

P-043. RESULTADOS MATERNO-FETALES EN UNA COHORTE DE MUJERES CON DIABETES PREGESTACIONAL

M. Peinado Ruiz, I. Serrano Olmedo, E. Torrecillas del Castillo, P. Rodríguez de Vera, C. Morales Portillo y M.A. Martínez Brocca

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción y objetivos: Describir el grado de control metabólico en las pacientes con diabetes mellitus pregestacional en seguimiento por la consulta monográfica de diabetes y embarazo, así como, la aparición de posibles complicaciones materno-fetales y las distintas causas de ingreso en UCI neonatal.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo. Se han un total de 120 pacientes desde junio de 2019 hasta julio de 2023. Analizamos características basales de las pacientes, tipo de tratamiento previo y nivel de hemoglobina glicosilada (A1c) previa. Así mismo valoramos el grado de control metabólico durante el embarazo mediante HbA_{1c} y, en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1), el tiempo en rango (TIR), en hiperglucemia (TAR) y en hipoglucemia (TBR) en cada trimestre. Evaluamos también posibles complicaciones materno-fetales y distintas causas de ingreso en UCI neonatal.

Resultados: De los 9 RN ingresados en UCI de madre con diabetes pregestacional tipo 1 se han obtenidos datos de 6 de ellos, de los cuales: 3 (50%) presentaron distrés respiratorio, 3 (50%) ictericia con necesidad de fototerapia, 3 (50%) hipoglucemia sintomática, 3 (50%) hipocalcemia, 1 (16,7%) hipomagnesemia y 2 (33,3%) encefalopatía hipóxico-isquémica por parto distócico. De los 5 RN ingresados en UCI de madre con diabetes pregestacional tipo 2: 4 (80%) ictericia con necesidad de fototerapia, 2 (40%) hipoglucemia sintomática y 1 (20%) hipocalcemia. Se encontró en las mujeres con complicaciones neonatales un menor TIR en el 1^{er} trimestre (58,9 vs. 55,4%), en el 2^o trimestre (62,6 vs. 55,3%) y en el 3^o trimestre (67,5 vs. 54%) así como un mayor TAR, tanto en el 1^{er} trimestre (34,6 vs. 36,5%), en el 2^o trimestre (31,2 vs. 38,6) y en el 3^{er} trimestre (27,6 vs. 29,5%). No hubo diferencias entre los niveles de A1c en estas pacientes respecto a las que no tuvieron complicaciones.

	DM1	DM2
N (%)	65 (52%)	60 (48%)
Edad media	32,7	34,5
Tiempo evolución de la diabetes (años)	17,57	4,16
MFG	92,3%	30%
A1c pregestación	7,59%	6,5%
Planificación de gestación	40%	31,6%

Conclusiones: Existe una baja planificación de la gestación. Encontramos un alto número de cesáreas en ambos grupos, destacando en las pacientes con DM2 el importante grado de obesidad. El porcentaje de preeclampsia y RN macrosómicos destaca en DM1 frente a DM2. Se relaciona un mayor riesgo de padecer complicaciones materno-fetales con un mayor tiempo por encima de rango y un menor tiempo en rango.

P-044. SITUACIÓN ACTUAL Y PROPUESTAS DE MEJORA EN LA DETECCIÓN POSPARTO DE DM TIPO 2 TRAS DIABETES GESTACIONAL

A.M. Calvo Morado, R. Carbonell Hernández, A. Manzano Olivera, N. Natal Suárez, A.M. Martín Carabias, I. Gaité Sánchez y M.T. Mories Álvarez

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Objetivos: Principal: realizar propuestas de mejora en la detección posparto de DM tipo 2 tras diabetes gestacional en la provincia española objeto de estudio, referencia de más de 300.000 personas. Secundarios: 1. Cuantificar mujeres diagnosticadas de DMG en 2020 y reevaluadas tras parto para detección de DM tipo 2. 2. Describir características de mujeres diagnosticadas de DMG en 2020 respecto a antecedentes, parámetros antropométricos y embarazo. 3. Averiguar si alguna característica clínica de mujeres diagnosticadas de DMG en 2020 se relacionó con mayor probabilidad de alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado tras parto.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron historias clínicas de mujeres diagnosticadas de DMG en 2020, que incluye todas las mujeres del sistema público sanitario de la provincia estudiada. El diagnóstico se basa en la estrategia en dos pasos recomendada por GEDE. La mujer solicita reevaluación posparto mediante llamada al Laboratorio de Endocrinología para realizar SOG 75 g. Para el análisis de datos se usó el programa IBM SPSS Statistics versión 26. Se utilizó media, mediana, frecuencias, porcentajes, pruebas de Fisher y Kolmogorov-Smirnov y test de Student, U Mann-Whitney y chi cuadrado. $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. Se realizó *brainstorming* entre autores para propuestas de mejoras en detección posparto de DM2. Revisión bibliográfica

Resultados: En 2020, 117 mujeres fueron diagnosticadas de DMG en la provincia objeto de estudio, media de 35,59 años DE: 4,309, 14,9% habían tenido DMG previa, mediana IMC pregestacional 24,45 (RI: 7,7). 65 mujeres realizaron reevaluación SOG 75 g, de las que 6,2% fueron diagnosticadas de DM2 y 29,2% de prediabetes. HbA_{1c} se solicitó en 48 mujeres reevaluadas y 7 de ellas fue superior a 5,7%, coincidiendo todas con SOG 75 g patológica. Mediana del tiempo entre parto y reevaluación posparto fue de 24 semanas (RI: 16), mínimo 5 y máximo 83 semanas. Se encontró significación estadística entre número de puntos patológicos en SOG100g realizada en el embarazo y el resultado positivo de la reevaluación posparto. Como propuesta de mejora: se plantea estrategia proactiva tras parto mediante llamada telefónica de enfermeras de Unidad de Educación Diabetológica para facilitar cita SOG75g y aumento de contenido educativo durante el embarazo de la importancia de la reevaluación.

Conclusiones: 117 mujeres fueron diagnosticadas de DMG en 2020 en la provincia estudiada, la mitad con sobrepeso/obesidad previa a gestación, media de edad: 35,59 años. 44,4% de mujeres realizaron reevaluación tras parto, coincidiendo con otros estudios. Más de 1/3 de mujeres que realizaron SOG75g tras parto fueron diagnosticadas de prediabetes o DM2. Se relacionó más puntos patológicos en SOG100g con más posibilidades de reevaluación positiva para prediabetes/DM2. Desde Servicio de Endocrinología y Nutrición se plantea una estrategia proactiva para intentar aumentar este porcentaje.

MONITORIZACIÓN DE LA DIABETES

P-045. USO EN VIDA REAL DE LAS ALARMAS EN UN SISTEMA DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA

M. Guijarro Chacón, M. Fernández Bueso, J. González Prieto, L. Babiano Benito y P. Beato Víbora

Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Introducción: Los sistemas de monitorización continua de glucosa (MCG) miden la glucosa de forma continua aportando información

Tabla P-045

Glucometría en los diferentes grupos según la configuración de las alarmas

	Alarmas desactivadas (n = 31)	Alarmas activadas < 70 mg/dl y > 220 mg/dl (n = 39)	Alarmas activadas ≥ 70 mg/dl y ≤ 220 mg/dl (n = 44)	p
TIR (%)	53,3 ± 15,3	62,0 ± 17,7	64,8 ± 11,5	0,006
TAR (%)	43,7 ± 18,2	34,5 ± 17,9	31,7 ± 13,1	NS
TBR (%)	2,8 ± 3,4	3,3 ± 4,2	3,4 ± 4,0	NS
HbA1C estimada (%)	7,5 ± 0,8	7,2 ± 0,7	7,0 ± 0,51	0,008
CV (%)	36,4 ± 4,5	36,0 ± 6,1	34,5 ± 5,4	NS
Uso del sensor (%)	96,4 ± 4,9	97,6 ± 2,6	97,8 ± 2,6	NS

n = 114.

de la misma en tiempo real. Las alarmas son una herramienta valiosa, pero también pueden interferir con las actividades cotidianas de las personas con diabetes. El objetivo del estudio fue evaluar el uso de las alarmas de MCG y su relación con el control de la diabetes.

Material y métodos: Se recogieron las descargas de MCG de personas con diabetes tipo 1 (DM1) usuarias del sistema Dexcom G6®. Se analizó la configuración de las alarmas y los datos de control glucémico (tiempo en rango (TIR), tiempo en hiperglucemia (TAR), tiempo en hipoglucemia (TBR), HbA_{1c} estimada y coeficiente de variación (CV)).

Resultados: Se incluyeron 114 personas con DM1 con Dexcom G6® (43 mujeres, edad: 46 ± 12 años), la alarma de límite bajo estaba activada en un 92,7% (n = 106) de los sujetos y la alarma de límite alto estaba activada en un 74,5% (n = 85) de los mismos. La alarma de descenso rápido estaba activada en un 46,4% (n = 53) de los usuarios y la de ascenso rápido en un 27,6% (n = 31). Se dividieron los usuarios en grupos según la configuración de las alarmas (alarmas desactivadas, alarmas activadas < 70 mg/dl y > 220 mg/dl o alarmas activadas ≥ 70 mg/dl y ≤ 220 mg/dl). Se muestran en la tabla los datos de control glucémico en función de la configuración de alarmas.

Conclusiones: Las alarmas de límite, especialmente de límite bajo, son las más utilizadas, mientras que las alarmas de ritmo de ascenso o descenso rápidos son utilizadas con poca frecuencia. El uso de alarmas de límite más estrictas se relaciona con un mejor control glucémico que el uso de alarmas menos estrictas o la ausencia de activación de las alarmas.

P-046. CONSECUENCIAS DEL CAMBIO DE MONITORIZACIÓN FLASH A CONTINUA DEL SISTEMA FREESTYLE LIBRE 2

I. Borrego Soriano, P. Vázquez Pérez, Ó. Moreno Domínguez, B. Barquiel Alcalá, E. García Pérez de Sevilla, N. Hillman Gadea y N. González Pérez de Villar

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Durante la primera quincena de octubre de 2023 se produjo en España una actualización en el sistema Freestyle Libre 2, de manera que a la monitorización *flash* de glucosa se añadió la monitorización continua. Este hecho repercute en la información que obtienen las personas con DM usuarias del sistema y, por tanto, también puede suponer diferencias en sus decisiones y resultados metabólicos. Nuestros objetivos consisten en analizar si existen diferencias en el uso del dispositivo de monitorización de glucosa Freestyle Libre 2 tras el paso de *flash* a continuo, y describir si dichas diferencias suponen cambios en los parámetros de glucometría.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo comparando los datos obtenidos en dos fechas diferentes: 9 de julio de 2023 (monitorización *flash*) y 30 de noviembre de 2023 (monitorización continua). Se seleccionaron los datos de uso del sensor y de glucometría a través de la base de Libreview de los pacientes dados de alta en la plataforma y vinculados con nuestra Unidad de Diabetes. Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS26 Statistics.

Resultados: El cambio del dispositivo de monitorización de glucosa Freestyle Libre 2 de *flash* a continuo ha supuesto un aumento medio de las visitas a la aplicación con respecto a los escaneos previos (16,3 vs. 9,3, p < 0,001), así como un mayor uso del dispositivo (86 vs. 82,7%, p < 0,001). Hemos encontrado diferencias significativas en diversos parámetros de glucometría, con una reducción media del TBR y de los eventos de glucosa baja, con un leve incremento, aunque significativo, del valor de glucosa promedio, del GMI y del TAR, sin diferencias en el coeficiente de variación (tabla).

