

En el testeo del mismo obtuvimos precisión de 0,85, sensibilidad de 0,70, un F1-score de 0,77 y exactitud de 0,84. La precisión para los DM2 fue del 92% y del 71% para MODY. En la 2ª fase comparamos las clases sujetos con MODY-HNF1a vs. MODY-HNF4a, empleando los mismos atributos. La capacidad de acierto para el mejor modelo en este caso fue del 76%. En el testeo obtuvimos una precisión de 0,86, sensibilidad de 1,0, F1 score de 0,92 y exactitud del 0,95. La precisión para los sujetos con MODY-HNF1a fue del 92% y para los HNF4a de 100%.

Conclusiones: La capacidad diagnóstica de nuestros árboles de decisión han dado resultados bastante prometedores, sin embargo, sería necesario aumentar el número de instancias MODY-HNF1a y MODY-HNF4a para mejorar la precisión de los mismos. *Los miRNAs usados en la elaboración de los árboles de decisión no se indican expresamente al estar protegidos por un proceso de registro de patente.

SESIÓN ORAL 4: COMPLICACIONES DE LA DIABETES Y OTROS

CO-019. EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE TÉCNICAS DE SCREENING PARA EL DETERIORO COGNITIVO INCIPIENTE EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE DIABETES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Abad Martín^b, A. Rojano^b, M. Dos Santos Gil^a, A. Ciudad^{a,b}, C. Hernández^{a,b}, R. Simó^b y O. Simó-Servat^{a,b}

^aUnidad de Tecnologías en Diabetes, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

^bGrupo de Investigación en Diabetes y Metabolismo, Instituto de Investigación Vall d'Hebron y CIBERDEM (ISCIII), Barcelona, España.

Introducción: Los pacientes con diabetes tienen un mayor riesgo de presentar demencia. El deterioro cognitivo incipiente es el preludio de la demencia, y también es más prevalente en la población con diabetes tipo 2. Aunque algunas sociedades científicas recomiendan realizar un cribado de deterioro cognitivo en los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2), no existe un consenso sobre qué tipo de exploración debe realizarse. La evaluación neuropsicológica completa es inviable en la práctica diaria ya que necesita de personal especializado y consume mucho tiempo. Para evitar este problema se han propuesto cuestionarios más cortos y autoadministrables como el MoCA o el SAGE, pero pueden verse influenciados por factores emocionales o educacionales. Nuestro grupo ha sugerido la microperimetría como un método no invasivo y rápido para cribar los pacientes con deterioro cognitivo y diabetes.

Objetivos: Evaluar la sensibilidad y especificidad de MoCA, SAGE y microperimetría para el identificar la presencia de deterioro cognitivo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mayores de 65 años atendidos en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio casos y controles 1:1, donde se comparan 25 pacientes normocognitivos (controles) con 25 pacientes con deterioro cognitivo incipiente (casos) con DM2 equiparados por edad, sexo y tiempo de evolución de la diabetes. Todos los pacientes realizaron los cuestionarios SAGE, MoCA y se les practicó una microperimetría (sensibilidad y fijación de la mirada). Además, se les realizó una batería neuropsicológica completa para evaluar el estatus cognitivo. También se recogieron variables clínicas y cuestionarios de valoración funcional y de calidad de vida.

Resultados: No observamos diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a HbA_{1c}, IMC, necesidad de tratamiento con insulina y presencia de complicaciones de la diabetes, hipertensión y dislipemia. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre controles y casos en el resultado del MoCA (25,2 ± 2,9 vs. casos: 23,2 ± 3,14, p = 0,02), SAGE (17,16 ± 2,9 vs. 14,67 ± 3,9, p = 0,0135), y parámetros de fijación de la mirada (P1 84% [18-100] vs. 58,5% [5-100], p = 0,0034) pero no en la sensibilidad de la retina (27,2 dB ± 6,08 vs. 25,02 dB ± 13,95, p = 0,47). No encontramos diferencias en los cuestionarios de funcionalidad de Barthel, Lawton y tampoco en el GDS15 (escala de depresión geriátrica). Cuando comparamos las curvas ROC, la fijación de la mirada evaluada mediante microperimetría fue la que mostró un mayor rendimiento (AUC: 0,75 [IC 0,62-0,88]; sensibilidad 71,43%, especificidad 60%) y al añadir el MoCA se incrementó el poder predictivo del modelo, consiguiendo una AUC de 0,81 (IC: 0,70-0,93; sensibilidad 75%, especificidad de 64%).

