

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

las excursiones de glucosa de las comidas a través de la tasa de cambio de glucosa a partir de los datos de MCG. La glucometría se evaluó de acuerdo con el momento de inyección de la insulina rápida alrededor de la cena y el tipo de análogo de acción corta y prolongada.

Resultados: Se analizaron perfiles nocturnos ($n = 775$, 49 sujetos). Se observó una mayor área bajo la curva nocturna de glucosa por encima de 180 mg/dL en las inyecciones retrasadas de insulina rápida (media; %; mg/dL \times h): -45-15 min ($n = 136$; 17,5%), $175,96 \pm 271,0$; -15-0 min ($n = 231$; 29,8%), $164,0 \pm 237,1$; 0+45 min ($n = 408$; 52,6%), $203,6 \pm 260,9$, ($p 0,049$). El uso de análogos de insulina ultrarrápida (FiAsp®) frente a los análogos de primera generación se asoció con menos eventos de glucosa < 70 mg/dL (7,1 vs. 13,6; $p 0,0051$) y tiempo en glucosa inferior a 70 mg/dL (TBR70) (1,67 vs. 4,58%; $p 0,0036$). Los eventos de glucosa < 70 mg/dL y TBR70 ajustados por glucosa basal fueron similares en aquellos que usaban distintos análogos basales de segunda generación (glargina U300 vs. degludec).

Conclusiones: El momento y el tipo de insulina prandial de la cena afectan a todo el perfil glucémico nocturno. El uso de análogos de insulina ultrarrápida como insulina prandial reduce la hiper e hipoglucemia postprandial, incluso en inyecciones retrasadas.

CO-027. LOS DIFERENTES SISTEMAS DE ASA CERRADA HÍBRIDA PERMITEN ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE CONTROL GLUCÉMICO INDEPENDIENTEMENTE DE SU INDICACIÓN Y DEL TRATAMIENTO PREVIO

E. Safont Pérez^a, A. Martínez Díaz^a, M. Romero González^a, R. Corcoy Pla^{a,b,c}, H. Sardà Simó^{a,c}, N. Mangas Fernández^{a,b} y A.I. Chico Ballesteros^{a,b,c}

^aHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

^bCIBER-BBN, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

^cUniversitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España.

Objetivos: Analizar el control glucémico obtenido con los sistemas de asa cerrada híbrida (HCL) en pacientes con DM1.

Material y métodos: Se evaluó una muestra de pacientes con DM1 tratados con HCL durante > 3 meses, recogiendo datos de glucometría previos y tras 1 y 3 meses de uso. Se comparó con otro grupo de pacientes que iniciaron ISCI sin catéter por rechazo a HCL.

Resultados: $n = 228$ sujetos (116 780G, 47 Control IQ, 54 Diabeloop y 11 Ypsomed): edad $49,4 \pm 12$ años, duración diabetes $28,3 \pm 12$ años, 167 mujeres, 47,7% previamente usuarios de ISCI, 27,15% de MDI, 21,7% de SAP y 3,45% de otro HCL. $N = 25$ sujetos (13 ISCI Solo y 12 GlucomenPump + MCG): $47,2 \pm 9$ años, duración diabetes $26,4 \pm 12$ años, 11 mujeres. Con HCL todos los parámetros mejoraron significativamente al mes y a los 3 meses. Un 59% de pacientes alcanzaron el objetivo combinado $TIR \geq 70 + CV \leq 36 + TBR \leq 4$ ya en el primer mes y la HbA_{1c} bajó de $7,52 \pm 1$ a $6,68 \pm 0,76\%$ a los 3 meses. Con ISCI sin catéter mejoró no significativamente el TIR, TAR y TBR y la HbA_{1c}

pasó de $7,3 \pm 0,8$ a $7,4 \pm 0,8$ a los 3 meses. Los 4 grupos de HCL diferían en indicación (mal control, variabilidad, hipoglucemias), tipo de sensor y tratamiento previo: Los de 780G provenían mayoritariamente de SAP (51%); los de Control IQ de MDI (38,3%); los de Diabeloop de ISCI (53,7%) y los de Ypsomed de ISCI. En el grupo de 780G, los sujetos que provenían de MDI mejoraron más TIR, TAR2 y TBR1. Los objetivos se alcanzaron con los 4 HCL al cabo de 1 y 3 meses. Datos primer mes (tabla). 780G: TIR $76,4 \pm 11$, TAR1 $17,3 \pm 7$, TAR2 $3,7 \pm 4$, TBR1 $1,6 \pm 1,3$, TBR2 $0,3 \pm 0,6$, CV 31 ± 5 . Control IQ: TIR $73,4 \pm 9$, TAR1 18 ± 6 , TAR2 6 ± 5 , TBR1 $1,3 \pm 1,2$, TBR2 $0,4 \pm 0,9$, CV 34 ± 6 . Diabeloop: TIR $75,7 \pm 9$, TAR1 $17,9 \pm 6$, TAR2 5 ± 4 , TBR1 $1,4 \pm 1$, TBR2 $0,33 \pm 0,4$, CV $28,6 \pm 3,7$. Ypsomed: TIR $74,6 \pm 8$, TAR1 $17,45 \pm 5$, TAR2 $4,5 \pm 3$, TBR1 $2,5 \pm 1,5$, TBR2 $0,8 \pm 0,9$, CV $34,5 \pm 5$.