Resultados

	Julio 2023	Noviembre 2023	p
N	1.742 pacientes	1.742 pacientes	
Glucosa promedio (mg/dL)	160	162	< 0,05
CV (%)	36	34	< 0,44
GMI (%)	7	7,1	< 0,019
TIR (%)	51,2	50	< 0,008
TBR (%)	4,6	4	< 0,001
TAR (%)	44	46	< 0,001
Eventos de glucosa baja	0,527	0,5	< 0,024
Uso del sensor (%)	82,7	86	< 0,001
Escaneos/visitas a la aplicación	9,3	16,3	< 0,001

Conclusiones: El paso del dispositivo Freestyle Libre 2 de monitorización *flash* a continua de glucosa ha resultado en un mayor uso del sensor así como en un mayor número de visitas diarias a la aplicación. Este mayor uso puede ser responsable de la reducción en el número de hipoglucemias (confirmado por TBR y eventos de glucosa baja). Es preciso confirmar estos resultados una vez pasada la novedad del cambio.

P-047. CARACTERIZACIÓN DEL MANEJO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS EN ESPAÑA. UNA VISIÓN POR PERFIL DE PACIENTE - ESTUDIO DIME

E. Fernández Rubio^a, A. Pérez Pérez^b, V. Bellido Castañeda^c, F.J. Pomares Gómez^d, E. García Fernández^e, H. Díaz-Cuervo^f y S. Gaztambide Sáenz^g

^aHospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España. ^bHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^cHospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ^dHospital Universitario San Juan, Alicante, España. ^eHospital 12 de Octubre, Madrid, España. ^fAxentiva Solutions SL, Oviedo, España. ^gFundación de la Sociedad Española de Diabetes, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Este estudio busca caracterizar el manejo actual de pacientes con diabetes mellitus (DM) en España, por perfiles clave, en cuanto a tratamientos farmacológicos y monitorización.

Material y métodos: En el marco del estudio DiMe, esponsorizado por la FSED, se diseñó un cuestionario online dirigido a profesionales sanitarios responsables del manejo de pacientes con DM. Estuvo disponible para respuesta entre junio-septiembre 2023. El cuestionario se estructuró en 8 perfiles (DM1: obesidad, fragilidad, hipoglucemias inadvertidas/graves; DM2: Obesidad, fragilidad, enfermedad vascular aterosclerótica -EVA-, insuficiencia renal -IR-, insuficiencia cardíaca -IC-). Para cada perfil se recogieron, según opinión del profesional: características básicas del paciente tipo, tratamiento óptimo, tratamiento más frecuente, monitorización óptima para el tratamiento óptimo y monitorización más frecuente. Se analizó descriptivamente cada perfil, y se realizó un análisis agregado de monitorización para tratamiento óptimo insulínico en DM2.

Resultados: Se obtuvieron entre 20 y 38 respuestas para cada perfil. De los 181 respondedores, con representación de todas las CCAA, la mayoría fueron endocrinólogos, seguidos por enfermeras/educadoras. DM2: arGLP1 + isGLT2 + metformina fue el tratamiento óptimo más reportado para obesidad y EVA (45% y 33%, respectivamente). También para IC, junto con arGLP1 + isGLT2 + metformina + insulina (24% cada tratamiento). Para IR, fue arGLP1 + isGLT2 (30%) y, para fragilidad, idPP4 + metformina + insulina (19%). En la mayoría de los casos tratamiento óptimo/frecuente coincidieron, mostrando la menor concurrencia en IR (63%). La valoración de necesidad de monitorización para el tratamiento óptimo varió entre el 41% (EVA) y el 60% (fragilidad). *Flash* se consideró el sistema óptimo para obesidad, IR, IC y fragilidad. Para EVA, se optó por glucemia capilar. La coincidencia entre monitorización óptima/frecuente varió entre el 33% (fragilidad) y el 72% (IC). Para el agregado de tratamientos óptimos insulínicos en DM2, se consideró en un 76% la necesidad de monitorización, siendo el *flash* el sistema más elegido (41%). En un 44%, la monitorización óptima no fue la más frecuente, debido a disponibilidad/reembolso del sistema óptimo. Para tratamiento insulínico y *flash* o *real-time*, la mayoría reportaron necesidad de mediciones adicionales de glucosa capilar (72% y 100% de los pacientes respectivamente, media de 7,8 tiras/semana para sistema *flash*). DM1: la infusión subcutánea continua de insulina fue el tratamiento óptimo para hipoglucemias y fragilidad, mientras que la terapia multidosis lo fue para obesidad. La coincidencia tratamiento óptimo/frecuente varió entre 54% (hipoglucemias) y 74% (fragilidad). Para monitorización, el sistema óptimo fue *flash* en obesidad y *real-time* para hipoglucemias, obteniendo un número equivalente de respuestas para fragilidad. La coincidencia monitorización óptima/frecuente varió entre el 42% (hipoglucemias) y el 82% (obesidad).

Conclusiones: El estudio DiMe proporciona una visión, actualizada y pormenorizada a nivel nacional, sobre el tratamiento y monitorización considerados óptimos y la práctica clínica habitual en diferentes perfiles de pacientes con DM1 y DM2 en España.

P-048. ¿LA ACTIVACIÓN DE ALARMAS EN LOS SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA MEJORA EL CONTROL GLUCÉMICO?

M.F. Reinoso Gomezcoello, R. Vegara Fernández, H. Urriza, J.A. Rosado, M. Durán Martínez, I. Pavón, M. Merino, G. Guijarro, P. Iglesias y C. Navea

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España.

Introducción: La gestión de la diabetes mellitus tipo 1 representa un desafío continuo, en este contexto, los sistemas de monitorización de glucosa han emergido como una herramienta valiosa, permitiendo un manejo más preciso de la enfermedad. Además, la eficacia de esta tecnología se ve potencialmente amplificada con la incorporación de alarmas asociadas, personalizadas según las necesidades individuales del paciente. Aunque hay pocos estudios al respecto, es posible que la activación y seguimiento de las alarmas por parte del paciente pueda traducirse en una mejora del control glucémico.

Objetivos: Estudiar la relación entre la activación de alarmas en pacientes con DM tipo 1 portadores de sistemas de monitorización de glucosa y el control glucémico.

Material y métodos: Estudio observacional-transversal de pacientes con DM tipo 1 portadores de un sistema de monitorización de glucosa (FreeStyle libre2), en seguimiento en los centros de especialidades asociados al Hospital Universitario de Getafe. Se recogieron variables demográficas, datos glucométricos (TIR, TBR, TVBR), activación de alarmas de los últimos 15 días de diciembre 2023 y HbA_{1c} del último control. Para el análisis descriptivo las variables cuantitativas fueron expresadas como media con desviación estándar, las variables cualitativas como porcentaje. Para evaluar la relación entre los datos glucométricos, y la activación de las alarmas se utilizó en el caso de variables categóricas, el test de ji cuadrado o el test exacto de Fisher y para evaluar las variables cuantitativas se utilizó el test de Student o el test de aleatorización de Fisher Pitman.

Resultados: De 115 pacientes, 66,9% tenían activadas alarmas de hipoglucemia y 48% las de hiperglucemia. La HbA_{1c} de los pacientes que tienen las alarmas activadas de hipoglucemia es de 7,8 vs. 8% si no están activas. La HbA_{1c} de los pacientes que tienen las alarmas activadas de hiperglucemia es de 7,7 vs. 8,1% si no la tienen activada, siendo esta última diferencia estadísticamente significativa. Por otro lado, el TIR de los pacientes que presentaban alarmas activas de hipo e hiperglucemia era del 56% y 57% respectivamente en comparación con el 54% de TIR de paciente que no las tenían activas. De igual forma se observó que aquellos pacientes con alarma de hipoglucemia activas presentaban un TBR + TVBR del 3% en comparación al 4% de los pacientes que no las tenían activas, aunque estas diferencias no llegaron a ser estadísticamente significativas.

Conclusiones: Los resultados del estudio reflejan que la activación de alarmas de hiperglucemia está asociada con una disminución de HbA_{1c}, presentado estos pacientes un mejor control glucémico, evidenciando por lo tanto que el uso de alarmas permite tomar medidas oportunas que mejoren el control de la enfermedad a largo plazo.

P-049. EFECTO DE LA MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DM1

V. Siles-Guerrero, J.M. Guardia-Baena, M. Hayón-Ponce, A. Muñoz-Garach y M. López de la Torre-Casares

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción y objetivos: A pesar de las múltiples ventajas conocidas de la monitorización *flash* de glucosa (MFG), muy pocos estudios han evidenciado una mejoría verdadera en la calidad de vida

global del paciente. Por ello nuestro objetivo consiste en evaluar, mediante el cuestionario validado de calidad de vida específico para la diabetes mellitus: versión española: (EsDQOL) si verdaderamente existen estas diferencias en nuestra población.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio observacional y prospectivo comparando la calidad de vida en pacientes con DM1 previo a MFG y tras 6 meses de su uso en una cohorte de 89 pacientes desde el 1 de enero de 2021 hasta el 19 de septiembre de 2023 empleando el EsDQOL que mide cuatro variables: satisfacción, impacto, preocupación social y preocupación sobre la diabetes. La puntuación total varía de 43 a 215 correspondiendo a mayor puntuación, una peor calidad de vida. Se emplearon los test de Kolmogorov-Smirnov, t de Student y test de Wilcoxon.

Resultados: Fueron estudiados 89 pacientes con un 63% de mujeres con una edad media de $42 \pm 14,1$ años con $10,8 \pm 8,3$ años de evolución de DM1 obteniendo una mejoría ($p < 0,05$) en la calidad de vida comparando cada uno de los 4 ítems por separado y de forma global en el cuestionario EsDQOL (96 [63-125] vs. 79 [58-101]).

Conclusiones: Además de las ya conocidas ventajas en las variables de control glucémico, podemos concluir que en nuestra población de estudio, la implantación de la MFG ha supuesto una mejoría en la calidad de vida de nuestros pacientes con DM1, disminuyendo sus preocupaciones por aspectos sociales y laborales y sobre los efectos futuros de la diabetes mejorando a su vez el impacto y la satisfacción con el tratamiento recibido.

P-050. EVALUACIÓN DEL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 3C TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA (MFG)

J. Román Villatoro, N. Gros Herguido, M. Zambrano Mármol, S. Amuedo Domínguez, G. López Gallardo, A. Pérez Morales, A. Piñar Gutiérrez, P. Remón Ruiz, V. Bellido Castañeda y A. Soto Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Objetivos: Analizar el control glucémico en adultos con DMT3c tras la implantación de MFG.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, el cual incluyó 54 adultos con DMT3c en tratamiento con multidosis de insulina entre enero del 2021 y diciembre del 2023. Se recogieron características basales, datos de la MFG (14 días) a los 30 días tras su implantación y el control glucémico medido por HbA_{1c} preimplantación del sensor y a los 6 meses.

