

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. Virlaboa 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. Utí-

lizando el IQVIA Core Diabetes Model v.9.5 se simuló la progresión de la enfermedad a lo largo de toda la vida de los pacientes. Así se extrajeron las incidencias de las distintas complicaciones para cada horizonte temporal y sus respectivas consecuencias económicas.

Resultados: Los siguientes resultados están basados en el estudio de (Crabtree, 2023) (doi:10.2337/dc23-0635), que analiza el uso de HCL (780G, Control-IQ, CamAPS, Medtrum, 670G) en vida real en 520 pacientes previamente tratados con SAA en Reino Unido. Los pacientes tenían una mediana de edad de 40 años, HbA_{1c} de $9,4 \pm 0,9\%$ y duración mediana de la diabetes de 21 años. Después del uso de HCL durante 5,1 meses, la HbA_{1c} se redujo en un 1,5%. Como se muestra en la siguiente tabla, el uso de HCL se traduce en una reducción significativa de la incidencia de las principales complicaciones de la DT1 y de sus costes asociados. Dada la igualdad de precio entre las terapias, el modelo estimó que los sistemas HCL son una alternativa dominante frente a la terapia con SAA.

	Disminución en la incidencia a 5 años	Ahorro a 5 años (€)
Retinopatía diabética proliferativa	-76,2%	92,330
Edema macular	-70,9%	110,856
Pérdida grave de visión	-34,4%	79,492
Enfermedad renal terminal	-9,9%	98,621
Úlcera	-21,1%	844
Neuropatía	-56,2%	594,438
Enfermedad vascular periférica	-24,7%	32,828
Angina	-28,5%	32,011
Accidente cerebrovascular	-27,9%	21,813
Infarto de miocardio	-28,9%	109,983
Total		1.173.217

Conclusiones: Dada la igualdad de precio entre las terapias HCL y SAA, podemos concluir que el tratamiento con sistemas HCL en personas con DT1 es una opción dominante frente a SAA: HCL es más efectivo gracias a la reducción en la incidencia de complicaciones y menos costoso debido a los costes evitados de su tratamiento.

P-072. LA ADHERENCIA A LOS ESTÁNDARES DE SALUD CARDIOVASCULAR DE LA AHA SE ASOCIA A UNA MENOR CARGA ATROSCLERÓTICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1

C. Milad Pérez, C. Viñals, T. Séres-Noriega, D. Ayala, I. Conget, M. Giménez y A.J. Amor

Hospital Clínic, Barcelona, España.

Objetivos: El control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y un estilo de vida saludable protegen contra la enfermedad cardiovascular (ECV), aunque su efecto ha sido poco investigado en diabetes tipo 1 (DT1). Nuestro objetivo fue estudiar la asociación entre distintos parámetros de vida saludable con la presencia de aterosclerosis preclínica en esta población.

Materiales y métodos: Estudio transversal en individuos con DT1 sin ECV establecida, con al menos uno de los siguientes: ≥ 40 años, enfermedad renal diabética o ≥ 10 años de duración de DT1 con otro FRCV. Se utilizó una modificación del sistema de puntuación de la American Heart Association "Life's Simple Seven" (AHA-LSS), que mide 7 variables (índice de masa corporal, tabaquismo, actividad física, dieta mediterránea, cLDL, presión arterial y HbA_{1c}) con una puntuación AHA-LSS de 0 a 13 puntos (cuanto mayor puntuación, mejor perfil de FRCV). La presencia de placas se evaluó mediante un protocolo estandarizado de ecografía carotidea. La sensibilidad a la insulina se estimó mediante el *estimated glucose disposal rate* (eGDR), calculado a partir del perímetro de cintura/cadera, presencia de hipertensión y HbA_{1c} . Los pacientes fueron categorizados según terciles en score bajo (AHA-LSS ≤ 5), medio (AHA-LSS 6-7) y alto (AHA-LSS ≥ 8). Las asociaciones entre la puntuación-AHA y la aterosclerosis preclínica fueron evaluadas mediante modelos de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 464 individuos (53% mujeres, edad $47,9 \pm 10,8$ años, duración de la DT1 $26,8 \pm 11,2$ años). Se objetivó una relación inversa entre los diferentes FRCV (incluido el eGDR) y la puntuación AHA-LSS (tabla). Adicionalmente, a medida que aumentaba esta puntuación disminuyó la presencia de carga de placas ($p < 0,001$; tabla). Esta relación inversa se mantuvo tras ajustar por edad, sexo, FRCV no incluidos en el AHA-LSS (filtrado glomerular estimado, triglicéridos, cHDL, perímetro de cintura), y FRCV específicos de la DT1 (complicaciones microvasculares y duración de la diabetes); tanto para la presencia de placa (OR 0,76 [0,66-0,88]; $p < 0,05$ para ambos).