Conclusiones: Pese a la heterogeneidad de los grupos, los 4 sistemas HCL permiten alcanzar los objetivos de control ya en el primer mes y a los 3 meses, mientras que la ISCI sin catéter no lo consigue, confirmando que HCL es el tratamiento más eficaz en DM1.

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

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

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

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

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

Tabla CO-027

	Pre-HCL	1 mes HCL	3 meses HCL	Pre-ISCI parche	3 meses ISCI parche
Glucemia media (mg/dl)	161,25 \pm 36,2	148,5 \pm 15,75	148 \pm 21	161,9 \pm 34,8	157 \pm 24
%TIR	59,8 \pm 14,75	75 \pm 9,25	74 \pm 9,25	61 \pm 17	64,45 \pm 15
%TAR1	23,5 \pm 8	17,6 \pm 6	17,7 \pm 6	28,4 \pm 14	22,57 \pm 10
%TAR2	12,2 \pm 11	4,8 \pm 4	5,5 \pm 4,7	14,8 \pm 8,8	12,52 \pm 9
%TBR1	3,45 \pm 2,9	1,71 \pm 1,25	1,77 \pm 1,32	3,55 \pm 4	3,29 \pm 2,75
%TBR2	0,76 \pm 1,3	0,39 \pm 0,7	0,43 \pm 0,6	0,18 \pm 0,4	0,29 \pm 0,4
%CV	37,6 \pm 6	32 \pm 5	32,5 \pm 4	35,4 \pm 9,6	38,3 \pm 6,5
%GMI	7,28 \pm 0,7		6,85 \pm 1,2	7,2 \pm 0,8	7 \pm 0,5

información: registro del Centro de Emergencias Sanitarias 061). Para el cálculo de tasas se consideró el tiempo desde inicio de seguimiento hasta evento (tasa pre-MFG) y el transcurrido desde el inicio de uso de MFG hasta evento (tasa post-MFG).

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

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

CO-029. IMPACTO DE UN SISTEMA HÍBRIDO DE ASA CERRADA EN EL CONTROL GLUCÉMICO A LO LARGO DEL CICLO MENSTRUAL EN MUJERES CON DIABETES TIPO 1 E HIPOGLUCEMIA RECURRENTE

C. Solà^a, Á. Mesa^a, I. Vinagre^{a,c}, M. Granados^a, I. Pueyo^a, I. Conget^{a,b,c} y M. Giménez^{a,b,c}

^aUnidad de Diabetes, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. ^bCentro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ^cIDIBAPS (Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer), Barcelona, España.

Objetivos: Muchas mujeres con diabetes tipo 1 (DT1) presentan fluctuaciones del control glucémico a lo largo del ciclo menstrual (CM). Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de un sistema híbrido

de asa cerrada (HCL) en el control glucémico durante las distintas fases del CM en mujeres con DT1 e hipoglucemia recurrente.

Material y métodos: Estudio observacional, ambispectivo realizado en mujeres con DT1 e hipoglucemia recurrente que cambiaron terapia bomba-sensor (SAP: Minimed 640G) por HCL (Minimed 780G). Emparejamos consecutivamente tres CM antes y después de cambiar de terapia y comparamos datos glucométricos y de administración de insulina por fases: folicular precoz (días 1-3), folicular tardía (días 6-8) y lútea tardía (días -3 a -1 del siguiente ciclo). El objetivo primario fue el cambio del porcentaje de tiempo < 70 mg/dL (%TBR < 70) para cada fase del CM, antes y después del inicio de HCL. Como objetivos secundarios se incluyeron cambios en el tiempo en rango 70-180 mg/dL (%TIR), en el tiempo < 54 mg/dL (%TBR < 54) y variaciones en las dosis de insulina (basal, bolo y total).