Resultados: El 55,6% fueron varones con una edad media $59,3 \pm 12,56$ años. El tiempo medio de evolución de la diabetes fue de $6,6 \pm 6,6$ años. La etiología principal fue la pancreatitis crónica en un 37%, seguido de la pancreatomectomía en un 31%. El 27,8% presentaba hipertensión arterial y el 40,7% dislipemia. Solo un paciente padecía una complicación microvascular y el 20,4% tenía complicaciones macrovasculares. El 7,4% reportó algún evento de hipoglucemia grave. La HbA_{1c} preimplantación del sensor fue de $7,7 \pm 1,60\%$ y a los

6 meses $7,25 \pm 1,07\%$. Un 46,2% de los pacientes presentaban una HbA_{1c} $< 7\%$ antes de la implantación y de un 53,5% a los 6 meses ($p = 0,199$). Los pacientes con adenocarcinoma de páncreas presentaron un peor control preimplantacional con una HbA_{1c} $8,62\%$, seguido de los pacientes con pancreatitis crónica con una HbA_{1c} $7,93\%$. A los 6 meses, la media de HbA_{1c} disminuye en todos los grupos, a excepción de los pancreatomectomizados (tabla). El tiempo en rango (TIR) fue de $62,26 \pm 20,70\%$ a los 30 días. Los pacientes con adenocarcinoma de páncreas tenían un TIR más bajo $53,7 \pm 22,2\%$. El tiempo en hiperglucemia (TAR) nivel 1 fue de $34,37 \pm 21,49\%$, y del $12,14 \pm 13,34\%$ en nivel 2, el tiempo en hipoglucemia (TBR) nivel 1 fue del $2,77 \pm 3,78\%$ y del $0,22 \pm 0,76\%$ en nivel 2. La glucosa promedio fue de $166,08 \pm 35,11$ mg/dl, el indicador de gestión de glucosa (GMI) del $7,23 \pm 0,85\%$ y una variabilidad glucémica medida por coeficiente de variación (CV) del $34,40 \pm 8,55\%$. El porcentaje de pacientes que alcanzaron un TIR $> 70\%$ y TBR $< 5\%$ fue de 15%.

Conclusiones: El control glucémico de los pacientes DM3C no alcanza los objetivos de los estándares del consenso internacional de glucometría (TIR $> 70\%$) sin embargo presentan un CV menor de lo esperado ($< 36\%$), con bajo tiempo en hipoglucemia. El control glucémico medido por HbA_{1c} mejora en gran parte de los pacientes DM3c tras la implantación de la MFG.

P-051. RESULTADOS DE CONTROL GLUCÉMICO, SEGÚN PARÁMETROS RECOGIDOS DE SENSOR DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA, DE PACIENTES DIABÉTICOS TRAS EL USO DE SMARTPEN

M.M. Senent Capote, A. Ballesteros Martín-Portugués, G. Baena Nieto, L. García García-Doncel y L. Muñoz Arenas

Hospital Universitario de Jerez, Jerez de la Frontera, España.

Introducción: La adherencia de los pacientes con diabetes mellitus (DM) a la terapia con insulina prandial continúa siendo una barrera importante en el tratamiento. Los bolígrafos inteligentes (smartpen, SP) han demostrado que mejoran el control glucémico, reducen los olvidos involuntarios, omisión de dosis y como consecuencia, evidencian mejoras en la adherencia al tratamiento del usuario y en su seguridad.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es valorar el control glucémico según los parámetros del sensor de monitorización flash de glucosa (MFG) en pacientes con DM que empiezan a utilizar un SP, atendidos en el Hospital de Jerez de la Frontera.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de una muestra de 58 pacientes con un SP (NovoPen Echo Plus) para la administración de insulina prandial. Se recogieron variables clínicas y glucométricas obtenidas mediante MFG; tiempo en rango (TER), tiempo en hiperglucemia (TAR1 y 2) e hipoglucemia (TBR1 y 2), y coeficiente de variación (CV), y HbA_{1c} al inicio y a los 6 meses de utilizar el SP. Los resultados aparecen reflejados en media o porcentaje con desviación estándar (DE).

Resultados: Se incluyeron de 58 pacientes, con una edad media de $40,83 \pm 13,76$ años (DE), 32 pacientes (55,2%) eran mujeres,

Tabla P-050

	HbA _{1c} -preimplantación	HbA _{1c} -posimplantación	Contraste de hipótesis (p)
Fibrosis quística	$6,73 \pm 0,515\%$	$6,54 \pm 0,564\%$	0,80
Pancreatitis crónica	$7,93 \pm 0,282\%$	$7,34 \pm 0,297\%$	0,161
Pancreatomectomizados	$6,87 \pm 0,315\%$	$7,32 \pm 0,350\%$	0,334
Adenocarcinoma-de-páncreas	$8,62 \pm 0,399\%$	$7,36 \pm 0,477\%$	0,063

54 pacientes (93,1%) DM1, 3 pacientes (3%) DM2, y 1 paciente (1,7%) DM pancreopriva, con un tiempo de evolución de la diabetes medio de $19,52 \pm 11,5$ años (DE). HbA_{1c} previa de $7,19 \pm 0,78\%$ (DE), y posterior de $7,36 \pm 0,82\%$ (DE) (p 0,0), TER previo $58,4 \pm 16,8\%$ (DE), posterior $55,67 \pm 18,1\%$ (DE) (p 0,0), TBR1 previo $4,37 \pm 3,5\%$ (DE), posterior $3,84 \pm 3,4\%$ (DE) (p 0,0), TBR2 previo $0,9 \pm 2,01\%$ (DE), posterior $0,64 \pm 0,98\%$ (DE) (p 0,0), TAR1 previo $24,38 \pm 10,76\%$ (DE), posterior $25,03 \pm 9,4\%$ (DE) (p 0,0), TAR2 previo $12,86 \pm 12,24\%$ (DE), posterior $14,72 \pm 12,8\%$ (DE) (p 0,0), CV previo $37,4 \pm 7,5\%$ (DE), posterior $37,35 \pm 6,4\%$ (DE) (p 0,0).

Conclusiones: En vida real, observamos un discreto empeoramiento del control glucémico que se puede justificar con la mejoría en el tiempo en hipoglucemia. Todos los resultados obtenidos fueron estadísticamente significativos.

P-052. EVALUACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA INTERSTICIAL A DEMANDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON INSULINA BASAL

P. Calvo Redondo, J. Campos Fernández, V. Osés Zárate, A. Cámara Balda, L. Muñoz de Dios, P. Rubio García y M.Á. Martínez de Salinas Santamaría

Hospital San Pedro, Logroño, España.

Introducción: Un número elevado de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), está en tratamiento con insulina basal (sin prandial), aproximadamente el 20% según el estudio NHANES. Actualmente en estos pacientes no existe financiación de los sistemas de monitorización de glucosa, aunque varias publicaciones han mostrado mejoría de control glucémico y calidad de vida con estos sistemas.

Objetivos: Evaluar la repercusión sobre el control glucémico del uso de sistemas de monitorización de glucosa a demanda o *flash* (MFG) en DM2 con insulina basal.

Material y métodos: Estudio piloto descriptivo prospectivo a 3 meses en DM2 mayores de 18 años en tratamiento con insulina basal y antidiabéticos no insulínicos (ADO). Se incluyeron 50 pacientes con muestreo consecutivo en las consultas de externas de Endocrinología. Entre el 1/06/22 y el 14/07/22 se inició la MFG realizando una sesión formativa y entrega de dispositivos. Se recogieron datos analíticos, clínicos y de 14 días de MFG al inicio y a los 3 meses del uso del sensor.

Resultados: Completaron el estudio 47 pacientes con DM2 con edad media de 62 años (DE 11,05), 66% varones, IMC $29,32 \text{ kg/m}^2$ (RI 6,08), HbA_{1c} inicial $8,04\%$ (DE 1,32). Un porcentaje considerable con complicaciones: 34% retinopatía, 21,3% nefropatía, 6,4% neuropatía, 25,4% cardiopatía isquémica, 21,3% ictus, 10,6% enfermedad vascular periférica y 4,3% insuficiencia cardiaca. Los ADO más frecuentes fueron metformina 91,5%, iSGLT2 59,6% y aGLP1 57,4%. De las insulinas, la glargina U300 63,8% y glargina U100 31,9%. Tras 3 meses de MFG, se evidenció mejoría de HbA_{1c} ($8,02 \pm 1,32$ vs. $7,66 \pm 1,13\%$; p 0,019), y de tiempo en rango (78 ± 35 vs. $76,5 \pm 40\%$; p 0,022). Sin

embargo, al final del estudio, hubo un menor número de lecturas diarias (8 ± 4 vs. 7 ± 5 ; p 0,044), aumento de glucosa promedio ($153,18 \pm 27,44$ vs. $166,21 \pm 40,67 \text{ mg/dL}$; p 0,013), aumento de GMI ($6,95 \pm 0,70$ vs. $7,22 \pm 0,98\%$, p 0,01), sin diferencias en tiempo en hiperglucemia ($20 \pm 15,27$ vs. $21,5 \pm 14,95\%$, p 0,061) ni hipoglucemia (0 ± 1 vs. $0 \pm 0\%$, p 0,0601).

Conclusiones: En este estudio se evidenció que el uso de MFG en pacientes DM2 con ADO e insulina basal, mejoraba el control glucémico (HbA_{1c} $8,02$ vs. $7,66\%$ a los 3 meses del uso del sensor). La mejoría se vio especialmente al inicio de la MFG (GMI de los primeros 14 días de su uso $6,95\%$) que se mantuvo a los 3 meses aunque con ligero empeoramiento (GMI últimos 14 días $7,22\%$, aumento de glucemia promedio). Esto podría estar en relación con menor atención al sistema con el paso del tiempo como evidencia el menor número de lecturas a los 3 meses.

P-053. IMPACTO DE LA HEMATIMETRÍA EN EL VALOR DE LA HEMOGLOBINA GLICADA EN PACIENTES CON DIABETES MAYORES DE 50 AÑOS

J. Escribano Serrano^a, E. Jiménez Varo^b, M. Escribano Cobalea^d, E. Campos Dávila^b, C. Nieto Ordóñez^a, Á. Rodríguez Juliá^c y A. Michán Doña^e

^aUGC San Roque, San Roque, España. ^bHospital La Línea, La Línea de la Concepción, España. ^cUGC Velada, La Línea de la Concepción, España. ^dHospital Punta Europa, Algeciras, España. ^eHospital de Jerez, Jerez de la Frontera, España.

Objetivo. Analizar el impacto de los valores hematimétricos en el valor de la HbA_{1c} en personas ≥ 50 años con diabetes mellitus (DM).

Material y métodos. Se recopilaban determinaciones ambulatorias (DA) con hemograma, HbA_{1c} y GPA realizadas a personas ≥ 50 años con DM (P50DM) desde 2020 a 2022. Se definió: anemia = Hb $< 12 \text{ g/dL}$ (mujer) y Hb $< 13 \text{ g/dL}$ (hombre). Por gravedad: leve Hb $> 11 \text{ g/dL}$, moderada $8-11 \text{ g/dL}$ y grave Hb $< 8 \text{ g/dL}$. Por morfología VCM: microcítica (VCM $< 80 \text{ fL}$; normocítica (VCM $80-100 \text{ fL}$) o macrocítica (VCM $> 100 \text{ fL}$). Por morfología combinada: microcítica-hipocrómica (VCM $< 80 \text{ fL}$, CMCH $< 32 \text{ pg}$); normocítica-hipocrómica (VCM $80-100 \text{ fL}$, CMCH $< 32 \text{ g/dL}$), normocítica-normocrómica (VCM $80-100 \text{ fL}$, MCH $\geq 32 \text{ g/dL}$) o macrocítica (VCM $> 100 \text{ fL}$).

