez, A. Castellanos y O. González Albarrán

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

**Introducción:** Los problemas reproductivos son una complicación común pero poco estudiada de la diabetes. Abarcan en el varón la alteración del ciclo espermático (incluyendo alteración de parámetros de calidad seminal), subfertilidad-infertilidad, entre otras. Las células germinales necesitan glucosa y lactato, que se convierte a partir de glucosa y es suministrado por las células de Sertoli. La hipoglucemia inducida por insulina afectan la espermatogénesis por inducción de apoptosis, mientras que la hiperglucemia (variabilidad glucémica) origina alteración de la membrana hematotesticular y disrupción de la espermatogénesis.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de alteraciones en el seminograma en hombres con DM1. Valorar el impacto bidireccional entre el control metabólico y con la calidad seminal.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo-transversal. Se formaron 2 grupos de varones con DM1, con edades entre 20-35 años y MDI atendidos en consultas de Endocrinología hospitalaria y en centros de especialidades periféricos (CEP): A) TIR < 50% + TAR > 50% y B) TIR > 75% con GRI > 41. Se determinó la calidad seminal al inicio, y se valoraron los parámetros glucométricos al inicio y tras 6 meses de seguimiento en ambas muestras. Los parámetros glucométricos se compararon con la t de Student.

**Resultados:** En el grupo A se reclutaron a 22 pacientes (edad  $24,5 \pm 4,9$  años y duración de la diabetes de  $12,7 \pm 3,2$  años). El TIR medio fue de 25,2% y el TAR medio 73,3%. El 90,9% presentó hipospermia y el 68,2% oligoastenozoospermia. En el grupo B se incluyeron 28 pacientes (Edad  $26,5 \pm 7,9$  años y duración de la diabetes de  $6,2 \pm 1,5$  años). El TIR medio fue de 82,1% y el GRI medio 48. El 71,4% presentaron hipospermia y el 100% teratoastenozoospermia. A los 6 meses tras el seminograma, en el grupo A se observó mejoría del TIR (+25%) y del TAR (-26,5%);  $p < 0,005$ . En el grupo B, el TIR se mantuvo estable (-4%,  $p = ns$ ) con mejoría del GRI (-6%) y reducción del

TBR (-11,4%);  $p < 0,05$ . La adherencia a las recomendaciones terapéuticas fue mayor a los 6 meses en ambos grupos (A: +40%;  $p < 0,001$ . B: +50%;  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren la importancia que tiene la fertilidad en estos grupos de varones jóvenes con DM1 que se traduce en la mejoría de los parámetros glucométricos tras conocer la calidad seminal. Queda pendiente reevaluar si esta mejoría del control lleva a la mejoría de los parámetros seminales.

#### P-193. CIRCUITO DE DIABETES NO CONOCIDA O MAL CONTROLADA DESDE EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Soriano Arroyo, M.A. Rivera Núñez, M.C. Montes Castillo, M.R. Torres Santos-Olmo, A.C. García Álvarez, A.L. Qasem Moreno y N. González Pérez de Villar

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

**Introducción y objetivos:** La aparición de eventos centinela en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel tras la atención de pacientes que acudieron por distintas patologías y presentaron al alta cifras de hiperglucemia sin indicación de despistaje de diabetes *mellitus*, motivó la creación de un circuito de diabetes. El objetivo principal fue identificar diabetes no conocida y diabetes mal controlada.

**Material y métodos:** Durante el período de estudio (11 noviembre 2022 a 17 enero 2023) se identificaron los pacientes con glucemias > 200 mg/dL sin HbA1c en los 4 meses previos a través de una alerta del laboratorio. Las variables cuantitativas fueron expresadas como medias y su correspondiente medida de dispersión y las variables cualitativas como porcentajes. Se utilizó test de Student para comparar variables cuantitativas. Para comparar otras variables cualitativas se utilizó el test de chi cuadrado. Un valor de  $p < 0,05$  se consideró estadísticamente significativo. El análisis se realizó utilizando el programa SPSS 32,0.

**Resultados:** Tras la asistencia de 28,716 pacientes, 264 pacientes presentaron glucemia >200 mg/dL sin HbA1c previa. La edad media fue de  $72,07 \pm 17,87$  años con rango entre 18 a 101 años. Un 78,4% de los pacientes (207) eran diabéticos tipo 2, un 4,5% (12) diabéticos tipo 1 y un 16,7% (44) diabéticos no conocidos. Un 38,3% de los pacientes precisaron ingreso. El 15,5% de los pacientes presentó un valor de HbA1c entre 6,5-7%; el 47,7% de 7,1-8,5%, el 17,4% de 8,6-10%, y el 18,9% presentaron HbA1c >10%. La edad media de los diabéticos conocidos fue  $72,87 \pm 17,5$  comparada con  $67,95 \pm 19,36$  de los diabéticos no conocidos ( $p = 0,099$ ). El 48,8% de los diabéticos no conocidos ingresaron comparado con el 36,4% de los pacientes diabéticos conocidos ( $p = 0,087$ ). El 13,6% de los diabéticos en comparación con 25,6% de los diabéticos no conocidos presentaban nivel de HbA1c < 7% ( $p = 0,066$ ). En el rango de HbA1c >10% el 70% fueron alta domiciliaria comparado con el 30% que ingresaron ( $p = 0,226$ ). El 25,6% de los diabéticos no conocidos presentó HbA1c >10% en comparación con el 17,7% de los diabéticos conocidos ( $p = 0,06$ ). Un 26% de los pacientes se derivaron a continuidad asistencial, un 34% requirió aviso telefónico por HbA1c muy elevadas, en el 32,7% se realizó una nota clínica durante el ingreso, el 3,8% fue valorado por endocrinología y fallecieron 2,7% durante el período de estudio.

**Conclusiones:** Existe un considerable infradiagnóstico de diabetes *mellitus* en pacientes con un perfil más joven y peor control metabólico, además de un deficiente control glucémico en diabéticos conocidos subsidiario de intervención médica. La mayor parte de los pacientes fueron asistidos mediante aviso telefónico y continuidad asistencial. Hay mayor tendencia de ingreso en diabéticos no conocidos y mayor tendencia de alta hospitalaria en pacientes con riesgo muy elevado de complicaciones.

**P-194. EFECTO HIPERGLUCEMIANTE Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO TRAS EL INICIO DE TERAPIA CON ALPELISIB**

M. Martí Martínez, X. Ayarza-Marien Arrizabalaga, J. Yoldi Urdiroz, J. de Carlos Artajo, M. García Mouriz, F.J. Basterra Gortari y M.J. Goñi Iriarte

Hospital Universitario de Navarra, Barañain, España.

**Objetivos:** El alpelisib es un fármaco recientemente desarrollado para el tratamiento de ciertos subtipos de cáncer de mama. Su mecanismo de acción consiste en la inhibición de la vía de la PI3K (fositidilinositol 3-kinasa) y dada la importancia de esta vía de señalización en la acción de la insulina, no es de extrañar que uno de sus principales efectos adversos sea la hiperglucemia. El objetivo del presente estudio es valorar el grado de hiperglucemia y los cambios en las necesidades de tratamiento antidiabético que se producen en el primer mes tras el inicio de alpelisib junto con fulvestrant.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo en el que se seleccionaron 6 mujeres con carcinoma de mama metastásico con receptores hormonales positivos, HER2 negativo y PI3K mutado que iniciaron tratamiento con alpelisib. Se evaluó la HbA1c y el tratamiento previo al inicio y 1 mes después de haber comenzado la terapia con alpelisib, todas ellas con la dosis de 300 mg/día.

**Resultados:** En la tabla se resumen los resultados obtenidos. Todas las pacientes empeoraron su control glucémico, siendo la media de aumento de HbA1c en el primer mes de tratamiento con alpelisib de 1,27%. Todas ellas precisaron inicio o intensificación del tratamiento antidiabético salvo el caso nº 2.

**Conclusiones:** Cuando se inicia un tratamiento con alpelisib hay que tener en cuenta que la hiperglucemia es un efecto adverso que aparece con mucha frecuencia y desde el inicio del tratamiento. En la mayoría de casos se precisará algún tipo de tratamiento antidiabético por lo que la comunicación entre oncólogos y endocrinólogos es fundamental. Las limitaciones de este trabajo consisten en el escaso tamaño muestral, la heterogeneidad de los casos y la dificultad del seguimiento a medio plazo, ya que 3 de las pacientes fallecieron a los pocos meses del inicio de la terapia y en el tercero de los casos descritos hubo que suspender el tratamiento debido al mal control glucémico. Se requieren más estudios en este campo para estandarizar el tratamiento antidiabético en estos pacientes y optimizar tanto los resultados oncológicos como metabólicos.