Conclusiones: El uso combinado del MoCA y la evaluación de fijación de la mirada mediante la microperimetría puede ser un buen método de cribado del deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años con DM2.

CO-020. DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y CALIDAD ÓSEA EVALUADA MEDIANTE TRABECULAR BONE SCORE EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1

A. Raventós^a, L. Ferrer^a, L. Gifre^b, A. Pérez^a, E. Casademunt^a, C. González^a y E. Aguilera^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España. ^bServicio de Reumatología, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Introducción: Los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) presentan una elevada morbilidad y mortalidad cardiovascular, así como un mayor riesgo de fracturas osteoporóticas. Este riesgo de fracturas se ha vinculado a una alteración de la densidad mineral ósea (DMO) y de la calidad ósea. También se ha observado una asociación entre enfermedad cardiovascular (ECV) y los marcadores de remodelado óseo.

Objetivos: Analizar la densidad mineral ósea (DMO) y la calidad ósea en pacientes DM1 y correlacionarlos con la afectación microvascular y la presencia de ECV subclínica.

Material y métodos: Se evaluaron 62 pacientes DM1 entre 30 y 50 años de edad, evolución de la DM1 de más de 10 años, sin ECV previa y con ECV subclínica (presencia de placa de ateroma en la ecografía carotídea) y se aparearon por sexo, edad e índice de masa corporal (IMC) con 62 pacientes DM1 y con 62 sujetos controles no diabéticos sin ECV previa y sin ECV subclínica (ausencia de placas de ateroma en la ecografía carotídea). Se excluyeron mujeres menopáusicas, tratamiento con corticoides y antecedentes de hipertiroidismo. Se realizó una densitometría ósea (Lunar, DPX), análisis del Trabecular Bone Score (TBS insight®). Se midieron los marcadores de remodelado óseo: fosfatasa alcalina total, osteocalcina y el péptido N-terminal del procolágeno tipo 1 (P1NP).

Resultados: Las características de los pacientes DM1 se describen en la tabla. Los pacientes DM1 con ECV subclínica mostraron una proporción significativamente mayor de nefropatía, tratamiento con antihipertensivos y estatinas y fumadores activos, así como una HbA_{1c} mayor. Un 49% de los pacientes DM1 presentaban una DMO normal, un 27% osteopenia (Z: -1 a -2) y un 24% una baja DMO (Z < -2). Un 62% de los controles no diabéticos mostraron una DMO normal, 25% osteopenia y 15% baja DMO. En relación al TBS se objetivó alterado (< 1,213) en el 15% de los pacientes con DM1 y solo en un control no diabético (1,6%). Todos los pacientes con TBS alterado presentaron

también osteopenia o baja DMO. El TBS correlacionó positivamente con la DMO lumbar ($r = 0,22$ $p = 0,025$). Los valores en cuello femoral de los pacientes con DM1 fueron significativamente inferiores ($p = 0,01$) en relación a los controles no diabéticos ($0,94 \pm 0,24$ vs. $1,02 \pm 0,16$ g/cm²). No se observó correlación de la alteración del TBS o DMO con complicaciones microvasculares ni con la ECV subclínica, ni diferencias en los marcadores de remodelado óseo entre los grupos.

N = 124	DM1 ECV subclínica (n = 62)	DM1 sin ECV subclínica (n = 62)	p
Género (Hombres%)	78	78	ns
Edad media (años)	41,9 $\pm$ 5,3	41,6 $\pm$ 5,4	ns
Años evolución DM	24,2 $\pm$ 7,4	25,8 $\pm$ 8,5	ns
IMC (kg/m ²)	26,4 $\pm$ 3,6	26,1 $\pm$ 3,2	ns
Fumador activo (%)	32	9	0,001
HbA _{1c} (%)	7,9 $\pm$ 0,9	7,5 $\pm$ 0,7	0,004
Complicaciones (%):			
Nefropatía	7	4	0,02
Retinopatía	31	19	ns
Tratamiento (%):			
Antihipertensivos	18	9	0,01
Estatinas	32	17	0,01

Conclusiones: Una elevada proporción de los pacientes con DM1 evaluados presentaban una alteración de la densidad mineral ósea (baja masa ósea u osteopenia) sin poderse establecer asociaciones con la presencia de complicaciones microvasculares, ni con la ECV subclínica. Sin embargo, en esta cohorte de DM1 de larga evolución destacaba la preservación de la estructura trabecular.