Resultados: Se incluyeron 13 mujeres (edad 36,9 ± 8,6 años, duración DT1 24,2 ± 11,6 años), analizándose 39 pares de CM. Con terapia SAP, el %TBR < 70 fue significativamente mayor durante la fase folicular tardía que durante la fase lútea tardía (5,8 ± 5,1 vs. 4,1 ± 3,0), sin observarse cambios significativos del %TIR a lo largo del CM. El cambio a HCL se asoció con un aumento del %TIR y una disminución del %TBR < 70 y del %TBR < 54 en todas las fases del CM (tabla). Observamos variaciones fase dependientes en las dosis de insulina y las diferencias preexistentes en %TBR < 70 desaparecieron (3,5 ± 3,2 vs. 3,0 ± 3,0). Sin embargo, se observó un %TIR significativamente mayor durante la fase folicular precoz que durante la fase lútea tardía (79,1 ± 9,3 vs. 74,5 ± 10,0).

Conclusiones: En mujeres con DT1 e hipoglucemia recurrente tratadas con SAP, el inicio de HCL mejoró el control glucémico durante todas las fases del CM. Aunque desaparecieron las diferencias preexistentes en el tiempo en hipoglucemia, tras el inicio de HCL se evidenciaron diferencias significativas en el TIR a lo largo del CM.

CO-030. USO DE ALARMAS Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 USUARIOS DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA

A. Martínez Díaz^a, M. Romero González^a, E. Safont Pérez^a y A.I. Chico Ballesteros^{a,b,c}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bCIBER-BBN, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ^cUniversidad Autónoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallès, España.

Objetivos: Evaluar el uso de las alarmas y su relación con el control glucémico en sujetos con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) usuarios de monitorización continua de glucosa (MCG).

Tabla CO-029

Resultados glucométricos antes y después de HCL a lo largo del CM

	Folicular precoz			Folicular tardía			Lútea tardía		
	SAP	HCL	p	SAP	HCL	p	SAP	HCL	p
TBR < 54 mg/dL (%)	1,0 ± 1,0	0,6 ± 0,9	0,052	1,8 ± 3,2	0,7 ± 1,2	0,017	1,3 ± 1,5	0,6 ± 0,8	0,004
TBR < 70 mg/dL (%)	4,9 ± 3,7	3,0 ± 2,6	0,014	5,7 ± 5,0	3,5 ± 3,2	0,019	4,1 ± 3,0	3,0 ± 3,0	0,049
TIR 70-180 mg/dL (%)	66,2 ± 14,6	79,1 ± 9,3	< 0,001	66,6 ± 13,8	75,3 ± 9,4	0,001	64,7 ± 13,5	74,5 ± 10,0	< 0,001
TAR > 180 mg/dL (%)	28,9 ± 16,3	18,0 ± 9,7	< 0,001	27,5 ± 15,4	21,3 ± 10,0	0,015	31,1 ± 10,4	22,5 ± 7,1	0,002
Insulina diaria total (U/d)	31,5 ± 10,8	32,1 ± 11,8	0,794	33,5 ± 10,8	32,1 ± 12,1	0,034	34,0 ± 10,5	34,3 ± 12,0	0,953
Porcentaje de insulina prandial (%)	49 ± 0,12	57 ± 0,09	< 0,001	49 ± 0,11	58 ± 0,09	< 0,001	51 ± 0,12	58 ± 0,1	< 0,001

Tabla CO-30

	Total n = 70	Hipo on y funciona (n = 46)	Hipo off o falla (n = 24)	Hiper on y funciona (n = 44)	Hiper off o falla (n = 26)	Ambas on y funcionan (n = 42)	Ambas off o fallan (n = 28)
%TIR	60,4 ± 17	61 ± 16	59,5 ± 16	61,8 ± 16	58 ± 18	61,6 ± 17	58,6 ± 17
%TAR1	25 ± 9	24,8 ± 10	26 ± 11	24 ± 8,6	26,7 ± 11,4 (*)	24 ± 8,8	26,7 ± 11
%TAR2	12 ± 11	11,8 ± 11	11,4 ± 10	11,8 ± 12,5	12,5 ± 10,4	12 ± 12,7	11,9 ± 10,3
%TBR1	2,5 ± 2,7	2,4 ± 2,7	2,9 ± 2,7	2,43 ± 2,7	2,6 ± 2,7	2,38 ± 2,8	2,64 ± 2,6
%TBR2	0,23 ± 0,64	0,21 ± 0,6	0,3 ± 0,6	0,23 ± 0,7	0,23 ± 0,43	0,17 ± 0,7	0,32 ± 0,54
Glucosa media (mg/dl)	168 ± 33	167 ± 31	168 ± 34	167 ± 33	171 ± 35	168 ± 33	170 ± 34
%GMI	7,3 ± 0,7	7,3 ± 0,7	7,3 ± 0,6	7,3 ± 0,8	7,36 ± 0,7	7,31 ± 0,7	7,33 ± 0,66
%CV	34,8 ± 5,5	34,8 ± 5,8	34,6 ± 5	35,3 ± 5,6	33,9 ± 5,2	35 ± 5,9	34 ± 5
%HbA _{1c}		7,42 ± 1	7,62 ± 0,9	7,37 ± 1	7,74 ± 0,8	7,4 ± 1	7,64 ± 0,9