**P-195. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 3C SECUNDARIA A PANCREATITIS CRÓNICA EN ESPAÑA**

G. Rodríguez Carnero<sup>a,b</sup>, L. González Roza<sup>a,c</sup>, M.C. Serrano Laguna<sup>a,g</sup>, Á. Ortiz-Zúñiga<sup>a,d</sup>, A. Ballesteros Martín-Portugués<sup>a,e</sup>, M.M. Senent Capote<sup>a,e</sup>, M. Cuesta<sup>a,f</sup>, F. Hernández Olmeda<sup>a,f</sup>, S. Gutiérrez Medina<sup>a,h</sup>, A.M. Gómez Pérez<sup>a,i</sup>, R. Villar-Taibo<sup>a,b</sup> y M. Alejo Ramos<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Grupo de Trabajo de Jóvenes Diabetólogos de la Sociedad Española de Diabetes, España. <sup>b</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

<sup>c</sup>Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

<sup>d</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. <sup>e</sup>Hospital de Jerez, Jerez, España. <sup>f</sup>Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense, Madrid, España. <sup>g</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. <sup>h</sup>Clinica Universidad de Navarra, Madrid, España. <sup>i</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

<sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

**Introducción y objetivos:** La diabetes mellitus tipo 3c (DMT3c) se define como una disfunción en el control glucémico derivado de las enfermedades pancreáticas y representa el 5-10% de todos los casos de DM. Entre las etiologías de DMT3c, la pancreatitis crónica (PC) es la causa más frecuente. Los datos epidemiológicos de los que disponemos provienen de otros países y son series pequeñas que unen diferentes etiologías de la DMT3c lo que ha dificultado la generación de un conocimiento sólido sobre esta enfermedad. El objetivo de nuestro estudio fue la descripción de las características de los pacientes con DMT3c secundaria a PC atendidos en las consultas del Servicio de Endocrinología y Nutrición.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, multicéntrico que incluyó pacientes con DMT3c secundaria a PC según los criterios establecidos por Ewald y Bretzel, de más de un año de evolución atendidos en las consultas del Servicio de Endocrinología y Nutrición de 8 centros de la geografía española.

**Resultados:** Un total de 93 pacientes (71,7% hombres) fueron incluidos. Edad media (desviación estándar (DE)) de 59 años (11,6), el tiempo de evolución de la DMT3c fue de 7 años (7). El índice de masa corporal medio fue de 25,2 kg/m<sup>2</sup> (4,9). El 34,8% tenía DMT2 previa de 7,9 años (8) de evolución. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular (RCV) el 20,7% era fumador activo, el 48,9% presentaba dislipemia y el 47,8% hipertensión arterial. El 32,6% tenía complicaciones microvasculares (17,4% retinopatía, 17,4% nefropatía, 10,5%

Tabla P-194

Nº caso (edad)	Factores de riesgo	HbA1c inicial	Tratamiento inicial	HbA1c final	Tratamiento final
1) 52 años	Antecedente de diabetes gestacional Tío paterno DM2 GBA	5,8%	No	7,1%	Metformina 500 mg/12h Dapagliflozina 10 mg
2) 53 años	GBA	5,5%	No	5,9%	No
3) 47 años	DM2 (9 años de evolución) IMC 30 kg/m <sup>2</sup> Corticoides	7,9%	Vildagliptina 50 Mg + Metformina 850 Mg/12h	10,3%	Vildagliptina 50 mg + metformina 850 mg/12h Glargina U-100 30 UI Correcciones con glulisina
4) 73 años	GBA	5,9%	No	7,7%	Metformina 500 mg Linagliptina 5 mg Glargina U-100 12 UI
5) 62 años	GBA	5,5%	No	7,1%	Metformina 500 mg/12h Sitagliptina 100 mg
6) 60 años	No	5,4%	No	5,50%	Metformina 500 mg/12h

neuropatía) y el 17,4% macrovasculares (9,8% enfermedad arterial periférica, 7,6% insuficiencia cardiaca, 7,6% cardiopatía isquémica, 5,4% accidente cerebrovascular). Según las guías de práctica clínica de la *European Society of Cardiology (ESC)/European Atherosclerosis Society (EAS)* 2019 el 28,3% y el 43,5% eran de alto y muy alto RCV respectivamente. En la tabla se describen las características en relación con el tratamiento hipoglucemiante y control glucémico.

Tratamiento hipoglucemiante	
Antidiabéticos orales (%)	31,9
Insulina basal (%)	96,7
Degludec	12,4
Glargina U300	53,9
Glargina U100	27
Otros	6,7
Insulina preprandial (%)	63
Unidades totales diarias de insulina (media (DE))	38,7 (20,9)
Unidades totales diarias de insulina por kg de peso (media (DE))	0,54 (0,5)
Control glucémico	
A1c (%) (media (DE))	8 (1,5)
Monitorización flash de glucosa	
Glucemia media (mg/dL) (media (DE))	183,6 (55,8)
Tiempo en rango (%) (media (DE))	55,5 (25,6)
Tiempo por encima de rango (%) (media (DE))	43,1 (21,6)
Tiempo por debajo de rango (%) (media (DE))	2,8 (4,3)
Coeficiente de variación (%) (media (DE))	34,7 (6,7)

DE, desviación estándar.

**Conclusiones:** Los pacientes con DMT3c secundarios a PC de nuestro país son de alto/muy alto riesgo cardiovascular y presentan un subóptimo control metabólico.

#### P-196. INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DE DIABETES MELLITUS EN LOS CAMBIOS DE LA GRASA PREPERITONEAL MEDIDA POR ECOGRAFÍA NUTRICIONAL, EN UNA COHORTE DE PACIENTES QUE PRECISARON INGRESO EN UCI POR NEUMONÍA GRAVE COVID-19, DURANTE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE 6 MESES

V.J. Simón Frapolli, I. Vegas Aguilar, P. Guirado Peláez, B. Fernández Medina, R. Fernández Jiménez, F.J. Tinahones Madueño y J.M. García Almeida

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

**Introducción y objetivos:** La grasa preperitoneal es un tejido adiposo visceral ectópico con importante impacto metabólico proin-

flamatorio. El objetivo del presente trabajo es medir la grasa preperitoneal mediante ecografía nutricional al alta, 3 meses y 6 en una cohorte de pacientes que precisaron ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por neumonía grave COVID-19, y analizar las diferencias en función de la presencia o no de DM previa.

**Material y métodos:** Se realizó valoración morfológica completa a 76 pacientes que superaron ingreso en UCI por neumonía grave COVID-19, al alta, 3 meses y 6 meses. Posteriormente se compara la grasa preperitoneal medida mediante ecografía nutricional entre pacientes diabéticos y no diabéticos, mediante ANOVA para datos apareados (corregido mediante el test de Bonferroni).

**Resultados:** Estudio observacional prospectivo incluyendo 74 pacientes, 21 diabéticos y 53 no diabéticos.

**Conclusiones:** Durante el seguimiento, los pacientes sin diabetes presentan una disminución estadísticamente significativa en la grasa preperitoneal probablemente en relación con la resolución del cuadro infeccioso intercurrente (disminución de la PCR durante el seguimiento). En cambio, en los pacientes diabéticos se mantiene constante sin diferencias durante el seguimiento pese a la disminución progresiva de la PCR, lo que puede estar relacionado con el impacto metabólico crónico que produce la DM.

#### P-197. DIABETES TRAS PANCREATECTOMÍA

A.M. Moyano Sánchez, P. Pérez Reyes y C.M. Alzás Teomiro

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

**Introducción y objetivos:** La cirugía del páncreas puede empeorar el control glucémico en pacientes previamente diabéticos, y producir diabetes asociada a enfermedades del páncreas exocrino (3C). El objetivo fue analizar las variaciones en cuanto a control glucémico de los pacientes intervenidos mediante pancreatectomía, y establecer diferencias entre pacientes diabéticos y no diabéticos previa cirugía.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 52 pacientes intervenidos mediante pancreatectomía en el Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba) entre mayo 2021-2022 y su relación con la aparición de diabetes 3C y/o empeoramiento de su diabetes de base.