Resultados. Se analizaron 25,555 DA de 9,400 PDM (50,2% hombre, mediana edad 70 años (RIC 61-77)). La regresión entre A1c-Hb es positiva con un leve descenso al disminuir Hb (pendiente 0,07), la de A1c-CHCM se comporta igual (pendiente 0,016) y la de A1c-Htco también (pendiente 0,027). Sin embargo, la relación A1c-VCM y A1c-ADE son negativas y más intensas (pendiente -0,033 y -0,038 respectivamente). La mediana de HbA_{1c} desciende con la presencia de anemia [$6,9\%$ (RIC 6,2-7,8) vs. $6,8\%$ (RIC 6,1-7,6)] con mayor intensidad en hombre (0,1 vs. 0,2%). También desciende con la gravedad de la anemia (6,8% en leve vs. 6,1% en grave) sin relación con los valores de GPA. El volumen eritrocitario afecta al valor de A1c, mientras que la cromía no. Macroцитosis disminuye A1c (6,4 vs. 6,9%)

Tabla P-053

	GPA < 80		80-114		115-125		126-139		140-159		160-179	
Microcítica	28	6,68	78	6,70	130	6,60	179	7,01	144	7,07	147	7,39
Normo-Hipo	316	6,65	644	6,47	1.137	6,52	1.425	6,76	1.292	7,03	1185	7,42
Normo-Normo	359	6,63	946	6,35	1.899	6,39	2.725	6,62	2.777	6,78	2701	7,26
Macroscítica	83	6,16	145	5,86	238	6,21	248	6,32	222	6,45	232	6,86
	N	A1c	N	A1c	N	A1c	N	A1c	N	A1c	N	A1c

y microcitosis la aumenta (7,1 vs. 6,9%). Estos resultados se acrecientan en presencia de anemia: microcitosis (7,1 vs. 6,8%;) y macro (6,8 vs. 6,2%). Dichos resultados se mantienen en todo el espectro de GPA tanto al usar solo volumen o la morfología combinada. Estas diferencias se repiten al evaluar por cada grupo estratificado de glucemia en ayunas:

Conclusiones: La anemia en general afecta levemente al valor de la HbA_{1c} , pero cuando se estudian las características de la anemia y la morfología del hematíe se encuentran afectaciones significativas. El diagnóstico de anemia grave ($Hb < 8$ mg/dL) infraestima de la HbA_{1c} en pacientes DM. La presencia de microcitosis (sobrealimentación leve) o macrocitosis (infravaloración importante) altera la interpretación del valor de HbA_{1c} . Por todo ello, es fundamental revisar la hematimetría antes de interpretar el valor de HbA_{1c} .

P-054. EVOLUCIÓN DE LOS PARÁMETROS GLUCOMÉTRICOS EVALUADOS MEDIANTE EL SISTEMA FREESTYLE LIBRE EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1: ANÁLISIS RETROSPECTIVO A 2 AÑOS

E.M. Silva Ayala, M. Ferres Prat, M. Campos Gil,
L. Molero Fornieles, M. López Vázquez, M. Pérez Maraver
y J. Caballero Corchuelo

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, España.

Introducción y objetivos: El sistema Freestyle Libre (FSL) ha demostrado beneficios en el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). La mayoría de los estudios han evaluado su eficacia a los 6-12 meses. El objetivo del presente estudio es analizar el efecto a largo plazo.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes con DM1 a los 2 años de utilizar FSL. Además de las características epidemiológicas, las relacionadas con la DM y sus complicaciones se analizó la evolución de los parámetros glucométricos durante 14 días en los siguientes periodos: las 2 primeras semanas de uso del sensor, a los 6, 12 y 24 meses. Solo se incluyeron los pacientes con uso del sensor $> 70\%$ en todos los periodos.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes (56,4% varones, edad $46,7 \pm 12,5$ años, años de evolución de DM $22,4 \pm 13,5$). La HbA_{1c} antes de utilizar FSL era $7,7 \pm 0,8$. Datos de monitorización de glucosa iniciales: glucosa media $165,5 \pm 26$ mg/dL; %tiempo 70-180 mg/dL 56 ± 13 ; %tiempo 181-250 mg/dL 25 ± 7 ; %tiempo > 250 mg/dL $12,9 \pm$

$10,4$; % tiempo 69-54 mg/dL $4,4 \pm 3,2$; %tiempo < 54 mg/dL $1,7 \pm 3,4$; coeficiente de variación (CV) $39,4 \pm 5,9$. El %tiempo < 54 mg/dL y el CV disminuyeron de forma significativa en todos los periodos respecto al inicio (%tiempo < 54 : 6 meses $0,7 \pm 1,7$, 12 meses $0,7 \pm 1,2$, 24 meses $0,7 \pm 1,5$, $p < 0,05$; CV 6 meses $37,2 \pm 5,4$, 12 meses $37,2 \pm 5,4$, 24 meses $38,1 \pm 5,8$, $p < 0,05$). El % tiempo < 70 mg/dL disminuyó a los 2 años respecto al inicio ($3,6 \pm 3,2$, $p < 0,05$). No se observaron diferencias significativas en el resto de variables glucométricas ni en la HbA_{1c} entre los distintos periodos evaluados.

Conclusiones: El uso de FSL se asoció a una disminución del tiempo en hipoglucemia y del CV que se mantuvo a los 2 años.

P-055. RELACIÓN ENTRE GLYCEMIA RISK INDEX (GRI) Y PARÁMETROS CLÁSICOS DE GLUCOMETRÍA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DMT1. ESTUDIO EN VIDA REAL

S. Herranz Antolín, C. Cotón Batres, M.C. López Virgós,
V. Esteban Monge, V. Álvarez de Frutos, S. Lallena Pérez,
M. Cano Megías, E. Platero Rodrigo y M. Torralba

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España.

Objetivos: Analizar el Glycemia Risk Index (GRI) y su correlación con el resto de parámetros de glucometría en una cohorte de pacientes con DMT1 en vida real.

Material y métodos: estudio transversal y observacional aprobado por el CEIM del Hospital Universitario de Guadalajara. Se incluyeron pacientes con DMT1 usuarios del sistema FreeStyle Libre (Abbott Diabetes Care) que compartían los datos a través de la plataforma Libreview® y tenían una adherencia a la utilización del sensor $\geq 70\%$. Se analizaron los datos de 14 días (24/1/2023-6/2/2023). Cálculo del GRI = $(3,0 \times \text{Hypoglycemia component}) + (1,6 \times \text{Hyperglycemia component})$; $\text{Hypoglycemia component} = \text{TBR2} + (0,8 \times \text{TBR1})$; $\text{Hyperglycemia component} = \text{TAR2} + (0,5 \times \text{TAR1})$.

Resultados: 447 pacientes. Edad media 44,6 años (DE 13,7); 57,7% varones. Edad de diagnóstico de la DMT1 24,5 años (DE 14,3). Tiempo de evolución 20,6 años (DE 12,3). Principales parámetros de glucometría: n° de escaneos 10,4 (DE 6,2); adherencia a la utilización del sensor 91,2% (DE 6,7); glucosa promedio 165,4 mg/dL (DE 33,4), TIR 59,8% (DE 17,3), TBR1 3,7% (DE 3,7), TBR2 0,5% (DE 1,2), TAR1 23,5% (DE 9,6), TAR2 12,4% (DE 12,8), CV 36,8% (DE 6,9) y GMI 7,3% (DE 0,8). GRI 48,6% (DE 22,4); $\text{Hypoglycemia component}$ 3,4% (DE 3,7); $\text{Hyperglucemia component}$ 24,2% (DE 15,1). Se observa una

Tabla P-055

Relación entre las categorías del GRI y parámetros clínicos y glucométricos

	GRI zona A (p 0-20)	GRI zona B (p 21-40)	GRI zona C (p 41-60)	GRI zona D (p 61-80)	GRI zona E (p 81-100)	p
	(n = 93)	(n = 88)	(n = 90)	(n = 89)	(n = 87)	
Edad (años)	48,4 (DE 13,3)	46,5 (DE 13,2)	43,9 (DE 13,2)	42,3 (DE 13,7)	41,4 (DE 13,9)	0,003
Edad dx (años)	26,6 (DE 14,6)	26,9 (DE 14)	23,8 (DE 13,7)	22,7 (DE 13,8)	22,5 (DE 15)	0,11
T° evolución (años)	22,2 (DE 15,3)	20,1 (DE 11,3)	20,4 (de 12,2)	20,1 (DE 11,1)	19,8 (DE 10,9)	0,698
TIR (%)	81,6 (DE 8,1)	68,7 (DE 6,1)	59,6 (DE 6,8)	50,9 (DE 6,7)	36,9 (DE 11,7)	$< 0,001$
CV (%)	30 (DE 4,9)	35,8 (DE 4,7)	37,1 (DE 4,8)	40,2 (DE 5,7)	41,2 (DE 7,7)	$< 0,001$
GMI (%)	6,6 (DE 0,4)	6,9 (DE 0,4)	7,2 (DE 0,4)	7,5 (DE 0,5)	8,2 (DE 1)	$< 0,001$
Glucosa (mg/dL)	136,7 (DE 15,2)	149,2 (DE 15,4)	162,7 (DE 19,1)	175,4 (DE 19,5)	204,6 (DE 40,9)	$< 0,001$
N° escaneos	12,7 (DE 7)	12,1 (DE 7,8)	10,8 (DE 5,6)	8,9 (DE 4,2)	7,4 (DE 3,8)	$< 0,001$
Adherencia utilización	93,3 (DE 5,9)	92,6 (DE 5,6)	92,7 (DE 5,1)	90,3 (DE 7,2)	86,9 (DE 7,2)	$< 0,001$

correlación negativa entre GRI y TIR [β -1,2 (IC95% -1,24 a -1,16); R^2 0,86; $p < 0,001$] y una correlación positiva entre GRI y GMI [β 21,4 (IC95% 19,8 a 23,1); R^2 0,59; $p < 0,001$] y entre GRI y CV [β 1,8 (IC95% 1,5 a 2,1); R^2 0,3; $p < 0,001$].

Conclusiones: GRI es una nueva métrica combinada que identifica el grado de control glucémico. Se observa una correlación con otros parámetros clásicos de glucometría. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre las categorías del GRI y los parámetros glucométricos y clínicos analizados.

P-056. INTEGRACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE LA GLUCOSA Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA GESTIÓN DE LA DIABETES TIPO 2: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

I. Esteban García

Hospital Virgen de Las Nieves, Granada, España.

Introducción y objetivos: Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo principal evaluar la interacción entre la monitorización continua de la glucosa (MCG) y la actividad física (AF) en el manejo de la diabetes tipo 2 (DM2), centrándose específicamente en la variabilidad glucémica (VG). Se busca proporcionar recomendaciones sólidas basadas en la literatura existente para guiar la integración efectiva de la MCG en la rutina diaria de las personas con DM2, considerando los posibles beneficios de la AF. El riesgo de sesgo se evaluó utilizando la herramienta Cochrane ROB v2.0.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos MEDLINE y Embase para identificar estudios relevantes que abordaran los aspectos de DM2, AF y MCG. De los 1.825 artículos identificados, se seleccionaron diez ensayos controlados aleatorios (ECA) que cumplieran con los criterios de inclusión. La revisión se centró en la extracción y síntesis cualitativa de variables relacionadas con las características de la población, las intervenciones de AF y los resultados de VG.