CO-021. IMPACTO DE LA PREDIABETES EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: DATOS DEL PROYECTO ILERVAS

A. Lecube^{a,b}, A. Izarra^b, M. Bermúdez-López^c, J.M. Valdivielso^c, M. Hernández^{a,b}, E. Castro^c, C. López-Cano^{a,b}, R. Ruano^{a,b} y E. Sánchez^b

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España. ^bGrupo de Investigación en Obesidad, Diabetes y Metabolismo (ODIM), IRBLleida, Lleida, España. ^cVascular & Renal Translational Research Group. IRBLleida, Lleida, España.

Introducción y objetivos: Está bien establecido que los pacientes con diabetes tipo 2 son un grupo susceptible de sufrir enfermedad renal. Nuestro objetivo fue evaluar la función renal en personas con prediabetes.

Objetivos: Evaluar el impacto de la prediabetes sobre la función renal en una amplia cohorte de sujetos sin enfermedad cardiovascular ni enfermedad renal crónica conocida del proyecto ILERVAS (ClinTrials.gov Identifier: NCT03228459).

Material y métodos: Estudio transversal que incluye 8,158 sujetos libres de diabetes, con edades entre 45 y 70 años. La enfermedad renal se clasificó según las directrices KDIGO. La prediabetes se definió por la hemoglobina glicosilada según los criterios de la Asociación Americana de Diabetes.

Resultados: La población participante estuvo compuesta por un 50,9% de mujeres, con edad de 57,0 [52,0;62,0] años, y un IMC

de 28,4 [25,5;31,2] kg/m². La prevalencia de prediabetes fue del 33,4% (n = 2,731). Los individuos con prediabetes presentan una menor tasa estimada de filtrado glomerular (CKD-EPI: 93,2 [80,7;100,2] vs. 95,3 [84,1;102,3] ml/min/1,73 m², $p < 0,001$). De manera similar, el grupo con prediabetes presenta un mayor porcentaje de individuos tanto con albuminuria (14,5 vs. 11,9%, $p = 0,003$) como con enfermedad renal oculta (17,7 vs. 13,6%, $p < 0,001$) en comparación con el grupo sin prediabetes. En el grupo de prediabetes, la HbA_{1c} se correlacionó negativamente con la tasa de filtración glomerular estimada ($r = -0,039$, $p = 0,044$). El modelo de regresión logística multivariable en toda la población mostró que una asociación significativa e independiente entre la HbA_{1c} y la enfermedad renal oculta [OR = 1,28 (1,06 a 1,54), $p = 0,011$].

Conclusiones: La nefropatía diabética se inicia ya en la fase previa de la prediabetes, confirmando el impacto negativo continuo de la hiperglucemia crónica.

CO-022. EL TIEMPO POR ENCIMA DE RANGO SE ASOCIA A RETINOPATÍA DIABÉTICA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 1 Y HEMOGLOBINA GLICOSILADA DENTRO DE OBJETIVO

F. Sebastián Valles^a, J. Jiménez-Díaz^b, Í. Hernando Alday^c, V. Navas Moreno^a, M.M. Fandiño García^d, J. Garai Hierro^c y J.A. Arranz Martín^a

^aHospital Universitario de la Princesa, Madrid, España. ^bHospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España. ^cHospital Universitario Basurto, Bilbao, España. ^dHospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Este estudio tuvo como objetivo investigar la asociación entre las métricas de glucosa y la retinopatía diabética entre pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) que utilizan sistemas de monitorización *flash* de glucosa (F-CGM), incluidos aquellos que mantienen la hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) dentro del rango objetivo.

Material y métodos: Realizamos un estudio transversal en el que participaron 1070 pacientes con diabetes tipo 1 que utilizaban sistemas F-CGM procedentes de 3 hospitales terciarios. Se recogieron datos sobre aspectos clínicos, antropométricos y socioeconómicos. La retinopatía se clasificó según los estándares internacionales. Se emplearon modelos de regresión logística multivariante para explorar las asociaciones métricas de glucosa con la retinopatía diabética en toda la muestra y en pacientes con HbA_{1c} < 7%.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 47,6 $\pm$ 15,0 años, siendo el 49,4% mujeres. Dentro de la cohorte, el 24,8% presentó algún tipo de retinopatía. En el análisis que involucró a toda la muestra de sujetos, el sexo masculino (OR = 1,51, $p = 0,027$), el tiempo por encima del rango > 250 mg/dL (TAR > 250 mg/dL) (OR = 1,07, $p = 0,025$), duración de la diabetes (OR = 1,09, $p < 0,001$), el tabaquismo (OR = 2,30, $p < 0,001$) y los antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico (OR = 5,59, $p = 0,025$) se asociaron con la retinopatía diabética. En pacientes con HbA_{1c} < 7%, TAR > 250 > 15% se relacionó de forma independiente con la retinopatía diabética (OR = 8,32, $p = 0,040$), además del tabaquismo (OR = 2,90, $p = 0,031$), la duración de la diabetes (OR = 1,09, $p < 0,001$), e hipertensión (OR = 2,35, $p = 0,040$).