**Resultados:** 52 pacientes, 53,8% hombres, 46,2% mujeres. Edad media 61,5 años. 32,7% diagnosticados previamente de diabetes (70,6% DM tipo 2). 78,8% de intervenciones realizadas por causa tumoral, 36,5% mediante duodenopancreatectomía cefálica. El control glucémico medido mediante HbAc1 empeoró tras la cirugía pancreática [ $t$  2,65; ( $p$  0,021)], siendo la HbAc1 media durante el ingreso de 6,65% (DE 0,2) y al menos 6 meses después de la cirugía de 7,54% (DE 0,32). Tras realizar un análisis ajustado por la presencia o no de diabetes previa, se comprobó que estos valores continuaban siendo significativos en el grupo de pacientes con diagnóstico de DM previo a la cirugía. HbAc1 previos a la cirugía 6,76% (DE 0,2) y 6 meses después de la cirugía 7,86% (DE 0,4) [ $t$  2,56; ( $p$  = 0,033)]. La reserva pancreática medida mediante péptido C determinada al ingreso fue de 1,91ng/ml (DE 0,69) y 6 meses después de la cirugía 1,7 ng/ml (DE 0,47). Pacientes sin diabetes previa diagnosticada tenían unos valores de péptido C

Tabla P-196

	Basal	3 meses	6 meses	<i>p</i> global (a,b,c)
Grasa preperitoneal (no DM) (cm)	0,856 (0,5)	0,671 (0,5)	0,469 (0,3)	0,011 (0,056,0,092,1,000)
Grasa preperitoneal (DM) (cm)	0,503 (0,3)	0,469 (0,3)	0,538 (0,4)	0,859 (0,848,0,975,1,000)

a = significación estadística basal-3 meses ( $p$  < 0,05). b = significación estadística basal-6 meses ( $p$  < 0,05). c = significación estadística 3 meses-6 meses ( $p$  < 0,05).

previa a la cirugía de 2,04 ng/ml (DE 1,02) y 6 meses después de la cirugía de 1,85 ng/ml (DE 0,6). Pacientes diabéticos previa cirugía tenían valores de péptido C de 1,65 ng/ml (DE 0,73) antes de la misma y 6 meses después de 1,41 ng/ml (DE 0,89). Aunque se aprecia una tendencia de disminución de la reserva pancreática, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las cifras de péptido C previos y posteriores a la cirugía pancreática ( $p = 0,76$ ), tampoco entre pacientes diagnosticados de DM previamente o no ( $p = 0,42$  y  $p = 0,19$ , respectivamente). Cabe destacar que un 55% ( $n = 29$ ) de los pacientes intervenidos no tuvieron seguimiento por Endocrinología durante ni después del ingreso, y que de los mismos, solo un 17% tuvo un control de péptido C posterior a la cirugía.

**Conclusiones:** El control glucémico de los pacientes de nuestra cohorte empeoró significativamente tras la cirugía pancreática. Este empeoramiento fue más evidente en aquellos pacientes diagnosticados de diabetes previa. Se aprecia una menor reserva pancreática medida mediante la determinación de péptido C tras la cirugía pancreática, aunque en la mayoría de los pacientes que no tuvieron seguimiento por Endocrinología posterior, no se determinó.

#### P-198. CAPACIDAD DIGITAL Y CALIDAD DE VIDA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1

B. Ramos Bachiller, M. Antequera González, M. Saavedra Vásquez, L. González Roza, E. González Arnaiz, D.E. Barajas Galindo y M. Ballesteros Pomar

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

**Introducción:** La importancia de la capacidad digital del paciente con diabetes mellitus radica en una mayor habilidad en el manejo de herramientas digitales aplicadas al control glucémico que han demostrado un impacto positivo en los resultados clínicos y podrían tener impacto en la calidad de vida.

**Objetivos:** Establecer las capacidades digitales y las características de un grupo de pacientes con diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1), así como su relación con la calidad de vida.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal de pacientes con DM1, mayores de 18 años, a los que se inicia monitorización Freestyle Libre®, reclutados entre el 1 de marzo de 2020 y el 1 de junio de 2022. La capacidad digital se definió por medio del Cuestionario Cambados (Barajas Galindo *et al.*, J Healthcare Qual Res). Se dividió a la muestra en: nulas capacidades (0-5 puntos), nivel básico (6-10 puntos), medio (11-15 puntos) y avanzado ( $> 15$  puntos). Se recogieron variables: edad, sexo, nivel de estudios, años de diabetes, HbA1c y entorno social. Asimismo, se evaluó la calidad de vida por medio del Diabetes Quality of Life Measure (DQoL) (Millán *et al.*, Endocrinología y Nutrición 2002), el cual consta de cuatro apartados: "satisfacción", "impacto", "preocupación social" y "preocupación relativa a la diabetes". La puntuación total es de 215 puntos, a mayor puntuación, menor calidad de vida.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 273 pacientes. En el grupo de nulas capacidades digitales se clasificaron 53 pacientes, 72 en el nivel básico, 112 en nivel medio y 36 con nivel avanzado. Se encontraron diferencias significativas en la edad ( $p = 0,000$ ), a mayor edad, menores capacidades tecnológicas; entorno social ( $p = 0,002$ ), a mayores competencias tecnológicas viven de manera independiente, y nivel de estudios ( $p = 0,000$ ); presentando mayor prevalencia de estudios superiores los pacientes con mayor capacidad digital. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, duración de la diabetes, entorno ni Hb1AC. En cuanto a la calidad de vida, no se encontraron diferencias significativas en la puntuación global. Por apartados, se encontraron puntuaciones más elevadas en "preocupación social" ( $p = 0,042$ ) en pacientes con mayores capacidades tecnológicas.

**Conclusiones:** En nuestra muestra los pacientes con un nivel tecnológico superior son más jóvenes, con mayor nivel educativo y tienden a vivir de manera independiente. Asimismo, muestran una mayor preocupación social en relación con su enfermedad.

#### P-199. EL CONTROL GLUCÉMICO PREVIO COMO FACTOR PRONÓSTICO EN INFECCIÓN SARS-COV-2

M. Alpañés Buesa

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España.

**Introducción y objetivos:** El diagnóstico de diabetes previo es uno de los factores de riesgo conocidos para sufrir una infección COVID complicada. No hay estudios en España que indiquen el valor pronóstico que tiene el control glucémico previo al ingreso. El objetivo con este estudio es conocer si los pacientes con peor control glucémico (medido como hbA1C) y con mayor glucemia al ingreso tenían un peor pronóstico.

**Material y métodos:** Analizamos los datos de 2.473 pacientes (956 mujeres), ingresados en el Hospital Universitario Puerta de Hierro por infección SARS-CoV-2 durante el año 2020. De estos 2.473 pacientes, 460 (18,6%) tenían diagnóstico previo de diabetes.

**Resultados:** Durante el ingreso 169 pacientes (6,8%) requirieron ventilación mecánica, 205 (8,3%) precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos y 270 (10,9%) fallecieron. El diagnóstico previo de diabetes fue un factor determinante y se comprobó una relación estadísticamente significativa con el riesgo de ventilación mecánica, ingreso en UCI y muerte. Asimismo, se observó que una hbA1C  $\geq 8\%$  se asoció con un riesgo 2 veces superior de mortalidad durante ingreso. Una glucemia al ingreso  $\geq 200$  mg/dl se correlacionó positivamente con un mayor riesgo de ventilación mecánica, ingreso en UCI y un aumento de la mortalidad durante el ingreso. Resumen confirmando o refutando la hipótesis incluyendo estadísticas si proceden.

**Conclusiones:** El control glucémico previo al ingreso fue determinante en la evolución de los pacientes con diabetes ingresados por infección SARS-CoV-2.

#### P-200. VITAMINA D Y ALTERACIONES DEL METABOLISMO HIDROCARBONADO

J. Ávila López, L.M. Pimentel Alcántara, Ó.D. Mayo López, F. Febrer, H. González Navarro, S. Martínez Hervás y J.T. Real

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

**Introducción:** Estudios epidemiológicos han mostrado que niveles de vitamina D por debajo de la normalidad se han relacionado con el desarrollo de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. El objetivo general fue estudiar la implicación de los niveles de vitamina D en la presencia de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado.

**Material y métodos:** Se incluyó a 710 individuos de edades comprendidas entre los 18 y los 70 años, seleccionados por el método oportunístico, de entre la población atendida en consultas externas de un hospital del área metropolitana de Valencia. Se determinaron parámetros del metabolismo hidrocarbonado y vitamina D (25-OH vitamina D) mediante metodología estándar.

**Resultados:** Se observó que el 22% de la población estudiada presentaba niveles de vitamina D dentro de la normalidad. Por el contrario, el 41,2% presentaron insuficiencia y el 36,8% deficiencia de vitamina D. Los niveles de vitamina D se relacionaron significativamente de forma inversa con las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, tal y como se observa en la siguiente tabla, en función de los cuartilos de vitamina D. Además, los pacientes con diabetes presentaron niveles significativamente inferiores de vitamina D.

Tabla P-200

	Q1	Q2	Q3	Q4
Vitamina D (ng/ml)	12,9 ± 3,1	20,2 ± 1,8*	25,9 ± 1,8†	37,9 ± 8,1*†
Glucosa (mg/dl)	103,3 ± 29,1	101,8 ± 29,1	97,4 ± 22,2	93,1 ± 15,1*†
Insulina (μU/ml)	13,3 ± 9,1	11,4 ± 6,7	10,6 ± 7,3*	10,1 ± 6,1*
HOMA	3,6 ± 3,2	2,9 ± 2,4	2,7 ± 2,1*	2,4 ± 1,7*
HbA1c (%)	5,7 ± 0,8	5,6 ± 0,9	5,5 ± 0,8	5,3 ± 0,4*†

\*Diferencias significativas con respecto a Q1. †Diferencias significativas con respecto a Q2. ‡Diferencias significativas con respecto a Q3.