Resultados: La revisión reveló que la combinación de AF y MCG puede tener efectos positivos en la VG de pacientes con DM2. Se observaron reducciones numéricas en la VG después de sesiones únicas de ejercicio, con varios ECA alcanzando significancia estadística. Asimismo, se destacaron reducciones numéricas de la VG después de intervenciones de entrenamiento, siendo significativas en un ECA. Estas mejoras en la VG fueron consistentes, independientes de la intensidad de la AF y la progresión de la DM2. Sin embargo, se señaló la limitación de la evidencia existente, con un 80% de los ECA evaluados presentando riesgo de sesgo incierto o alto.

Conclusiones: La revisión bibliográfica sugiere que la combinación de MCG y AF puede ser beneficiosa en el manejo de la DM2, con mejoras en la VG. Aunque se observaron reducciones numéricas, la calidad limitada y sesgada de la evidencia resalta la necesidad de futuros estudios bien diseñados y con bajo riesgo de sesgo para confirmar de manera más concluyente los efectos positivos de la AF en la VG y para explorar factores adicionales que puedan influir en estos resultados.

P-057. ANÁLISIS DE VALORES GLUCOMÉTRICOS EN PROCESO DE TRANSICIÓN DE DIABETES EN 2022-2023

M. Zambrano Mármol, G. López Gallardo, J. Román Villatoro, P. Santa Cruz, S. Amuedo Domínguez, A. Piñar-Gutiérrez, P. Remón Ruiz, N. Gros Herguido, V. Bellido Castañeda y A. Soto Moreno

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: La transferencia de personas con diabetes tipo 1 (DM 1) a Unidades de Adultos dentro de programas estructurados es

fundamental para evitar un posible deterioro metabólico y/o pérdidas de seguimiento.

Objetivos: Analizar cambios de hemoglobina glicada (HbA_{1c}) y/o datos glucométricos a los seis meses de realizar la transferencia. Determinar el porcentaje de asistencia

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 36 adolescentes con diabetes tipo 1 (DM1) en régimen de multidosas de insulina \pm monitor *flash* de glucosa (MFG) transferidos según un protocolo estructurado a nuestra Unidad en el último año. Se analizaron los datos glucométricos si el tiempo activo del sensor era $\geq 70\%$. Para comparar las medias se realizó una t de Student de datos pareados. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS- 27.

Resultados: La edad media fue de $18 \pm 0,6$ años, el tiempo medio de evolución de 9 ± 3 años y no hubo complicaciones crónicas asociadas. El 94,7% asistió a la primera consulta programada y el 85% a la revisión (6 meses). Es decir, ocurre una pérdida de seguimiento de 5 de los 36 pacientes que transicionaron pese a los intentos de recaptación. No hubo cambios significativos de la HbA_{1c} a los 6 meses ($7,9 \pm 1,2$ vs. $8 \pm 0,2$; $p = 0,889$). Tampoco en el CV ($44,4 \pm 9,4$ vs. $39,7 \pm 8,7$; $p = 0,61$), ni en TBR ($5,81 \pm 4,7$ vs. $3,46 \pm 3,9$; $p = 0,875$). Por lo que podemos afirmar que no existe un empeoramiento metabólico en el proceso de transición. El tiempo en rango (TIR) fue ligeramente inferior a los seis meses (52 ± 14 vs. $46 \pm 14\%$; $p = 0,048$). Solo el 61% usaban la MFG de forma adecuada (el resto, 14 de los 36 pacientes, no lo usaban, no realizaban descarga o el tiempo activo del sensor era $< 70\%$). De estos 14 pacientes, 7 no volcaban los datos en la plataforma LibreView. Los 7 que si lo hacían tenían una media de 2,4 escaneos al día con una glucosa promedio de 212,5, es decir, presentan un pésimo control metabólico.

Conclusiones: La transferencia a unidades de adultos siguiendo programas estructurados puede prevenir el deterioro clínico asociado. El control metabólico y el uso de tecnología en nuestra cohorte de adolescentes es inadecuado. Se deben implementar medidas para mejorar el uso de tecnología y la asistencia a consultas en esta población.

P-058. RELACIÓN ENTRE LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS Y GLUCOMÉTRICOS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 Y MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA

R. Palomares Ortega, D. Lavinia Marginean, P. Pérez Reyes, V. Torres Herrera y M.Á. Gálvez Moreno

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Objetivos: Determinar la existencia de relación entre hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) y parámetros de control glucémico de la monitorización *flash* de glucosa (MFG) en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM-1).

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico de una cohorte de pacientes con DM-1 de más de 2 años desde el diagnóstico, en seguimiento en consultas de Endocrinología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Se han recogido datos demográficos, analíticos y glucométricos procedentes de la MFG (LibreView) de los 90 días previos a la visita, coincidiendo temporalmente con la determinación analítica de HbA_{1c} .

Resultados: Se incluyeron 127 pacientes, 58,3% mujeres con edad media de $38,85 \pm 11,46$ años, IMC de $25,91 \pm 4,31$ kg/m² y $19,83 \pm 10,44$ años de evolución de la DM-1. En cuanto al grado de control, 52,8% de los pacientes presentaron HbA_{1c} por debajo de 7%, 54,5% GMI por debajo de 7%, 34,6% CV por debajo de 36% y 35,4% tiempo en rango (TIR) por encima de 70% (diabetes estable). En el análisis de correlación observamos una relación significativa positiva entre HbA_{1c} y GMI ($\rho = 0,800$; $p < 0,001$) y entre

HbA_{1c} y CV ($\rho = 0,210$; $p = 0,02$) y una relación significativa y negativa entre HbA_{1c} y TIR ($\rho = -0,745$; $p < 0,001$). Por tanto, existe una relación estadísticamente significativa lineal y directa entre los parámetros de laboratorio (HbA_{1c}) y las glucométricas (GMI y CV) y lineal e inversa entre HbA_{1c} y TIR, valorados en un periodo de 90 días.

Conclusiones: Se demuestra una adecuada correlación entre los parámetros de control glucémico de laboratorio y los obtenidos a través de la MFG en pacientes con DM-1. La diabetes estable se asocia con mejores parámetros de control glucémico.

P-059. CORRELACIÓN ENTRE PARÁMETROS GLUCOMÉTRICOS (HBA1C Y GMI) Y COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DIABETES

I. Losada Gata, A. García Piorno, M. Bescós Pérez, A.I. Castellanos Rodríguez, J. Atencia Goñi, G.B. Pérez López y V.M. Andia Melero

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: Los parámetros glucométricos derivados de la monitorización continua de glucosa aportan información complementaria para el seguimiento de los pacientes con diabetes, pero se desconoce su asociación con las complicaciones crónicas de la enfermedad.

Objetivos: Evaluar la asociación de los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) y del indicador de gestión de glucosa (GMI) con la presencia de complicaciones micro y macrovasculares de la diabetes, sobre todo en los pacientes con mayores discrepancias entre ambos valores.

Material y métodos: Se incluyeron 426 pacientes (214 mujeres) en los que se disponía de al menos una determinación de HbA_{1c} capilar o de laboratorio simultánea a una glucometría a 90 días para equiparar el valor de GMI con la HbA_{1c}. Para evitar la excesiva representación de los pacientes incluidos más precozmente el estudio se limitó a un máximo de 3 pares de datos por paciente. Se evaluó la presencia de complicaciones micro (retino y nefropatía) o macrovasculares (angiopatía coronaria, cerebral y de extremidades inferiores) y su posible asociación con los parámetros clínicos, analíticos y glucométricos de los pacientes.

Resultados: Los pacientes presentaban una media de edad de 50,1 años y 22,5 años de evolución de la diabetes, con complicaciones microvasculares en 141 casos (33,1%) y macrovasculares en 44 (10,3%). En general el GMI registró valores inferiores a las HbA_{1c} simultáneas (660 casos frente a 439 iguales o superiores) pero estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas, con una media de diferencias de GMI-HbA_{1c} de 0,212%. Los pacientes con diferencias mayores de 0,2 presentaban peores valores en la glucometría, con mayor porcentaje de tiempo por encima de 180 mg/dL y menores porcentaje de uso, número de escaneos/revisiones y tiempo en rango. Los pacientes con enfermedades macrovasculares tenían más edad y tiempo de evolución que los que no las presentaban, así como mayor frecuencia de hipertensión arterial e hiperlipemia, mientras que no se observaron diferencias por sexo, IMC, consumo de tabaco ni valores de GMI o HbA_{1c}. Mientras, en los pacientes con complicaciones microvasculares se observaron resultados similares pero en este caso sí hubo diferencias en los niveles de HbA_{1c} (7,57 vs. 7,34%, $p < 0,05$) que no se observaron para el GMI (7,32 vs. 7,17%).

Conclusiones: Las diferencias entre GMI y HbA_{1c} parecen depender más del uso inadecuado del sistema de monitorización. La HbA_{1c} se asocia mejor con las complicaciones microvasculares pero no con las macrovasculares, aunque esta discrepancia podría deberse a la relativamente baja prevalencia de estas últimas.

P-060. MONITORIZACIÓN FLASH EN PACIENTES CON DM2 Y TERAPIA BOLO BASAL: RESULTADOS EN VIDA REAL

F.J. Gómez Alfonso, P. González Lázar, A. Lomas Meneses, G. Bellerive, F. del Val Zavallos, M. López Iglesias, J.A. Mascuñana Calle, P. Jiménez Torrecilla, M.Z. Montero Benítez e I. Gómez García

Hospital Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España.

Objetivos: Valorar la eficacia y rendimiento de la MCG Flash en pacientes con DM2 y terapia bolo basal en vida real; objetivo primario: HbA_{1c}; objetivos secundarios: métricas según informe AGP (perfil ambulatorio de glucosa): uso sensor, nº de escaneos diarios, glucosa promedio, variabilidad glucémica (VG), T° en rango entre 70-180 mg/dL (TIR), T° en hipo < 70 mg/dL (Thipo1), T° en hipo < 54 mg/dL (Thipo2); T° en hiper > 180 mg/dL (Thiper1), T° en hiper > 250 mg/dL (Thiper2).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes DM2 con terapia bolo-basal que iniciaron MCG Flash (Free Style Libre 2) en 2023, en una consulta externa general de un hospital no terciario. Las variables se analizaron de forma basal y a los 6 meses de inicio de sensor glucémico; se empleó para ello el programa estadístico SPSS 20.0.

Resultados: Se reclutaron y analizaron 56 pacientes. El 41,5% eran varones; la edad media fue $68,63 \pm 5,87$ años. La HbA_{1c} basal media inicial fue $7,83 \pm 1,78\%$ y final $7,13 \pm 0,91\%$ ($p = 0,01$). El uso de sensor medio basal fue $90,85 \pm 1,9\%$ y final $92,9 \pm 1,03\%$ ($p = 0,91$). El nº de escaneos diarios medio basal fue $12,51 \pm 0,5$ y final $13,56 \pm 0,91$ ($p = 0,57$). La glucosa promedio media basal fue $192,85 \pm 9,34$ mg/dL y final $176 \pm 6,81$ mg/dL ($p < 0,01$). La VG media basal fue $36,69 \pm 0,95\%$ y final $33,23 \pm 0,67\%$ ($p = 0,02$). El TIR medio basal fue $62,39 \pm 3,89\%$ y final $71,49 \pm 2,11\%$ ($p < 0,01$). El Thipo 1 medio basal fue $2,57 \pm 0,79\%$ y final $1,56 \pm 0,47\%$ ($p = 0,01$). El Thipo2 medio basal fue $0,95 \pm 0,24\%$ y final $0,41 \pm 0,11\%$ ($p < 0,01$). El Thiper1 medio basal fue $27,29 \pm 2,64\%$ y final $22,23 \pm 1,80\%$ ($p = 0,01$). El Thiper2 medio basal fue $6,35 \pm 2,65\%$ final $4,93 \pm 1,72\%$ ($p = 0,03$).