Conclusiones: TAR > 250 mg/dL emerge significativamente como un factor modificable asociado con la retinopatía diabética, incluso entre aquellos pacientes que mantienen los niveles recomendados de HbA_{1c}. Por lo tanto, una exploración en profundidad de las métricas de glucosa es crucial para personalizar estrategias de tratamiento adaptadas específicamente a pacientes con diabetes tipo 1.

CO-023. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON MODULADORES DEL GEN CTFR EN EL METABOLISMO HIDROCARBONADO EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

D. Lara Gálvez^a, M.N. Balaguer Cartagena^a, P. Masdeu López-Cerón^a, M. Argente Pla^a, K. García Malpartida^b, D. Sanchis Pascual^a, M.J. Selma Ferrer^a, J.P. Reig Mezquida^a, R. López Guillén^a, L. Hernández Rienda^a, S. Martín Sanchis^a, Á. Dura de Miguel^a, E. Gascó Santana^a, A. Micó García^a y J.F. Merino Torres^a

^aHospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España.

^bHospital Doctor Peset, Valencia, España.

Introducción: La diabetes relacionada con la fibrosis quística (DRFQ) es la complicación metabólica 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) en estos pacientes es reciente y podría proporcionar beneficios en el metabolismo hidrocarbonado (HC).

Objetivos: Describir la evolución de parámetros clínicos, antropométricos y bioquímicos en pacientes con FQ que inician mCTFR en relación al metabolismo HC.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, descriptivo, prospectivo, en el que se analizaron pacientes con FQ y en tratamiento con mCTFR. Se recogieron datos clínicos, analíticos y antropométricos tanto previamente al inicio de mCTFR como a los tres, seis, nueve, doce, quince y dieciocho meses. Los resultados se expresan como mediana (rango intercuartílico) y porcentaje. Para comparar las muestras apareadas se utilizó el test Friedman. Como test *post hoc*, Wilcoxon. Se utilizó SPSS v.25.

Resultados: Se estudiaron 50 pacientes (60% mujeres) con FQ y tratamiento con mCTFR de 32,9 (10,2) años y con un tiempo de

seguimiento tras el inicio de mCTFR de 20,7 (7,8) meses. Un 52% presentaban DRFQ previo al inicio terapéutico (65,4% tratados con insulino terapia). De los restantes, un 40% no presentaban alteraciones del metabolismo de hidratos de carbono y un 8% presentaba prediabetes. En la tabla 1 se recoge la evolución de los parámetros de control glucémico así como parámetros antropométricos antes y después del inicio de mCTFR en el grupo con DRFQ. En la tabla 2 se recogen los mismos parámetros en los pacientes sin DRFQ con excepción del tratamiento con insulina.

Conclusiones: En el grupo con DRFQ, existe una mejoría de los parámetros de control glucémico. En el grupo sin DRFQ, desde que comienzan tratamiento con mCTFR, no presentan alteración de metabolismo hidrocarbonado. Resulta necesario aumentar el tamaño muestral para confirmar estos resultados.

CO-024. EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN HIPOGLUCEMIA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN PLANTAS QUIRÚRGICAS

J. Amigó Farran, O. Simó Servat, Á. Ortiz Zúñiga, M. Sánchez, F. Cuadra, R. Simó y C. Hernández

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción y objetivos: La diabetes en el paciente ingresado es un factor de riesgo de complicaciones, mortalidad y estancia hospitalaria más prolongada. Las hipoglucemias frecuentes durante la hospitalización, especialmente en el paciente posquirúrgico. El objetivo del presente estudio es evaluar las características clínicas de los pacientes con diabetes que presentan hipoglucemias durante su hospitalización.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de los pacientes diagnosticados de diabetes ingresados en las plantas de

Tabla CO-023

Tabla 1. Sujetos con DRFQ (N = 26)