**Conclusiones:** Existe una elevada prevalencia de déficit de vitamina D en la población estudiada. Los niveles disminuidos de vitamina D se asocian con la presencia de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. Son necesarios más estudios para determinar si existe una relación causal.

#### P-201. ENFERMEDAD DE HIRATA SECUNDARIA A COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Lacarta Benítez

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

**Introducción:** La enfermedad de Hirata o síndrome autoinmune por insulina es una causa muy poco frecuente de hipoglucemia, habitualmente postprandial, asociada a hiperinsulinismo mayor a 500 UI/ml. Se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos contra la insulina endógena, y niveles de péptido C elevados pero en menor proporción que los niveles de insulina. Se asocia con otras enfermedades autoinmunes y la exposición reciente a ciertos fármacos. Se ha descrito también su asociación con ciertos alelos HLA-DR4, principalmente DRB1\*0406, DRB1\*0403 y DRB1\*0407, y con el grupo HLA Bw62/CW4,7. Se presenta el caso de una paciente que tomaba suplementos alimenticios como tratamiento de una meralgia parestésica, y que debutó con hipoglucemias reactivas postprandiales.

**Caso clínico:** Mujer de 52 años que ingresa para estudio de hipoglucemias sintomáticas de repetición que se repiten diariamente. Los episodios se producen a diario, varias veces al día, y le producen despertares nocturnos con sensación de hambre, parestesias bucales, sudoración profusa y temblores que desaparecen tras la ingesta. Se realiza analítica basal con glucemia 46 mg/dl, en la que se objetiva hiperinsulinemia 258 y anticuerpos antiinsulina positivos. Dado que los episodios no se producen claramente en contexto de ayunas, se decide realizar un test de desayuno. En dicha prueba, destaca niveles muy elevados de insulinenia (de hasta 1.409 UI/ml a los 180 minutos), con niveles de péptido C también elevados pero no en esa proporción (hasta 5,44 ng/ml). Posteriormente, se realiza un test de ayuno de 72h, que la paciente completa con buena tolerancia y sin objetivar hipoglucemias analíticas ni clínicas. Se realiza también TC abdominal, gammagrafía de receptores de somatostatina y ecoendoscopia, sin hallazgo de imágenes compatibles con insulínoma o nesidioblastosis. Ante los hallazgos de las pruebas, se pregunta a la paciente sobre la toma de fármacos relacionados con el síndrome autoinmune por insulina, quien refiere haber estado tomando durante dos meses un suplemento alimenticio para la meralgia parestésica que contiene ácido lipoico. Con alta sospecha de enfermedad de Hirata y para apoyar el diagnóstico, se solicita también tipaje HLA, con hallazgo de alelo DRB1\*0403, descrito en dicha enfermedad. Tras la retirada del ácido lipoico, se pauta tratamiento con diazóxi-

do y acarbosa, con desaparición de los episodios de hipoglucemia en las semanas siguientes.

**Discusión:** A pesar de ser una entidad muy poco frecuente y escasamente descrita, la enfermedad de Hirata debe sospecharse en pacientes con hipoglucemia postprandial en los que no se identifican otras causas y que presentan niveles extremadamente altos de insulina plasmática en este contexto. El antecedente de enfermedad autoinmune y la toma reciente de ciertos fármacos apoyan el diagnóstico.

#### P-202. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS Y LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS INGRESADOS POR COVID-19 EN UN HOSPITAL TERCIARIO Y DEL IMPACTO SOBRE EL CONTROL METABÓLICO

C. González Peiró, R. Sánchez Barrera, M. López Vázquez, M. Pérez Maraver y J. Caballero Corchuelo

Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, Hospitalet de Llobregat, España.

**Objetivos:** La diabetes mellitus (DM) es una comorbilidad frecuente en pacientes con COVID-19 y se ha asociado a un peor pronóstico. El objetivo del estudio es evaluar las características y la evolución de los pacientes con DM que ingresan en nuestro centro por COVID-19 y analizar el posible efecto sobre el control glucémico después de la fase aguda de la enfermedad.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes que ingresaron en nuestro centro por COVID-19 durante 1 mes. Se analizaron en pacientes con DM y sin DM las características epidemiológicas, las relacionadas con la DM, otras comorbilidades y el resultado del episodio. En los pacientes con DM se analizó a los 6 meses del alta la hemoglobina A<sub>1c</sub> (HbA<sub>1c</sub>), el índice de masa corporal (IMC) y la necesidad de tratamiento con insulina.

**Resultados:** Se analizaron 264 pacientes que ingresaron en nuestro centro por COVID-19 del 7 de enero al 7 de febrero de 2021. El 31,4% tenían DM. Todos los casos eran pacientes con DM tipo 2. El 8,6% eran DM de nuevo diagnóstico. El 54,3% tenía más de 10 años de evolución de la DM. El 32,9% estaba tratados con insulina. La mediana de HbA<sub>1c</sub> era 7,4 ± 1,3. El IMC medio era 31,2 ± 4,9. Respecto a los pacientes sin DM, los pacientes con DM tenían una edad significativamente superior (73,3 ± 10,9 vs. 64,6 ± 15, p < 0,05), más prevalencia de hipertensión (86,7 vs. 50,8, p < 0,05), dislipemia (83,1 vs. 51,4, p < 0,05), insuficiencia renal (42,7 vs. 17,7, p < 0,05) y enfermedad cardiovascular (vasculopatía periférica 16 vs. 5%, ictus 13,2 vs. 3,9%, p < 0,05). No encontramos diferencias significativas ni en el resto de características ni en el resultado del episodio. El 17,5% de los pacientes con DM requirieron iniciar tratamiento ambulatorio con insulina. En los pacientes con DM, la HbA<sub>1c</sub> a los 6

meses era inferior respecto a la del ingreso ( $6,9 \pm 1$  vs.  $7,4 \pm 1,4$ ). A los 6 meses se había suspendido el tratamiento con insulina iniciado durante el ingreso en el 72% de los casos.

**Conclusiones:** La DM es una comorbilidad prevalente en los pacientes que ingresan por COVID-19 pero en nuestro estudio no se asoció a un peor pronóstico de los pacientes ingresados por COVID-19. La COVID-19 no se asoció a un empeoramiento del control metabólico crónico de la DM.

#### P-203. EFECTO DE PASIREÓTIDE SOBRE EL METABOLISMO HIDROCARBONADO EN PACIENTES CON ACROMEGALIA

I. Losada Gata, A. García Piorno, R.J. Añez Ramos, A.M. Montenegro Rivas, M. Gómez-Gordo Hernanz, R. García Centeno, O. González Albarrán, I. Jiménez Hernando, M. Pérez Noguero y G. Collado González

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.*

**Introducción:** La acromegalía es un síndrome caracterizado por la hipersecreción de hormona del crecimiento (GH), siendo la causa más frecuente un adenoma hipofisario productor. Estos pacientes presentan alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono (HC) con relativa frecuencia, diabetes (10-15%) e intolerancia a la glucosa (50%). Los análogos de somatostatina de 2<sup>a</sup> generación se indican normalmente ante acromegalía resistente a cirugía y/o a análogos de 1<sup>a</sup> generación, dada su mayor potencia, aunque uno de sus efectos secundarios es provocar o empeorar la hiperglucemias.

**Objetivos:** Analizar la incidencia de diabetes y su forma de presentación en el seguimiento de pacientes con acromegalía en tratamiento con pasireótide.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo analizando datos de 82 pacientes con diagnóstico de acromegalía. Se seleccionaron 9 que hubieran recibido pasireótide. Se evaluaron variables relacionadas con el metabolismo de HC al inicio y en el seguimiento. Los datos descriptivos se presentan en términos de media, mediana y DS.