Conclusiones: Los resultados obtenidos ponen de manifiesto, que además de mejoría en el objetivo primario (HbA_{1c}), en pacientes con DM2 y terapia bolo basal la monitorización aporta beneficios adicionales en todas las métricas de AGP. Se precisan estudios de mayor tamaño muestral y más prolongados en el tiempo que cercioren o no dichos resultados.

P-061. EMOCIONES Y CONTROL GLUCÉMICO EN DM1

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

^aEscuela de Enfermería de Lugo, Universidad de Santiago Campus Lugo USC Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

^bHospital Universitario Lucus Augusti, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Educación Diabetológica, Lugo, España. ^cFacultad de Enfermería de Santiago, Universidad de Santiago de Compostela, USC, Santiago, España. ^dHospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Introducción y objetivos: Los estados emocionales tienen influencia en parámetros fisiológicos determinados, sin embargo, no existe una amplia experiencia en cómo afectan a la glucosa. El objetivo de este trabajo es estudiar las diferencias en las variables glucométricas medidas mediante monitorización continua de glucosa (MCG) en función de las emociones predominantes positivas o negativas.

Material y métodos: Estudio observacional de carácter prospectivo. Se analizaron las variables glucométricas glucosa media intersticial (GMI), coeficiente de variación, HbA_{1c}, TIR (70-180 mg/dL), TAR (> 180 mg/dL), TBR (< 70 mg/dL) y registro de emociones (seguridad,

Tabla P-061

Variable	Media \pm DE		
GC (mg/dL)	170,2 \pm 41,4		
Coefficiente de variación (%)	37,5 \pm 7,4		
HbA _{1c} (%)	7,4 \pm 0,9		
TIR (70-180 mg/dL)	56,7 \pm 20		
TAR (> 180 mg/dL)	38,2 \pm 21,3		
TBR(< 70 mg/dL)	5,0 \pm 5,4		

Variable	Grupo 1: predominio de emociones negativas (n = 89)	Grupo 2: predominio de emociones positivas (n = 109)	Significación
HbA _{1c}	8,0 \pm 0,9	7,0 \pm 0,7	p < 0,001
GC (mg/dL)	195,8 \pm 40,1	150,6 \pm 29,4	p < 0,001
CV (%)	38,7 \pm 7,7	36,7 \pm 7,1	p = 0,016
TIR (70-180 mg/dL)	44,4 \pm 17,4	66,2 \pm 16,4	p < 0,001
TAR (> 180 mg/dL)	51,9 \pm 18,5	27,7 \pm 16,9	p < 0,001
TBR (< 70 mg/dL)	3,7 \pm 4,6	6,1 \pm 5,7	p = 0,001

GC: glucosa media intersticial; MCG: monitorización continua de glucosa; TIR: time in range; TBR: time before range; TAR: time above range; CV: coeficiente de variación. Los datos se muestran como media \pm desviación estándar.

alegría, miedo, enfado y tristeza), en pacientes con diabetes mellitus tipo1 (DM1) con más de 6 meses de experiencia con MCG con el dispositivo Freestyle Libre 2 de Abbot. En función del tipo de emoción predominante se clasificó a los pacientes en 2 grupos (emociones positivas y negativas) y se analizaron las diferencias entre los grupos.

Resultados: Se incluyeron 205 pacientes (edad media 40,9 \pm 14,4 años). Los resultados glucométricos se muestran en la tabla. Promedio de emociones 16,6 \pm 6,9. La edad media de los individuos del grupo 2 fue mayor que los del grupo 1 (43 \pm 14,2 vs. 39,3 \pm 14,0 p = 0,036).

Conclusiones: Los sujetos en los que predominaban las emociones positivas presentaron una menor HbA_{1c}, glucosa media y TIR que en el grupo con predominio de emociones negativas.

P-062. EVALUACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN REMOTA DE LA DIABETES GESTACIONAL CON EL USO DE CONTOURDIABETES APP Y EL PORTAL GLUCOCONTRO. ONLINE

M. Penalba Martínez y L. López Ordoñez

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España.

Introducción: La diabetes gestacional supone un período en el que las pacientes han de realizar múltiples controles glucémicos, con objetivos más exigentes pre y posprandiales. Es necesario registrar glucemia y hora en el que se ha realizado pues de ello dependerá el inicio del tratamiento con insulina y ajustes posteriores. Las pacientes han de invertir tiempo en el registro pormenorizado de los datos y los profesionales sanitarios en la evaluación de estos. El registro en la libreta de glucemias no garantiza la exactitud ni la fiabilidad de estos valores. Este estudio plantea la valoración del uso de CONTOUR®DIABETES app para registrar las glucemias y de la web GlucoContro.online para su evaluación tanto en pacientes como profesionales que las atienden.

Objetivos: Conocer la experiencia del profesional sanitario y de pacientes con diabetes gestacional con la monitorización remota de glucemia, basándose en aspectos como: valoración general, gustos y disgustos, oportunidades de mejora. Obtener la valoración del profesional sanitario y de las pacientes con diabetes gestacional con monitoreo remoto, en términos de facilidad de uso, comodidad, adaptación, eficiencia.

Material y métodos: Nueve profesionales enfermeros de distintos centros en España, invitaron al estudio a 48 pacientes con diabetes gestacional. Las pacientes recibieron un glucómetro CONTOUR®NEXT, se les explicó su manejo, se instalaron CONTOUR®DIABETES app en su teléfono móvil y se les dio de alta en la web GlucoContro.online. 15 días después contestaron las pacientes un cuestionario. Tras tener los cuestionarios contestados de las pacientes, se les pasó otro cuestionario a los profesionales sanitarios.

Resultados: 9 de cada 10 profesionales respondieron que la experiencia con GlucoContro.online fue buena/ muy buena, el 55,6% la valoran muy visual, 9 de cada 10 muy práctica y el 100% que favorece la telemedicina. 9,4 de 10 recomendarían el portal a otros profesionales. El 90% de los pacientes valoraron la descarga de CONTOUR®DIABETES y vinculación del glucómetro CONTOUR®NEXT muy fácil y que les ayudó mucho a seguir su tratamiento. 9 de cada 10 valoraron que GlucoContro.online les ayudó a visualizar las glucemias. De cada 10 satisfizo a 9,1 y 9,2 la recomendarían a otras pacientes.

Conclusiones: Los profesionales sanitarios valoran el portal GlucoContro.online como intuitivo, eficaz y que facilita la gestión, destacando la practicidad y lo visual a la hora del análisis de los registros glucémicos, así como que favorece la visita telemática e implica a las pacientes. De cada 10, 9,4 lo recomendarían a otros profesionales sanitarios. Las pacientes valoran fácil descargar CONTOUR®DIABETES app y vincular el glucómetro, así como compartir los datos con el profesional sanitario lo cual les hizo sentir tranquilas y acompañadas y destacaron como muy buena la visibilidad de las glucemias con código de colores.

P-063. IMPACTO DEL USO DE LA MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA INTERSTICIAL A DEMANDA EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON INSULINA BASAL

V. Osés Zárate, P. Calvo Redondo, J. Campos Fernández, A. Cámara Balda, M.J. Chinchetru Ranedo, B. Moure Lavilla y M.J. Llániz Eguílaz

Hospital San Pedro, Logroño, España.

Introducción: El empleo de sistemas de monitorización de glucosa en diabetes es frecuente. Varios estudios muestran mejoría de la

calidad de vida y disminución de la carga de enfermedad con los mismos. En nuestra comunidad autónoma actualmente están financiados los sistemas de monitorización de glucosa a demanda o *flash* (MFG) en diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en tratamiento con insulina basal y prandial. Sin embargo, un porcentaje considerable de DM2 solo precisan insulina basal.

Objetivos: Evaluar la satisfacción e impacto en la calidad de vida del uso de MFG en DM2 con insulina basal.

Material y métodos: Estudio piloto descriptivo prospectivo a 3 meses en DM2 en tratamiento con insulina basal y antidiabéticos no insulínicos (ADO). Se incluyeron 50 pacientes con muestreo consecutivo en las consultas externas de Endocrinología. Entre el 1/06/22 y el 14/07/22 se inició la MFG. Se recogieron datos clínicos, analíticos, de percepción de hipoglucemias (test de Clarke) y cuestionario validado sobre la experiencia con la monitorización de glucosa (C-EMG) antes y a los 3 meses del uso del sensor.

Resultados: Completaron el estudio 47 pacientes con edad media de 62 años (DE 11,05), 66% varones, IMC 29,32 kg/m² (RI 6,08), HbA_{1c} inicial 8,04% (DE 1,32) y media de evolución de diabetes de 16,97 años (DE 10,17). La mediana de ADO fue 2 (RI 1), los más frecuentes Metformina 91,5%, iSGLT2 59,6% y aGLP1 57,4%. De las insulinas, glargina U300 63,8% y glargina U100 31,9%, con media de 0,35 UI/kg (DE 0,26). De acuerdo al test de Clarke, el 83% reconocía bien las hipoglucemias, un 4,3% presentaban hipoglucemias inadvertidas. Los 47 pacientes completaron el cuestionario C-EMG inicial sobre su experiencia con glucemia capilar, únicamente 41 el final sobre MFG. De todos los ítems, solo el 12 (“hace que esté mirando mis niveles de glucosa constantemente”) mostró diferencias significativas ($p = 0,028$), el 54,8% lo afirmaba con MFG vs. 17,4% con glucemia capilar. En los ítems con respuesta abierta, las ventajas más repetidas de la MFG fueron la comodidad y el evitar la punción capilar, y como desventaja “ninguna”. Mostraron en algún caso observaciones inconsistentes con el sistema que empleaban en el momento de completarlo.

Conclusiones: Este estudio piloto evalúa la experiencia de 47 DM2 con ADO e insulina basal con el uso de MFG durante 3 meses mediante el cuestionario C-EMG. Los pacientes, con más frecuencia miraban constantemente los niveles de glucemia con MFG frente a la glucemia capilar, sin diferencias significativas en otros ítems. La ventaja más repetida que señalaron fue la comodidad y evitar la punción digital y como desventaja “ninguna”. Seis pacientes no entregaron el test final y alguna respuesta fue contradictoria, esto sugiere que este tipo de cuestionarios requiere orientación y explicación exhaustiva para asegurar la adecuada cumplimentación.

P-064. APLICABILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN INTERMITENTE DE GLUCOSA INTERSTICIAL EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO DE GRANADA

R. Rodríguez Juárez, M.C. Andreo López, J. García Sánchez, E. Martínez Silla, L. Cánovas Noguera, J.L. Delgado Montoya, M.T. Cruces Moreno y P.J. López-Ibarra Lozano

Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.