	Pre mCTFR	3-6 meses	9-12 meses	15-18 meses	p Friedman
IMC (Kg/m ²)	20,9 (18,9-24,3)	20,9 (18,8-22,2)	22,4 (20,0-26,6)		0,19
GB (mg/dL)	86,0 (80,0-93,0)	84,5 (79,0-95,0)	83,0 (75,8-90,8)	80,0 (75,5-92,0)	0,49
HbA _{1c} (%)	5,6 (5,2-5,9)	5,3 (5,2-5,8)	5,3 (5,1-5,8)	5,3 (5,1-5,9)	0,60

Tabla CO-023

Tabla 2. Sujetos sin DRFQ (N = 24)

	Pre mCTFR	3-6 meses	9-12 meses	15-18 meses	p Friedman	p Wilcoxon
IMC (Kg/m ²)	23,4 (21,3-25,3)	24,1 (20,9-28,5)	23,2 (20,6-26,7)	23,4 (20,3-30,9)	0,65	
Glucemia basal (GB) (mg/dL)	123,0 (100,0-158,5)	103,0 (91,5-108,0)	102 (89,5-123,3)	105,5 (94,3-119,3)	0,17	
Hemoglobina glicosilada (HbA _{1c}) (%)	7,3 (6,5-8,7)	7,0 (6,3-8,0)	6,7 (6,0-7,4)	6,4 (6,1-7,2)	0,03	0,09 (3-6 m) 0,01 (9-12 m) 0,01 (15-18 m)
Insulina (UI/kg/día)	0,54 (0,3-0,8)	0,5 (0,3-0,8)	0,45 (0,3-0,6)	0,4 (0,3-0,7)	0,10	

cirugía de un hospital de tercer nivel. Se recogieron los pacientes ingresados entre octubre y diciembre de 2021, entre enero y marzo de 2022 y de septiembre a noviembre de 2022 en plantas dedicadas a la cirugía de media y alta complejidad, incluyendo el trasplante de órgano sólido. En el caso de los pacientes recogidos en 2022, el manejo de su diabetes durante la hospitalización se implementó por un equipo especializado integrado por un endocrinólogo y una enfermera de práctica avanzada especialista en diabetes.

Resultados: Se incluyeron 410 pacientes diabéticos de los cuales un 11,4% presentaron algún episodio de hipoglucemia durante su hospitalización. Del total de pacientes con hipoglucemia un 28,8% presentaron hipoglucemia nivel 2 (< 54 mg/dl). No observamos diferencias en cuanto a la distribución de sexo ni edad entre los pacientes que presentaron hipoglucemias y los que no la presentaron. Tampoco detectamos diferencias en cuanto al tipo de diabetes ni nivel de HbA_{1c}. Observamos un mayor porcentaje de pacientes en tratamiento con insulina a domicilio en el grupo de pacientes que presentó hipoglucemias comparado con los que no presentaron (50 vs. 32,7%, $p = 0,01$). Sin embargo, no observamos diferencias en el tipo de pauta de insulina que recibieron durante el ingreso (pauta correctora, basal-correctora o basal-bolo). Tampoco detectamos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al porcentaje de pacientes con complicaciones crónicas de la diabetes (64,15% en el grupo con hipoglucemias vs. 57,84%, $p = 0,38$). Por último, observamos una mayor tasa de complicaciones postoperatorias en el grupo de pacientes que presentó hipoglucemias (74 vs. 41,6% $p < 0,001$). En el análisis multivariante incluyendo la edad, la presencia de complicaciones crónicas de la diabetes, el uso de insulina previo al ingreso, última HbA_{1c} y las complicaciones postoperatorias, las variables que mantuvieron una asociación estadísticamente significativa fueron el uso de insulina y la presencia de complicaciones posoperatorias ($p < 0,05$). El grupo de pacientes atendido por el equipo especializado presentó un menor porcentaje de hipoglucemias 10,19 vs. 21,87% ($p = 0,01$).

Conclusiones: El uso de insulina previo al ingreso y las complicaciones postoperatorias son los factores de riesgo independientes relacionados con las hipoglucemias durante la hospitalización en plantas quirúrgicas. La intervención proactiva por parte de un endocrinólogo y una enfermera de práctica avanzada educadora de diabetes, reduce de forma significativa el porcentaje de pacientes con hipoglucemia durante la hospitalización.

SESIÓN ORAL 5: TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA DIABETES

CO-025. IMPACTO DE LA MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA SOBRE EL GRADO DE CONTROL GLUCÉMICO EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1: UN ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL EN ANDALUCÍA (ESPAÑA)

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

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ^bDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España. ^cPlan Integral de Diabetes de Andalucía, Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía, Sevilla, España.