**Resultados:** Se analizaron 9 pacientes, el 66,6% hombres, con una edad media de 59 años. El diagnóstico de acromegalía se hizo entre los años 1992-2021. 8 pacientes fueron subsidiarios de tratamiento quirúrgico, uno de ellos no por comorbilidades. Todos recibieron tratamiento con pasireótide (duración mediana de 641 días, P25 185, P75 1824). 7 pacientes mantienen pasireótide en la actualidad. Previo al inicio del tratamiento, 2 pacientes tenían HbA1c en rango de prediabetes y solo uno era diabético en tratamiento. Aunque desde el inicio de pasireótide, todos los pacientes muestran mejoría bioquímica de su patología de base, con una disminución de -2,85 desviaciones (SDS) la IGF-1 calculada para edad y una GH que desciende -1,09 (P25 -0,51, P75 -3,01) en la última visita, empeoran ciertos datos metabólicos. En el momento actual, presentan prediabetes 4 pacientes, uno de ellos en tratamiento (metformina), y diabetes otros 4; 3 de ellos en tratamiento únicamente con ADOS (ninguno más de 3 fármacos), y solo uno requiere insulina (basal 12 UI). Desde el inicio de pasireótide, se objetiva empeoramiento de la HbA1c a los 3 meses +0,88 (DE 0,54), a los 6 meses +0,84 (DE 0,61), a los 12 meses +0,95 (DE 0,93), y en la última visita +0,73 (DE 0,36). La HbA1c media final de los pacientes es de 6,3 (DE 0,53) y la máxima de 7,2. Ninguno ha tenido complicaciones micro o macrovasculares de la diabetes ni descompensaciones agudas. Disminuye el peso de estos pacientes 4,7 kg de media (DE 5,1).

**Conclusiones:** En la muestra seleccionada, se objetiva mejoría bioquímica de la acromegalía y empeoramiento del perfil glucémico en el seguimiento tras el inicio de pasireótide, aunque con buen control, manejo con antidiabéticos en su mayoría y sin complicaciones en los casos de diabetes.

#### P-204. REPERCUSIÓN DE LA COVID-19 SOBRE LAS BAJAS Y HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

J.M. de Toro Ruiz<sup>a</sup>, R. Virlaboa Cebrián<sup>a</sup>, I. González Maroto<sup>a</sup>, J. Moreno-Fernández<sup>a</sup>, P. Rozas Moreno<sup>a</sup>, A.E. Martínez-Santos<sup>b</sup>, C. Rodríguez-Abad<sup>b</sup> y M. Pazos Couselo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. <sup>b</sup>Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

**Introducción y objetivos:** La presencia de diabetes es una de las comorbilidades más frecuentes asociadas a la severidad y mortalidad de COVID-19. El objetivo principal del estudio fue valorar el impacto de la enfermedad por COVID-19 en las bajas laborales e ingresos hospitalarios en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1).

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo. Se incluyeron pacientes adultos con DM1 del área sanitaria de Ciudad Real, mayores de 18 años. El periodo estudiado fue el comprendido entre el 1 de enero 2020 al 30 de junio de 2022. Se analizaron las bajas laborales (número y duración) e ingresos hospitalarios (número y duración) relacionadas con la infección por COVID-19 que se produjeron durante el periodo estudiado.

**Resultados:** De los 301 participantes con DM1 analizados (46,5% mujeres, edad media  $43,8 \pm 14,4$  años y tiempo de evolución de la diabetes  $21,7 \pm 11,9$  años) 88 individuos (50% mujeres) desarrollaron infección por COVID-19 (17 en 2020, 21 en 2021 y 50 en 2022). En el periodo analizado se registraron un total de 64 bajas laborales por COVID-19 en 44 pacientes con DM1. Las bajas laborales fueron por infección COVID-19 ( $n = 40$ ) o por contacto estrecho de un positivo ( $n = 24$ ). La duración media de las bajas registradas por contacto estrecho de un positivo fue de  $23,8 \pm 25,4$  días y se produjeron en 14 pacientes que no tuvieron COVID-19 en el periodo analizado. Con respecto a los pacientes que estuvieron de baja por infección COVID-19 la duración media de las bajas laborales fue de  $34,6 \pm 42,8$  días. Se registraron 5 ingresos por COVID-19 en 5 pacientes (33,3% mujeres, edad media  $47,8 \pm 15,8$  años y tiempo de evolución de la diabetes de  $32 \pm 17,3$  años) con una duración media de  $8,2 \pm 3,6$  días. Estos pacientes presentaron una mayor edad ( $47,8 \pm 15,8$  vs.  $40,6 \pm 13,7$  años) y tiempo de evolución de la diabetes ( $32 \pm 17,3$  vs.  $20,8 \pm 10,6$ ) que el resto de los pacientes con COVID-19, siendo esta diferencia en el tiempo de evolución estadísticamente significativa ( $p = 0,031$ ).

**Conclusiones:** Desde el inicio de la pandemia por COVID-19 hasta el 30 de junio de 2022 el 34% de los pacientes con DM1 con infección por COVID-19 registraron al menos 1 baja laboral. Las bajas por contacto estrecho de un positivo se produjeron en el 4,6% de la población analizada. Aquellos pacientes que ingresaron por COVID-19 presentaron una mayor edad y un mayor tiempo de evolución de la diabetes.

#### P-205. PERFIL DE DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON FALLOS DE MEMORIA DIABÉTICOS VERSUS NO DIABÉTICOS, UN ESTUDIO COMPARATIVO

J.A. Reyes Bueno<sup>a</sup>, P. Doblas Raez<sup>b</sup>, F. Garzón-Maldonado<sup>c</sup>, J.A. García-Arnes<sup>b</sup>, F. Alfaro<sup>d</sup> y N. García-Casares<sup>b,d</sup>

<sup>a</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España.

<sup>b</sup>Universidad de Málaga, Facultad de Medicina, Málaga, España.

<sup>c</sup>Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España. <sup>d</sup>Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias (CIMES), Málaga, España.

**Introducción:** La diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) es un reconocido factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades neurovegetati-

vas, sobre todo la enfermedad de Alzheimer, incrementando la probabilidad de desarrollar demencias entre dos y tres veces al comparar con personas sin diabetes.

**Objetivos:** Evaluar las diferencias en el perfil neuropsicológico en pacientes con deterioro cognitivo ligero amnésico comparando aquellos con diabetes *mellitus* tipo 2 (DCLa-DMT2) *versus* no diabéticos (DCL-a).

**Material y métodos:** La muestra incluyó 37 pacientes con edades entre 61-84 años, clasificados en: Grupo A: DMT2-DCL (n = 22) y Grupo B: pacientes DCL-a (n = 15). A todos los participantes se les realizó una batería de test neuropsicológicos exhaustiva así como una analítica y RM cerebral para descartar otras causas de DCL no degenerativo.

**Resultados:** Los pacientes con DMT2-DCL mostraron peores resultados los test de velocidad de procesamiento de información test de Stroop Palabra-Color ( $p = 0,04$ ) y test fluencia verbal ( $p = 0,02$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes diabéticos con DCL presentaron un peor rendimiento en función ejecutiva, lenguaje, atención y velocidad de procesamiento de la información en comparación con los pacientes con síntomas cognitivos no diabéticos.

Este trabajo ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III (PI19/01375).

## P-206. DIABETES TIPO 2 Y CARNITINA: INFLUENCIA DEL CONTROL METABÓLICO

F. Arrieta Blanco, M. Rosillo, B. Ugalde, S. Stanescu, M. Martínez Pardo y A. Belanger Quintana

Hospital Universitario Ramon y Cajal, Madrid, España.

**Introducción:** La L-carnitina es un nutriente natural y biológicamente activo y desempeña un papel fisiológico fundamental en el transporte de ácidos grasos de cadena larga a las mitocondrias para la  $\beta$ -oxidación y la producción de energía. Estudios experimentales sugieren que la L-carnitina puede prevenir la progresión de las lesiones ateroscleróticas y tener efectos cardioprotectores al reducir la inflamación, el estrés oxidativo y la necrosis de los miocitos cardíacos. También estudios en animales y preliminares en humanos han señalado que la disponibilidad de carnitina y las concentraciones de acetilcarnitina son bajas en estados resistentes a la insulina, existiendo controversia sobre el efecto beneficioso de la suplementación con carnitina a los pacientes con diabetes.

**Objetivos:** Analizar los niveles de carnitina total y libre y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2 (DMT2), definidos como mal control HbA1c > 7%.

**Material y métodos:** Estudiamos en 20 DMT2, 12 mujeres y 8 hombres. Rango de edad pacientes estudiados 50-80 años. Determinamos los niveles de carnitina total, carnitina libre y esterificada, el y cociente esterificada/libre y los niveles de HbA1c. La determinación de carnitina se realizó tras 8 horas de ayuno, mediante método colorimétrico utilizado de rutina en el Hospital y la HbA1c por el método de cromatografía líquida de alta resolución (HPLC).

**Resultados:** Pacientes con buen control metabólico 11 y 9 con mal control. Solo 3 paciente tenían niveles de carnitina libre y los 3 tenían mal control metabólico (HbA1c > 7%), ningún paciente presentó niveles bajos de carnitina total bajo, sin embargo 4 pacientes tenían niveles de carnitina total elevada 2 con control metabólico y 2 con mal control metabólico. La carnitina esterificada elevada la tenían 9 pacientes, 6 con mal control y 3 con buen control, teniendo carnitina esterificada baja solo 3 pacientes y todos con buen control. El cociente esterificado/libre los tenían elevado 4 y todos con mal control.