Introducción y objetivos: El óptimo manejo de la glucemia en pacientes críticos con diabetes o hiperglucemia de estrés tiene valor pronóstico. Para el ajuste, la medición más utilizada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es la capilar. En este estudio, se comparan las concentraciones de glucosa intersticial (GI) con las de glucosa capilar (GC) para valorar la aplicabilidad de la colocación de sensores en pacientes con necesidad de vasoactivos.

Material y métodos: Estudio observacional longitudinal prospectivo con 6 pacientes diabéticos o hiperglucemia de estrés ingresados

en UCI. Se recogieron variables demográficas (sexo, edad), clínicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad), hemodinámicas (necesidad de vasoactivos) y metabólicas (hemoglobina glicosilada determinada mediante analítica (HbA_{1c}), presencia de complicaciones angiopáticas, mediciones de GC y GI (en mg/dL)). El análisis estadístico se ha realizado con el programa IBM SPSS v.25 (Significación estadística $p < 0,05$).

Resultados: 67% varones con edad media de 65,5 \pm 21,5 años. El 100% hipertensos y el 50% obesos. El 67% eran diabéticos tipo 2 con una media de HbA_{1c}: 6,5 \pm 1,6% y el 75% presentaban complicaciones angiopáticas. La media de GC fue de 205 \pm 66,9 y la de GI de 152,2 \pm 53,4. El 67% precisaron vasoactivos. Hubo correlación positiva entre las mediciones capilares e intersticiales tanto en pacientes con vasoactivos como sin necesidad de ellos ($r = 0,8$ y $r = 0,7$, respectivamente, $p = 0,0$).

Conclusiones: Existe una correlación positiva y fuerte entre las mediciones de glucemia intersticiales y capilares, se apliquen o no vasoactivos. Esto sugiere que, independientemente de la situación hemodinámica del paciente, la GI podría ser útil como instrumento de medición glucémica en el paciente crítico, mejorando así el confort del mismo.

P-065. EXPERIENCIA Y SATISFACCIÓN EN ENFERMERÍA EN EL USO DEL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA EN SANGRE CONTOUR®NEXT

F.J. García Martín, I. Morillo Merlos, M.D. Béjar Díaz, F. Mantecón Valero y F. de Paula Cossío Escribano

Centro de Salud de Aznalcóllar, Aznalcóllar, España.

Introducción y objetivos: Identificar en el colectivo de enfermería de Atención Primaria los elementos clave de su experiencia y satisfacción en la educación, manejo y uso del sistema de monitorización de glucosa en sangre (SMGS) CONTOUR®NEXT.

Material y métodos: Entrevista coincidental a través de un cuestionario online semiestructurado de duración máxima 5 minutos a 85 profesionales de enfermería de Atención Primaria a quienes se les entregó y se les instruyó en el uso de CONTOUR®NEXT. Cada profesional involucrado en el estudio seleccionó, entregó y formó en el uso de CONTOUR®NEXT a un mínimo de 5 pacientes no debutantes y que previamente habían utilizado otros glucómetros. Al finalizar, se registró la información sobre la satisfacción y percepción de valor que han tenido los profesionales en su experiencia con CONTOUR®NEXT.

Resultados: Nivel de satisfacción muy elevado con el sistema CONTOUR®NEXT, escala de valoración del (1-5), obteniendo una media de 4,82. El 82,4% indicó estar muy satisfecho (5) y el 17,6% satisfecho (4). El 95,3% asegura que lo recomendaría y el 4,7% restante probablemente sí. Los tres principales motivos que sustentan la alta satisfacción con CONTOUR®NEXT: Sencillo/Intuitivo/Rápido/Fácil de educar al paciente (84,7%). Exactitud/Fiabilidad/Seguridad/Confianza (29,4%). Luces de colores/Lectura/Código de Color (24,7%). Las características del sistema CONTOUR®NEXT mejor valoradas por los profesionales frente a otros sistemas son las siguientes: Sencillo/Intuitivo/Rápido/Fácil educar paciente (93%); Luces de colores/Lectura/ Código colores (67%); Exactitud/Fiabilidad/Seguridad/Confianza (45%); Doble oportunidad de llenado (44%). Diferentes características del sistema CONTOUR®NEXT en la práctica diaria en consulta fueron valoradas del 1 al 5. De ellas, 15 características fueron valoradas “muy positivamente” (5) y 2, “positivamente” (4). Las más destacables por orden de valoración: Segunda oportunidad de llenado (91%). Capilaridad de la tira (91%). Luz roja para hipoglucemias (89%). Luz verde para normoglucemia (88%). Facilidad general del sistema CONTOUR®NEXT (88%). Luces objetivo para cada rango (smartLIGHT) (86%). Rapidez y facilidad

para la visualización/accesibilidad de los resultados en el medidor (85%).

Conclusiones: Excelente percepción de valor de las características y beneficios del uso, manejo y educación de CONTOUR[®]NEXT frente a otros glucómetros por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria en la práctica diaria. La facilidad de uso, exactitud, luces de colores para cada rango (smartLight) y segunda oportunidad de llenado son las características mejor valoradas y las que reflejan el elevado nivel de satisfacción de los profesionales con CONTOUR[®]NEXT.

P-066. MEJORÍA DEL CONTROL DE LAS GLUCEMIAS TRAS INSTAURACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL POR PEG

S.P. Alonso Gallardo y A. Fernández Valero

Hospital Costa del Sol, Marbella, España.

Se presenta el caso de una mujer de 83 años, que presentaba como antecedentes personales una enfermedad de Alzheimer moderada-grave, lo que hacía que fuera dependiente (aunque salía a la calle en silla de ruedas y se comunicaba) y presentara disminución de las ingestas, con una pérdida de más de un 10% de su peso en los últimos 6 meses. Además, tenía una diabetes autoinmune tipo LADA diagnosticada en 2006 (péptido C bajo y autoinmunidad positiva), tratada inicialmente con antidiabéticos orales y, posteriormente, con insulino terapia y monitorización con sensor de glucosa. Presentaba difícil control con episodios de hipoglucemias, debido a la negativa a la ingesta tras la administración de insulina rápida, llegando a precisar en alguno de estos episodios atención por el servicio de emergencias por hipoglucemias graves. Los datos de descarga del sensor eran: TAR 50%, TIR 41%, TBR 9% (muy bajo 1%); por lo que la familia comienza a omitir dosis de insulina por ingesta errática y miedo a nuevos episodios de hipoglucemia. A mediados de 2023, es trasladada a urgencias, por mal estado general y deterioro del nivel de consciencia. En la analítica destacaba glucemia en 560 mg/dL, acidosis metabólica y cuerpos cetónicos en orina positivos, llegando al diagnóstico de cetoacidosis diabética instaurándose tratamiento con fluidoterapia intensiva y perfusión de insulina intravenosa. Una vez estabilizada fue ingresada en planta con terapia con insulina basal-bolo. En planta, las ingestas continuaron siendo muy variables, presentando nuevamente hipoglucemias graves que llevaban a reducir las dosis de insulina y que daban lugar, posteriormente, a hiperglucemias de > 300 mg/dL cuando hacía ingestas adecuadas. Finalmente, se decidió que lo más adecuado era iniciar nutrición enteral por gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), ya que así se podría mejorar el estado nutricional al garantizar una ingesta calórica y una hidratación adecuada, junto a un aporte fijo de hidratos de carbono permitiendo administrar siempre una dosis similar de insulina. Tras el inicio de la nutrición enteral por PEG, el control glucémico mejoró francamente, con curvas más planas y sin hipoglucemias graves, presentando un TAR 36%, TIR de 63% y TBR 1% (muy bajo 0%). El tratamiento de la diabetes insulino péptica puede ser muy complejo debido a que la cantidad de insulina que se debe de administrar, depende de la cantidad de hidratos de carbono consumi-

da, por lo que, en pacientes con ingestas erráticas, como puede ocurrir en demencia avanzada, el tratamiento se convierte en un auténtico reto. En estos casos, la instauración de nutrición enteral por PEG podría ser una opción (siempre y cuando se sopesen los riesgos y beneficios y esté correctamente indicada), pues no solo nos va a permitir el control de la diabetes, si no que nos va a asegurar un adecuado estado nutricional.

P-067. ¿CONSEGUIMOS MEJORÍA EN NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS SOLO CON EL USO DE MEDIDOR CONTINUO DE GLUCOSA?

I. García Herrero, M.D. García García, M. Garrido Pérez-Cuadrado, I. Río Moso, E. Albaladejo García, F. Puche Louzan y M. Cuenca Cegarra

EAP San Antón, Cartagena, España.

Introducción: Ciertamente es que, los sensores de medición continua de glucosa no curan la diabetes, pero si nos pueden resultar muy útiles a la hora de tratar de conseguir un buen control metabólico. Por tanto lo que vamos a tratar de demostrar es cuál es el grado de control metabólico que tienen nuestros usuarios cuando tratan de mejorar su TIR (tiempo en rango) tanto con tratamiento como con medidas higienicodietéticas.

Objetivos: Objetivo principal: valorar si existen mejoras en cuanto a glucemias medias, tiempo en hipoglucemia, tiempo en hiperglucemia y GMI cuando mejoramos el TIR de nuestros usuarios. Objetivos secundarios: 1. Tratar de cuantificar esa mejora. 2. Ver relación entre lecturas día vs. TIR > 70% y si tiene incidencia el número de lecturas con relación al TIR.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo observacional de casos control. Los datos los recogeremos de la *app* Libre-view. n: todos los usuarios de la región de Murcia que usan el sensor Freestyle libre y libre2 y que tengan descargas con la *app* Libre-view. Fecha de corte: 19 de mayo 2023. Descartaremos a los que no hayan realizado descargas en la última semana, también a aquellos que no hayan tenido operativo el sensor un mínimo de un 70% del tiempo. Con todo ello tenemos una población (n) de 2.053 usuarios. n₁ = aquellos que tienen un TIR < 70% (1.345) = 65,51%; n₂ = aquellos que tienen un TIR ≥ 70% (708) = 34,49%. Seguidamente veremos glucemia capilar media según TIR, también los promedios de tiempo en hipoglucemia e hiperglucemia y, finalmente el GMI.

Resultados: En cuanto a lecturas vs. TIR > 70%, vemos que con descargas en la última semana tenemos un total de 2.533 usuarios, de los cuales con menos de 15 lecturas son: 86,18% (2.183) y de estos: con TIR < 70% 87,40% (1.908) y TIR ≥ 70% 12,60% (625). Con más de 16 lecturas/día 13,82% (349), TIR < 70% 44,70% (156) TIR ≥ 70% 55,30% (193).

Conclusiones: Los pacientes que mantienen un TIR superior al 70% mejoran todos los valores que hemos medido, tanto glucemia media, como episodios de hipo e hiperglucemia, y también mejor GMI. Por otra parte, vemos que aumentar el número de lecturas lleva aparejado una mejora en el TIR. Por tanto, podemos decir que la mejora

Tabla P-067

	GB MEDIA mg/dl		Eventos hipoglucemia		Eventos hiperglucemia		GMI
Totales	170,23		3,86%		13,89%		7,27
TIR < 70%	181,02	6,33%	3,91%	1,29%	17,28%	24,40%	7,64
TIR ≥ 70%	136,19	-20%	3,55%	-8,03%	1,90%	-86,32%	6,56
							-9,76%

del TIR lleva implícita una mejoría en todos los demás valores que medimos. Por último concluimos que debemos implicar al usuario haciéndole aumentar el número de lecturas día, consiguiendo, en la mayoría de los casos una mejoría del control metabólico.