Objetivos: Evaluar el impacto de la implantación de sistemas de monitorización flash de glucosa (MFG) sobre el grado de control glucémico en términos de HbA_{1c} en Andalucía en adultos con diabetes tipo 1 (DM1).

Material y métodos: Estudio de cohorte de base poblacional. Se incluyeron adultos (≥ 18 años) con diagnóstico definitivo DM1 y al menos 12 meses de evolución de la diabetes con seguimiento en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), que iniciaron el uso de MFG con financiación pública entre 1/1/2020 y 31/12/2021 y contaban con al menos 12 meses de uso de estos dispositivos (fuente de información: base poblacional de salud). Se consideró HbA_{1c} pre-MFG al valor de HbA_{1c} dentro de los 3 meses previos al inicio de la MFG. Como HbA_{1c} post-MFG se consideró la última disponible a fecha de 31/12/2022, dentro de los 3 meses previos a esta valoración.

Resultados: 9.849 adultos con DM1 fueron incluidos, un 46,9% mujeres con edad media 43,7 años (DE 13,5) y tiempo de evolución de la diabetes 20,1 años (DE 12,7). El tiempo de seguimiento desde la implantación de MFG fue de 24,8 meses (DE 6,0). La HbA_{1c} media pre-MFG fue de 7,8% (DE: 1,4), y las post-MFG 7,4% (DE 1,1); lo que supuso una reducción de -0,35% [IC95% -0,38; -0,33], $p < 0,001$. No se encontraron diferencias clínicamente significativas entre sexos (diferencia entre varones y mujeres -0,05% [-0,09; 0,01], $p = 0,051$). En relación a la edad, se encontró una asociación inversamente proporcional entre la edad y la reducción observada de HbA_{1c} ($r: -0,05$, $p < 0,001$), observando la mayor reducción en personas entre 18-30 años (-0,38% de media, DE 1,16) frente a -0,20% (DE 0,81) en personas entre 65-74 años, y +0,03% (DE 1,23) en personas > 75 años. El porcentaje de personas con HbA_{1c} $< 7,0\%$ aumentó un +7,2% (22,2% pre-MFG vs. 29,5% post-MFG), mientras que el de personas con HbA_{1c} 8,0-9,9% disminuyó un 9,4% (36,1% pre-MFG vs. 26,7% post-MFG), al igual que el de personas con HbA_{1c} $> 10,0\%$ (-3,8%, pre-MFG 7,0%, post-MFG 3,2%).

Conclusiones: La implantación de sistemas MFG en adultos con DM1 ha incidido de forma significativa en una mejoría del control glucémico en dicha población, traducido en reducción general de HbA_{1c}, con un aumento del porcentaje de personas con un control óptimo y una reducción de personas con control pésimo.

CO-026. PERFIL GLUCÉMICO NOCTURNO SEGÚN EL MOMENTO DE INYECCIÓN DE INSULINA RÁPIDA ANTES DE LA CENA Y EL TIPO DE INSULINA BASAL. UN ESTUDIO DE VIDA REAL BASADO EN EL CAPUCHÓN DE INSULINA CONECTADO INSULCLOCK®

F. Gómez Peralta^a, X. Valledor^b, C. Abreu^a, E. Fernández Rubio^c, L. Cotovad^d, P. Pujante^e, S. Azriel^f, R. Corcoy^g, J. Pérez González^h y L. Ruiz-Valdepeñas^b

^aHospital General de Segovia, Segovia, España. ^bInsulcloud S.L. Research and Development Unit, Madrid, España. ^cServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España. ^dServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol, España. ^eServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ^fServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, España. ^gServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción y objetivos: Un período nocturno seguro y cercano a los objetivos glucémicos es fundamental para las personas con diabetes tipo 1 (DM1). Este estudio analiza la influencia del momento y el tipo de insulina rápida antes de la cena y la insulina basal sobre el perfil glucémico nocturno.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en vida real en personas con DM1 utilizando múltiples inyecciones diarias. Se analizaron los datos de monitorización continua de la glucosa (MCG, Freestyle Libre2®) de diez horas después de la cena junto con los de las inyecciones de insulina registradas automáticamente con el capuchón para plumas de insulina conectado Insulclock®. Se utilizó el algoritmo Glucose Rate Increase Detector (GRID) para detectar automáticamente