**Conclusiones:** La carnitina total no está alterada en la DMT2, pero si existe una descompensación de los niveles de carnitina libre y esterificada con una alteración del cociente esterificado/libre en los DMT2 con mal control, todo ello sugiere una posible alteración

de la oxidación de ácidos grasos que podría contribuir al mayor riesgo cardiovascular en los DMT2 con mal control metabólico.

## P-207. DIABETES MELLITUS RELACIONADA CON INHIBidores DE PUNTOS DE CONTROL INMUNE: ¿CÓMO EFECTUAR UN DIAGNÓSTICO PRECOZ?

M. Colchón Fernández, P. Rodríguez de Vera Gómez, R. Guerrero Vázquez, E. Torrecillas del Castillo, M. Peinado Ruiz y M.A. Martínez Brocca

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

**Introducción:** La diabetes *mellitus* asociada a inhibidores de puntos de control inmune (DM-ICIs) es un efecto adverso inmune poco frecuente, pero con un elevado impacto clínico y riesgo vital potencial. El objetivo de este estudio es profundizar en el conocimiento esta entidad, proponiendo estrategias de screening, diagnóstico y tratamiento.

**Material y métodos:** Estudio observacional de una serie de casos de DM-ICIs diagnosticados en un hospital de tercer nivel en el período 2019-2022. Se incluyeron pacientes con nuevo diagnóstico de diabetes (DM) o con empeoramiento súbito de DM preexistente tras iniciar el tratamiento con ICIs; con péptido C < 0,4 nmol/L y sin posibilidad de retirar posteriormente el tratamiento con insulina.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 3 casos, todos ellos varones con una edad media de 64,9 años. La HbA1c media al diagnóstico fue de 8,1%, observándose cetoacidosis diabética (CAD) en todos los casos. Dos pacientes presentaron positividad a anticuerpos frente a célula  $\beta$  (BC-Ab, n = 1 antiGAD65, n = 2 antiIA2). Se emplearon sistemas de monitorización *flash* de glucosa (MFG) los tres casos, con un período de seguimiento medio de 42,7 semanas. La glucemia media fue 176,2 mg/dL, con un coeficiente de variación (CV) de 36,1%. El promedio de tiempo en rango (70-180 mg/dL) fue del 54,5%, mientras que el tiempo en hiperglucemia >180 mg/dL fue del 28,7% y el >250 mg/dL de 13,8%. El tiempo en hipoglucemia < 70 mg/dL fue 2,3% de media, y el < 54 mg/dL 0,5%. Ante el diagnóstico de estos tres casos, desarrollamos un protocolo de atención precoz de pacientes con sospecha de DM-ICIs, construido sobre 3 puntos sensibles: 1) Identificación precoz de hiperglucemia en paciente con antecedentes de tratamiento con ICI. Objetivos: evitar descompensación grave, no retrasos en el tratamiento con insulina, refuerzo al paciente sobre circuitos de atención sanitaria urgente en caso de necesidad. 2) Evitar retraso diagnóstico de DM-ICIs. Objetivos: solicitud de péptido C para evaluar función pancreática, BC-Ab (anti-GAD, anti-IA2) y HLA-II en caso de que sea necesario. 3) Inicio precoz de tratamiento con insulina hasta confirmación diagnóstico. Objetivos: evitar nuevas descompensaciones, facilitar estabilización. Valorar implantación de dispositivos de monitorización intersticial (MFG).

**Conclusiones:** La DM-ICIs se caracteriza por un estado de insulopenia de inicio súbito, asociando frecuentemente CAD. Recomendamos determinación precoz de péptido C ante un episodio de hiperglucemia en paciente en tratamiento con ICIs, junto con otros parámetros como HbA1c o BC-Ab. El desarrollo de estrategias de identificación y manejo de estos pacientes puede permitir un diagnóstico precoz de esta entidad.

## P-208. DIABETES DE NUEVA APARICIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PANCREÁTICA

G. González Fernández, R. Urdaniz Borque, E. Pérez Galende y P. Lozano Martínez

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

**Introducción:** La diabetes engloba a un conjunto de enfermedades que se caracterizan por presentar persistentemente hiperglucemia. A pesar de que la diabetes *mellitus* tipo 2 es la más prevalente en la actualidad, en los últimos años está tomando una gran relevancia la denominada diabetes pancreatogénica o tipo 3c. Entre las causas de su aparición destacan la pancreatitis crónica, el cáncer de páncreas o la resección pancreática.

**Objetivos:** Determinar la evolución postoperatoria de la glucemia y el desarrollo de diabetes de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica por neoplasia pancreática en nuestro centro.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo descriptivo en pacientes intervenidos por cáncer de páncreas en los años 2020 y 2021. Se determinaron características basales, presencia de diabetes pre y poscirugía y parámetros relacionados con el periodo postoperatorio (HbA1c, tratamiento diabético y péptido C).

**Resultados:** Se incluyeron 42 pacientes intervenidos (50% varones) con una edad media de  $69,26 \pm 9,96$  años. El principal diagnóstico fue adenocarcinoma ductal de páncreas (57,1%). Al 69% de los pacientes se les realizó una duodenopancreatectomía céfálica. El 23,8% de los pacientes ya estaba diagnosticado de diabetes *mellitus* previo a la cirugía mientras que el 76,2% no presentaba este antecedente. Tras la intervención el 31,1% de los pacientes sin antecedentes previos de diabetes *mellitus* debutaron con dicha enfermedad, aunque únicamente el 30% de dicho grupo recibió tratamiento médico. La HbA1c media postquirúrgica del total de pacientes de la muestra es de  $6,68 \pm 1,75$ . Asimismo, mientras que en los pacientes sin antecedentes previos de diabetes que tras la cirugía continúan sin este diagnóstico la media de HbA1c es de  $5,30 \pm 0,14$ , en los pacientes sin antecedentes de diabetes que debutan tras la cirugía la media es de  $7,083 \pm 2,09$ .

**Conclusiones:** La prevalencia de debut de diabetes *mellitus* tras intervenciones quirúrgicas por neoplasias pancreáticas es aproximadamente un tercio de la muestra, sin embargo, su tratamiento es muy escaso. Harían falta estudios posteriores para lograr clasificar el tipo de diabetes que se desarrolla tras la cirugía y examinar las causas de infratratamiento de estos pacientes.

#### P-209. PROYECTO DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE ASPECTOS DIFERENCIALES DE LA DIABETES EN LA MUJER: PROYECTO SIEMBRA

A.I. Jiménez Millán y M.D. García de Lucas

Hospital de Puerto Real, Puerto Real, España.

**Introducción:** La diabetes *mellitus* tiene en la mujer una serie de características particulares que modifican tanto el desarrollo de la enfermedad como el manejo clínico de la misma así como las complicaciones que de ella se derivan. Existe material en la literatura que abordan estos hechos diferenciales y que pueden ser claves para una mejoría en el grado de control de la diabetes en estas pacientes, sin embargo no todos los profesionales están alertados al respecto.

**Objetivos:** Mejorar el abordaje de la diabetes *mellitus* en mujeres a través de un programa de sensibilización y formación dirigido a profesionales sanitarios implicados en el tratamiento de este grupo de pacientes.

**Material y métodos:** Elaboración de material formativo que será distribuido a aquellos profesionales interesados en mejorar el abordaje de la diabetes en la mujer. Autores del material: profesionales con amplia experiencia en el manejo de pacientes mujeres con diabetes *mellitus*: facultativos de Atención Primaria y Hospitalaria (Cardiología, medicina interna, Endocrinología, Nefrología, Neurología, Cuidados paliativos), Enfermería hospitalaria, Educadores. Material. Pack compuesto por: diapositivas sobre la temática a desarrollar + información desarrollada explicativa sobre las diapositivas+ bibliografía de consulta. Contenido. Las líneas de contenidos incluyen las si-

guientes temáticas. 1. Diabetes y mujer: aspectos diferenciales. 2. Factores de riesgo vascular no clásicos. 3. Cardiopatía isquémica. 4. Enfermedad renal diabética. 5. Osteoporosis. 6. Disfunción sexual. 7. Osteoporosis y factores de riesgo en mujer posmenopáusica con diabetes. 8. Diabetes y fragilidad. 9. Cuidados paliativos. Cronograma: T0: Creación del material (elaboración de un conjunto de diapositivas + explicación de las mismas. Asignación por Grupos de trabajo según líneas temáticas. T 1mes. Valoración del material propuesto por coordinadoras. T 2 meses. Validación del material a través de sesión clínica en cada Servicio/Unidad de los autores utilizando el material elaborado. Feedback (encuesta de satisfacción autores/unidades destino). Correcciones pertinentes. T 3 meses. Versión final.

**Resultados:** Se ha elaborado un material de diapositivas e infografías con el material resultante de la revisión del grupo de trabajo. Dicho material se pondrá a disposición de los profesionales interesados para realizar formación sobre aspectos diferenciales de la diabetes en la mujer.