Material y métodos: Evaluación retrospectiva de pacientes DM1 usuarios de MCG atendidos consecutivamente en el Hospital de Sant Pau. Recogida de datos de la diabetes, uso y umbral de alarmas, datos glucométricos (14 días previos a la visita), hipoglucemias graves (HG) en los últimos 6 meses y percepción de hipoglucemias (cuestionario de Clarke).

Resultados: Inclusión de 70 pacientes (35 mujeres), edad media 56,2 ± 15 años, duración de DM1 26,4 ± 15 años. El 94% eran usuarios de múltiples dosis de insulina (MDI) y el 6% de sistemas de infusión continua de insulina (ISCI). El 17%, 20% y 14% tenían desactivadas las alarmas de hipoglucemia, hiperglucemia y ambas respectivamente. Un 20,6% de pacientes con alarmas activas referían que éstas siempre o a veces no les advertían. El umbral de hipoglucemia más frecuente fue 70 mg/dl (70%) y el de hiperglucemia 240 mg/dl (54,2%). El tiempo de hiperglucemia entre 180-250 mg/dl (TAR1) fue mayor en pacientes con alarma de hiperglucemia desactivada/no funcionante vs. alarma activa y funcionante (p = 0,043). El tiempo de hipoglucemia entre 70-54 mg/dl (TBR1) y < 54 mg/dl (TBR2) fue mayor en individuos con alarma de hipoglucemia desactivada/no funcionante respecto a los que tenían alarma activa y funcionante. La Hb1Ac fue mayor en sujetos con alarmas desactivadas/no funcionantes. Cuatro sujetos (6%) presentaron HG (3 con alarma de hipoglucemia activa y funcionante en 70 mg/dl). Catorce sujetos (20%) tenían un cuestionario de Clarke indeterminado/patológico (≥ 3), 7 con alarma de hipoglucemia desactivada/no funcionante y 7 con alarma de hipoglucemia activa y funcionante, ninguno de ellos presentó HG.

Conclusiones: Un porcentaje elevado de DM1 que usan MCG desactivan las alarmas o tienen problemas con ellas. Se observa una tendencia a peor control glucémico en los pacientes sin alarmas, pero sin significación estadística probablemente debido al tamaño muestral. Solo la mitad de los sujetos con hipoglucemia asintomática o límite dispone de alarma de hipoglucemia activa y funcionante.

SESIÓN ORAL 6: DIABETES Y GESTACIÓN

CO-031. PROGRAMACIÓN INTRAUTERINA EN LA DIABETES PREGESTACIONAL: ¿CUMPLE UN PAPEL LA MICROBIOTA PLACENTARIA?

M.C. Valverde Tercedor^a, B. Vega Guedes^b, F. Jroundi^c, V. Dávila Batista^a, J.S. Álvarez Cuenod^b, V. González Rosa^b y A.M. Wägner^{a,b}

^aInstituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias (iUIBS), Las Palmas de Gran Canaria, España. ^bComplejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España. ^cUniversidad de Granada, Granada, España.

Introducción: La diabetes (DM) pregestacional se asocia a mayor riesgo de obesidad y DM en la descendencia. Hay eventos intraute-

Tabla CO-031

DM1 vs. DM2	DM1 vs. control	DM2 vs. control
<i>Prevotella</i>	<i>Alistipes</i>	<i>Pantoea</i>
<i>Eubacterium eliens</i>	<i>Haemophilus</i>	<i>Campylobacter</i>
<i>Subdoligranulum</i>	<i>Lactobacillus</i>	<i>Chloroplast</i>
<i>Ruminococcus</i>	<i>Blautia</i>	<i>Mitochondria</i>
<i>Lactobacillus</i>	<i>Parabacteroides</i>	<i>Haemophilus</i>
<i>Campylobacter</i>	<i>Subdoligranulum</i>	<i>Ezakiella</i>
<i>Parabacteroides</i>	<i>Bifidobacterium</i>	<i>Kocuria</i>
<i>Eubacterium hallii</i>	<i>Paracoccus</i>	<i>Alistipes</i>
<i>Corynebacterium</i>	<i>Ruminococcaceae/uncultured</i>	
<i>Blautia</i>	<i>Faecalibacterium</i>	

p < 0,05 para todos los casos.