P-068. SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE INICIAN MONITORIZACIÓN. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO, CONTROLADO Y PARALELO DE MONITORIZACIÓN *FLASH* VS GLUCEMIA CAPILAR

N. Mangas^{a,b}, N. Abroades Zayas^a, M.J. Martínez Roldán^a, M. Ramos Fortes^a, Equipo Enfermeras Educadoras Endocrinología^a, D. Maurici Puente^{a,b,c,d} y R. Corcoy^{a,b,c,d}

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

^bInstitut de Recerca Sant Pau (IIB Sant Pau), Barcelona, España.

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

^dDepartamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: La aceptabilidad y efectividad de la monitorización continua *flash* de glucosa (MCG *flash*) está bien documentada tanto en personas con diabetes tipo 1 como tipo 2 (PcD2). La información sobre el inicio de MCG *flash* en el ámbito de Hospital de Día de Endocrinología (HDE) es limitada.

Objetivos: El objetivo principal es evaluar la satisfacción con el método de monitorización de glucosa de las PcD2 que la inician en HDE con MCG *flash* vs. glucemia capilar (GC). Se presentan las características de los participantes del estudio.

Material y métodos: Diseño: ensayo clínico unicéntrico, aleatorizado, paralelo, abierto y exploratorio, proporción 1:1 de tres meses de duración; aleatorización computarizada por bloques de 10, sobres opacos para ocultar la asignación, y sin enmascaramiento. Intervención: MCG *flash* de glucosa; Control: GC. Tamaño muestral: 50 pacientes. Variable principal: satisfacción con el tratamiento según *Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire* (DTSQ), validado en español. Variables secundarias: HbA_{1c} al final del periodo de estudio y cambio respecto a la inicial. Valor de preguntas 2 y 3 del DTSQ (frecuencia percibida de glucemia alta y baja); % de problemas locales. N cambios de tratamiento, visitas totales y duración del seguimiento. cambio de glucometría en cada grupo. Análisis estadístico: descriptivo y analítico; variables cualitativas informadas como % y cuantitativas según su distribución normal o no. No se realizará comparación estadística

de características basales ya que se considera inapropiada; se valorará cualitativamente si hay diferencias clínicamente relevantes.

Resultados: El estudio se propuso a 57 PcD2, con una aceptación de 87,8%. Se ha finalizado el reclutamiento, 38 de ellas han finalizado el estudio y hubo 2 pérdidas. En la tabla se describen las características basales de los dos grupos, que cualitativamente difieren en el IMC basal.

Conclusiones: El grupo de estudio se caracteriza por una mayoría de hombres, IMC en rango de sobrepeso, evolución corta, % relevante de patología intercurrente e hiperglucemia marcada, con distribución similar entre los grupos. A la fecha del congreso se dispondrá de la respuesta a la pregunta de investigación.

P-069. IMPLANTACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA INTERSTICIAL TIPO *FLASH* EN PACIENTES ADULTOS CON DIABETES TIPO 2 EN EL ÁREA DE SALUD DE NAVALMORAL DE LA MATA

M.C. Fuentes Durán, C. Sánchez Velázquez, L.M. Hernández Rodríguez, A.C. Sánchez Torres e I. Fernández de las Heras

Hospital Campo Arañuelo, Navalmoral de la Mata, España.

Introducción: En la Consulta de Enfermería de Educación diabética del Hospital, en abril del 2023 se comenzó con la monitorización de glucosa intersticial tipo *flash* (MCG/*flash*) en pacientes adultos con diabetes tipo 2 con múltiples dosis de insulinas. A en junio, se realizó formación en cascada en atención primaria, comenzando en octubre con la prescripción e implantación de sensores. Siendo en el Servicio de Salud, un Área de Salud pionera en la utilización de sensores en atención primaria. En la actualidad, a fecha de 30 de diciembre del año 2023. El estudio se realizará con 37 pacientes que llevan tres meses utilizándolos. La utilización de nuevas tecnologías aplicadas al control de la diabetes debe estar ligada 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 MCG/*flash*. Dividiendo en dos grupos de edad desde los 40 a 79 años y en mayores de 80 años.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio cuasiexperimental con pacientes a los que se les ha prescrito la utilización (MCD/*flash*).

Tabla P-068

Variable	MCG <i>flash</i> N = % o P50 (P25-P75)	GC N = % o P50 (P25-P75)
Sexo (% de hombres)	64%	84%
Edad (años)	60,8 (14,8)	56,8 (13,1)
Peso (kg)	76,0 (62,8-81,0)	85,0 (77,1-99,9)
Talla (m)	1,64 (0,08)	1,71 (0,07)
Índice de masa corporal (IMC, kg/m ²)	26,6 (24,6-31,7)	29,1 (24,3-35,1)
Tiempo de evolución (meses)	0 (0-1)	1 (0-1)
Circunstancias adicionales (%)		
Debut	52%	40%
Proceso oncológico	32%	24%
Tratamiento farmacológico previo (%)	36%	28%
HbA _{1c} (%)	11,0 (8,5-11,8)	10,7 (9,1-11,9)

Resultados: EN el grupo de edad de 40 a 79 años: existe significación estadística en el indicador de gestión de glucemia (GMI). Se reduce del 7,19% al 7,13%, con una $p = 0,0018$. Sin aumento en el tiempo de hipoglucemia (ya sea “bajo” o “muy bajo” $p = 0,12$), objetivo que no se había conseguido previamente pese a la optimización del tratamiento y a la educación diabetológica. Observamos una tendencia que no alcanza la significación estadística en el tiempo de “baja” ($p = 0,12$) así como una tendencia sin significación estadística al aumento del tiempo en “muy baja”, atribuible a 2 datos *outliers* de 6% en MB. En el grupo de edad de mayores de 80 años: En este grupo de edad no se aprecian diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: El uso de MCG/*flash* mejora el control de la diabetes tipo dos en los pacientes, debido fundamentalmente a que la visualización de los datos glucémicos mejora la adherencia a los conocimientos diabetológicos explicados en la consulta y sirve de motivación, aumentando la seguridad en el tratamiento insulínico. El Área de Salud ha sido pionera dentro del Sistema de Salud por la implantación de MCG en atención primaria, debido fundamentalmente a la labor realizada de forma multidisciplinar con el liderazgo de la enfermera educadora en diabetes del Hospital.

P-070. UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA INTERMITENTE EN EL CRIBADO DE LA MATURITY-ONSET DIABETES OF THE YOUNG ENTRE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS ERRÓNEAMENTE COMO DIABETES TIPO 1

R. Virlobo Cebrian^a, J. González López^b, S. Herranz Antolín^c, A. Marco Martínez^d, P. Pinés Corrales^e, I. Quiroga López^f y M.J. Picón César^g

^aSección de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ^bSección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, España. ^cSección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España. ^dServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario de Toledo, Toledo, España. ^eServicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España. ^fSección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, España. ^gServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción y objetivos: La *Maturity-Onset Diabetes of the Young* (MODY) engloba un espectro de formas monogénicas de diabetes caracterizadas por un patrón de herencia autosómica dominante, diabetes de aparición temprana (generalmente antes de los 25 años), preservación de la secreción endógena de insulina y sin signos de afectación autoinmune pancreática. Debido a estas características clínicas similares a los tipos más comunes de diabetes, el 50-90% de los pacientes con MODY son diagnosticados erróneamente como diabetes mellitus tipo 1 (DM1) o tipo 2. De hecho, el 3,6% de los pacientes diagnosticados con DM1 son en realidad pacientes con MODY. Las características clínicas menos acentuadas de la hiperglucemia y la mayor estabilidad glucémica, justificadas por la presencia de reserva pancreática, podrían indicar que los pacientes con MODY obtendrían mejores resultados glucométricos medidos mediante la monitorización continua de glucosa intermitente (MCGi) que los pacientes con DM1. El objetivo principal será analizar la utilidad (valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, falsos positivos y falsos negativos) de los datos glucométricos obtenidos mediante MCGi en el cribado de MODY entre pacientes diagnosticados erróneamente como DM1.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal y prospectivo. Participarán todos los pacientes ≥ 18 años con DM1 y datos activos de MCGi seguidos en las áreas sanitarias de Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Talavera de la Reina (Toledo), Toledo y Hospital Virgen de la Victoria (Málaga), en España. Se analizará la combinación de las siguientes variables glucométricas: tiempo en rango de glucosa intersticial 3,9-10 mmol/L (70-180 mg/dL) $> 70\%$, indicador de control glucémico < 53 mmol/mol (7%) y coeficiente de variación $< 36\%$, en el cribado de MODY entre pacientes que podrían haber sido diagnosticados incorrectamente como DM1. El protocolo seguirá una metodología de tres pasos: Primer paso: MCGi (TIR $> 70\% + GMI < 7\% + CV < 36\%$). Segundo paso: criterios clásicos de sospecha (diagnóstico < 35 años, antecedentes familiares de primer grado de diabetes, autoinmunidad pancreática negativa (Ac GAD, IA-2A y Ac ZnT8) y función de las células beta pancreáticas preservada (péptido-C $> 0,2$ ng/mL) con glucemia plasmática > 140 mg/dL). Tercer paso: estudio genético de MODY.

Resultados: La aprobación ética para este proyecto se recibió el 6 de junio de 2023. El ensayo se registró el 30 de junio de 2023 (NCT05918484). El reclutamiento comenzó en julio de 2023 y los resultados esperados estarán disponibles durante 2024.

Conclusiones: Este estudio entre pacientes con MODY diagnosticados erróneamente como DM1 proporcionará una valoración exploratoria de los datos de MCGi como herramienta de cribado. El uso cada vez más extendido de MCGi a todos los pacientes con DM1 podría ayudar a desenmascarar, a través de esta sencilla metodología, a más pacientes con MODY que podrían beneficiarse de medidas terapéuticas diferentes.

TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 1

P-071. IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO A LARGO PLAZO DE LOS SISTEMAS HÍBRIDOS DE ASA CERRADA (HCL) FRENTE A SISTEMAS NO AUTOMATIZADOS: SIMULACIÓN A LO LARGO DE TODA LA VIDA DEL PACIENTE

A. Khan Mirón^a, P.I. Beato Víbora^b, A. Chico^c, J. Moreno Fernández^d y G. Brusaferrí^a

^aYpsomed Ag, Solothurn, Suiza. ^bHospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España. ^cHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^dHospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Introducción y objetivos: Los sistemas de asa cerrada (*hybrid closed-loop*, HCL) han sido una de las mayores innovaciones en el tratamiento de la diabetes tipo 1 (DT1) hasta la fecha. Dichos sistemas han demostrado ser más efectivos en ayudar a los pacientes a cumplir sus objetivos glicémicos que los tratamientos convencionales. Solo un estudio analiza el coste-efectividad en sistemas HCL en España (Jendle, 2023) doi:10.1089/dia.2023.0297). El estudio compara HCL frente a múltiples dosis de insulina, basándose en el estudio ADAPT. La mayor efectividad y mejora en la calidad de vida resultaron en una ratio coste-efectividad de unos 29.718 €. El objetivo de este estudio es modelizar la efectividad a largo plazo del HCL frente a sistemas no automatizados, como el asa abierta bomba + sensor (SAA).

Material y métodos: Se simularon varias cohortes de 1.000 pacientes cada una, con distintos puntos de partida en su control glucémico basados en estudios publicados en la literatura y asignados a HCL o a un sistema no automatizado de infusión de insulina. Uti-