#### P-210. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS VALORADOS POR INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Ó. Quintero Rodríguez, P. León González, S. Rodríguez Fernández, A.P. León Ocando, L. Mesa Suárez, I. Aznar Ondoño y Á. Caballero Figueiroa

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, España.

**Introducción:** Gran parte de los pacientes ingresados padecen algún tipo de diabetes *mellitus* (DM), teniendo relación con el auge de esta patología crónica en la población. Para el óptimo control glucémico en pacientes hospitalizados se ha de tener en cuenta múltiples factores (ingestas, ayunas para pruebas/procedimientos, empeoramiento clínico, corticoides...). Fuera de los valores de seguridad (140 mg/dl-180 mg/dl) hay riesgo de complicaciones durante el ingreso.

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes diabéticos valorados en las interconsultas (IC) de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario de Canarias (HUC).

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo con una muestra de 118 pacientes con DM en seguimiento por interconsultas del Servicio de Endocrinología y Nutrición del HUC desde octubre a diciembre de 2022. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, tipo de diabetes, servicio que realiza la IC, glucemia a la primera valoración y final, HbA1c, tratamiento, comorbilidades asociadas y seguimiento posterior.

**Resultados:** Se estudiaron 53 mujeres y 65 varones. La gran mayoría tenían entre 70 y 80 años (31%), siendo la media de edad 65 años. 90 pacientes eran DM2 (76%), 25 DM1 (21%) y 3 DM LADA (3%). El servicio que más IC realiza resultó ser el Servicio de Cirugía Vascular (14%), seguido de Digestivo (13%) y Nefrología (11%). La glucemia en la primera valoración oscila entre 250-300 mg/dl en el 29% de los pacientes y hasta un 16% suele estar > 400 mg/dl. La gran mayoría de pacientes presentan, previo a nuestra valoración, pauta móvil de insulina rápida según BMT (44%), y al 74% de los pacientes fue necesario instaurar de entrada una pauta bolo-basal de insulina. Para analizar la glucemia, se tuvo en cuenta que el 31% de los pacientes presentaban corticoides en su tratamiento. El 27% presentan valores de HbA1c entre 7-8% (media 8,28%) pero hasta un 14% de los pacientes tenían HbA1c > 10%. En cuanto a las comorbilidades, el 37% tenía retinopatía diabética, 43% nefropatía y 24% polineuropatía. Si bien el 28% de los pacientes solo necesitaban seguimiento vía médica de Atención Primaria, hasta un 52% se les dio cita en consultas de Endocrinología. El resto (20%), fueron *exitus*, altas no avisadas y voluntarias y seguimientos fuera de la isla.

**Conclusiones:** Una vez más se demuestra el escaso beneficio que tiene la excesiva utilización de pautas móviles de insulínización a nivel hospitalario a la hora del control glucémico. Mantener unos niveles de glucemia entre 140 y 180 mg/dl resultan seguros para el paciente hospitalizado. Es necesario reforzar el cumplimiento del protocolo de control glucémico en los pacientes hospitalizados para así evitar complicaciones intrahospitalarias. Por otro lado, el ingreso permite reforzar la educación diabetológica así como optimizar el tratamiento domiciliario y valorar la necesidad de seguimiento de cara al alta.

#### P-211. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE DM POSPANCREATECTOMÍA TOTAL

Á. Valverde Márquez, X.C. Vivas Vaca, A.S. Sánchez Velasco, J.A. Leandro Hernández, L.M. Tolentino Martínez, C. Robles Lázaro y M.T. Mories Álvarez

*Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca.*

**Introducción y objetivos:** La DM pancreatogénica tiene una prevalencia del 5-10% de todos los pacientes diabéticos en los países occidentales. La incidencia de diabetes tras cirugía pancreática varía según la extensión de la resección, representando aproximadamente el 8% de dichos casos. El manejo de la diabetes pospancreatectomía total es complejo por la presencia de comorbilidades adicionales como la susceptibilidad a la hipoglucemias, la elevada variabilidad glucémica y la malabsorción. Un estudio estimó diez episodios de hipoglucemias por paciente al mes, siendo la tasa general de hipoglucemias grave del 40%. Como objetivo se trata de definir las características comunes de los pacientes DM pospancreatectomía total intervenidos en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

**Material y métodos:** Se registraron las siguientes variables de 36 pacientes con diagnóstico de DM pospancreatectomía total: edad, sexo, años de evolución, patología pancreática, unidades y tipo de insulina empleados, Hb1Ac media en el último año, tiempo en rango, variabilidad glucémica, prevalencia de hipoglucemias, complicaciones vasculares secundarias, pauta de enzimas pancreáticas, suplementación nutricional oral e IMC.

**Resultados:** De los 36 pacientes incluidos en dicho estudio 26 eran hombres (72,2%) y 10 mujeres (28,8%), con una edad media de 68 años, siendo la media de años de evolución registrados de 5 años y medio. La patología pancreática intervenida más prevalente fue el ADC (28,5%), seguido del colangiocarcinoma (17,1%) y de la pancreatitis crónica (14,2%). Las dosis medias diarias de insulina basal y rápida fueron 18 y 16 unidades respectivamente, siendo glargina u300 (66,6%) y aspart (52,7%) los tipos de insulina más utilizados. La media de Hb1Ac en el último año resultó de 7,9%. Se disponía de datos de monitorización continua en 12 pacientes (33,3%), con unas medias de tiempo en rango y de variabilidad glucémica del 54% y del 30,3%, respectivamente. Cuatro de dichos pacientes presentaron hipoglucemias leves y ninguno padeció hipoglucemias graves. Solo dos pacientes desarrollaron complicaciones vasculares, en probable relación con el escaso tiempo medio de evolución. La pauta más empleada de enzimas pancreáticas fue de 50.000 UI en cada una de las tres comidas principales (20%), utilizando más de tres tomas diarias únicamente el 28,5%. El 27,7% requirió suplementación nutricional oral. El IMC medio registrado fue de 22,8 Kg/m<sup>2</sup>.

**Conclusiones:** El progresivo aumento de tiempo de supervivencia de estas patologías condicionará una mayor prevalencia concomitante de este tipo de diabetes. Esta mayor prevalencia asociada a su mayor complejidad de su manejo implica un abordaje integral necesario para evitar las complicaciones secundarias glucémicas, vasculares, malabsortivas y nutricionales.

#### P-212. MEJORA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON DIABETES Y SU FAMILIA, EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

J.M. Rodríguez Carretero, M. Cruces Pernia, R. Calle Moreno, C. Barrero Molins y M. Burguillos Durán

*Centro de Salud, Talavera La Real, España.*

**Objetivos:** Desde nuestro entorno rural, el objetivo principal en la atención del paciente con diabetes y su familia es garantizar una atención integral. Una atención que tenga en cuenta los principios de prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria, sea en niveles de macrogestión (líneas estratégicas, incentivación, medición del producto), mesogestión (organización interniveles) como en microgestión (del centro de salud, de la labor del microequipo médico/enfermera).

**Material y métodos.** Se realizó un Programa de Atención Integral al paciente con diabetes y su familia, en la Zona Básica del Centro Salud de Talavera la Real. Dentro de este contexto, los servicios ofertados tuvieron en cuenta las necesidades de la población y los recursos disponibles para su atención.

**Resultados.** A continuación, vamos a analizar la organización de la atención y los aspectos que son mejorables: Organización en macrogestión. La planificación a nivel administrativo para establecer unos criterios estratégicos temporales con los que conocer cuál es la realidad, establecer un orden de prioridades diseñar una serie de campañas de prevención; establecer una asignación y distribución de recursos. Propuesta para la mejora: Establecer indicadores de calidad evaluables periódicamente. Actuación por objetivos. Organización en mesogestión. La coordinación entre niveles tiene que garantizar la continuidad asistencial del paciente con diabetes, permitiendo que la información del paciente sea accesible (algoritmo de funcionamiento) por todos los actores sanitarios que le atienden. Propuesta para la mejora: Registros de información y de alarma comunes, que puedan ser compartidos por los distintos profesionales. Incorporación de nuevos profesionales para garantizar una asistencia integral. Mayor difusión de los organismos derivativos, que dificulta el proceso asistencial integrado. Organización en microgestión. Ningún paciente con diabetes es atendido por un solo integrante del Equipo de Atención Primaria, que precisa unos pasos bien definidos, establecidos en unos circuitos de entrada o unos mapas de procesos claros. A efectos organizativos, existen tres tipos de maneras de trabajar en el EAP: Modelo delegado, de colaboración y de asesoría clínica. En nuestra consulta, realizamos funciones asistenciales, de formación y, muy pocas, de investigación. Propuestas para mejora: Mayor implementación del modelo de colaboración. Disponer de las herramientas necesarias (y del tiempo), para realizar funciones de investigación. Mayor implicación de la enfermería en el manejo y control metabólico del paciente con diabetes. La implementación de guías de práctica clínica, programas y protocolos, junto con un proceso de evaluación de indicadores.

**Conclusiones:** Iniciativas institucionales que garanticen la accesibilidad a la Atención, la suficiencia de recursos y la equidad. No debe existir diferencias entre las diferentes Comunidades Autónomas y entre el ámbito rural/urbano. Incorporación de profesionales, como los podólogos, a las Unidades Asistenciales. Sistemas de acceso a la información comunes a todos los actores sanitarios.

#### P-213. ALTERACIONES PRODUCIDAS POR EL USO DE GLUCOCORTICOIDES EN PACIENTES DIABÉTICOS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE. ¿PODEMOS ANTICIPAR Y AYUDAR DESDE ENFERMERÍA?

I. García Herrero, M.D. García García<sup>b</sup>, C. García Giménez<sup>b</sup> e I. Rio Moso<sup>c</sup>

<sup>a</sup>EAP Fuente Álamo, Murcia, España. <sup>b</sup>Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, España. <sup>c</sup>EAP La Manga, Cartagena, España.

Tabla P-213

	Antes de bolo				Después de bolo					
	Tiempo ultimo bolo	GB	Filtrado glomerular	TA	HbA1c	Tiempo ultimo bolo	GB	Filtrado glomerular	TA	HbA1c
Paciente										

**Introducción:** La esclerosis múltiple (EM) está caracterizada por una inflamación del cerebro y de la medula espinal, daño axonal y desmielinización. Se ha demostrado que la prevalencia de la diabetes entre los pacientes con esclerosis múltiple es muy superior a de la población general. Para un mejor pronóstico de la EM es imprescindible iniciar un tratamiento precoz, con el fin de preservar el tejido del sistema nervioso central, puesto que el cerebro de una persona con esta enfermedad se reduce entre un 0,5 y un 1% cada año, pudiendo dañar el SNC con carencia de síntomas, una parte fundamental de este tratamiento son los bolos de glucocorticoides. En la actualidad carecemos de protocolos para captar y diagnosticar los pacientes que tenemos en la consulta de esclerosis múltiple y que son diabéticos.

**Objetivos:** Elaboración de protocolos para poder anticipar y amortiguar los efectos indeseables de los glucocorticoides entre nuestros pacientes con EM y diabetes. Elaboración de protocolos para captar a pacientes diabéticos y prediabéticos desconocidos. Creación de protocolos con endocrinología para evitar el empeoramiento de la diabetes.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo analítico observacional de cohortes mediante recopilación de datos analíticos y antropomórficos, además también recopilaremos datos relacionados con administración de bolo de glucocorticoides y después de dicha administración.

**Resultados:** Realizamos un formulario de Google y pasado por e-mail a todos nuestros pacientes de los que disponemos de su dirección de correo electrónico. n = 135 pacientes, N = 81. El 78,9% no es diabético, el 13,2% sí, el 7,9% no lo sabían. El 57,1% sí habían recibido bolos, el 37,1% no, el 5,8% no saben. El 90,5% no realizó ningún cambio en su tratamiento, el 9,5% si lo hicieron. De los que sí lo hicieron, el 22,2% realizó los cambios con las indicaciones que habían recibido previamente desde la consulta de EM. y el 11,1% se fue al hospital para dicha resolución. Realizamos screening para detectar diabetes no diagnosticada. 5,6% de diabetes oculta. Ahora hacemos completamos la tabla, separando diabéticos de los que no. Los datos obtenidos los daremos al servicio de Endocrinología para solicitar protocolo de actuación con los diabéticos con esos bolos para poder implementarlos en nuestra consulta.

**Conclusiones:** Resulta necesario protocolizar la captación del paciente diabético con EM a fin de aminorar los efectos indeseables de los glucocorticoides en su diabetes. Es necesario que existan guías para amortiguar los efectos de los glucocorticoides en dichos pacientes.

#### P-214. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN EL MANEJO DE LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES

I. Guilló Mas<sup>a</sup>, M. Gómez Soria, A. Gil Andreu<sup>a</sup>  
y E. Pomares Cuevas<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Centro Sanitario Integrado de Aspe, Aspe, España. <sup>b</sup>Residencia de Personas Mayores Dependientes Nuestra Señora de las Nieves, Aspe, España.

**Objetivos:** Mostrar el abordaje de la paciente con diabetes de manera integral para el control de la enfermedad y complicaciones.

Evidenciar la misión y valor enfermera en la detección de problemática social que dificulta el manejo de la enfermedad. Visibilizar el apoyo sociosanitario en el control de pacientes diabéticos sin recursos. Observación transversal de caso.

**Caso clínico:** Mujer de 60 años, soltera y sin hijos, pluripatológica y diversidad funcional del 68%, con escaso apoyo familiar y bajos recursos económicos añadidos. Diabética desde los 40 años y en seguimiento desde 2008 en A. Primaria donde tras una valoración integral se detecta falta de recursos y apoyo que impiden buen control de su Diabetes y complicaciones varias, inclusive amputación de miembro. Con abordaje multidisciplinar se consigue institucionalizar para mantener correctamente los cuidados y apoyo que precisa que han favorecido el control de su patología y ha mejorado su calidad de vida. También se ha procedido a la búsqueda de evidencia científica en bases de datos como PubMed, Scielo, Lilacs y Biblioteca Cochrane, así como en Google Académico, revisando documentos y publicaciones científicas resultantes con fecha de publicación menor a 10 años. Se ha mejorado la calidad de vida de la paciente tras la institucionalización, consiguiendo además un buen control de la diabetes y sus complicaciones, así como del resto de patologías crónicas. Se ha logrado adherencia al tratamiento, cumplimiento de la dieta y la realización de ejercicio físico. Se ha demostrado que con el abordaje multidisciplinar se cubren las carencias sociosanitarias de la paciente, las necesidades que favorecen el control de la enfermedad y que no dependen exclusivamente del tratamiento farmacológico.

**Discusión:** En este trabajo no se aborda el problema en la relación a la salud-enfermedad, sino en las condiciones que rodean a la persona con diabetes. Las necesidades de los pacientes diabéticos no solo se limitan a un adecuado control glucémico. Existen muchos factores (demográficos, socioeconómicos y de apoyo social) que pueden ser determinantes positivos para facilitar las actividades de autocuidado, siendo el papel de la enfermera y médico de vital importancia para la detección de problemas y adecuación de actividades de promoción y prevención de complicaciones en salud.

#### P-215. OPTIMIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN DIABETES DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA

J. Vila Vidal, B. Pérez requena, J.M. Ruiz Palomar  
y E. Mirambell Ibarra

Hospital General Universitario de Elda, Elda, España.

**Introducción:** Con la llegada de una de segunda enfermera educadora, a la consulta de educación diabetológica del Hospital General Universitario de Elda, se experimentó un cambio en la gestión de la consulta, con la distribución de la población con diabetes, según unos determinados criterios médicos.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, donde se analiza un periodo de tiempo de cuatro meses, de los años 2021 y 2022, comparando las cohortes de la consulta de enfermería. Se distribuye la consulta según los siguientes criterios: dm tipo 2; dm oncológico; dm gestacional; dm pancreatectomizado/hepático; dm

corticoides; dm tipo 1; dm tipo 1 usuario de bomba; dm tipo pediátrico; puesta de thyrogen; MCG. Consulta de enfermería end9: dm tipo 2; dm oncológico; dm gestacional; dm pancreatomizado/hepático; dm corticoides; dm tipo 1 bien controlado derivado de end6 + nuevos inicios; MCG. Consulta de enfermería end6: dm tipo 1; dm tipo 1 usuario de bomba; dm tipo pediátrico; puesta de thyrogen; MCG. 15 días de septiembre, octubre y noviembre del 2022, los enfermeros de las consultas de enfermería estaban de vacaciones además en el mes de octubre la enfermera de end 6 estudio de formación una semana.

**Resultados:** Mejoría significativa de un 30% de media en el número de visitas realizadas. Aumento en los tiempos de consulta de enfermería: de 15 minutos pasamos a 30 minutos. Aumento en la atención de urgencias, o situaciones inesperadas, durante las horas de consulta, atendiendo llamadas telefónicas, insulinizaciones, cetonosis, etc.

**Conclusiones:** La diversificación de la consulta de enfermería, ha dado lugar a la posibilidad de centrar de manera más equitativa los

Código Agenda	Año 2021			
	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
End6	82	93	78	69
End9				
Año 2022				
End6	54	52	65	73
End9	65	27	37	63

recursos en diabetes. Además de mejorar la calidad del cuidado de los pacientes. Por otro lado, ha permitido fomentar áreas de trabajo hasta entonces menos desarrolladas, como la unidad de tecnología y transición pediátrica.