Tabla P-072

	AHA-LSS ≤ 5	AHA-LSS 6-7	AHA-LSS ≥ 8	p for trend
Mujer	44,6%	52,2%	65,2%	< 0,001
Edad (años)	$50,7 \pm 10,6$	$48,1 \pm 10,8$	$44,3 \pm 10,3$	< 0,001
Evolución diabetes (años)	$27,5 \pm 11,3$	$28,0 \pm 11,2$	$24,4 \pm 10,7$	0,015
Retinopatía	39,3%	38,5%	30,4%	0,120
Hipertensión	37,5%	19,9%	5,9%	< 0,001
Estatinas	45,2%	35,4%	13,3%	< 0,001
Tabaquismo activo	49,4%	18,0%	5,9%	< 0,001
HbA_{1c} (%)	$7,8 \pm 0,9$	$7,4 \pm 0,9$	$6,9 \pm 0,6$	< 0,001
Colesterol no-HDL (mg/dL)	130 ± 29	125 ± 25	114 ± 27	< 0,001
Filtrado glomerular (ml/min/1,73 m ²)	$88,4 \pm 14,9$	$90,8 \pm 15,7$	$93,9 \pm 13$	0,001
eG (mg/kg/min)	$7,48 \pm 2,08$	$8,69 \pm 1,81$	$10,11 \pm 1,25$	< 0,001
Presencia de placa	58,3%	34,2%	22,2%	< 0,001
≥ 3 placas	24,4%	12,4%	5,9%	< 0,001

Porcentaje o media \pm desviación estándar.

Conclusiones: El control holístico de los FRCV y la consecución de estilos de vida saludables previene la aparición de aterosclerosis preclínica en personas con DT1. Estos resultados refuerzan la necesidad de abordar en esta población otros factores no-glucémicos para mejorar la salud cardiovascular.

P-073. DETECCIÓN DE HIPOGLUCEMIA CON PERROS ADIESTRADOS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1. UN ESTUDIO PILOTO

A. Vidal Casariego^a, T. Martínez Ramonde^a, O. Villazala Roca^b y J.L. García Castro^b

^aCHUAC, A Coruña, España. ^bCentro Canino Montegatto, A Coruña, España.

Introducción y objetivos: El objetivo principal fue evaluar la capacidad de perros entrenados para detectar hipoglucemia en pacientes con diabetes tipo 1.

Material y métodos: Estudio prospectivo que incluyó pacientes con diabetes mellitus tipo 1. Todos los pacientes utilizaron un sistema integrado de bomba de insulina/sensor de glucosa o monitorización continua de glucosa y fueron seguidos durante 1 año. Se entrenó a perros para detectar hipoglucemia, que se definió como niveles de glucosa inferiores a 70 mg/dl. La hipoglucemia detectada por el sistema de monitorización continua se comparó con la actitud y el tiempo de respuesta del perro.

Resultados: Se reclutaron 14 pacientes. Los niveles de A1C, el tiempo dentro del rango (TIR) y el coeficiente de variación (CV) se mantuvieron estables durante todo el seguimiento. El seguimiento resultó en un total de 246 episodios de hipoglucemia, confirmados por el sensor y/o el paciente, de los cuales 36 (14,6%) fueron detectados por los perros entrenados. La detección por perros entrenados mostró una sensibilidad del 51,9% (IC95% 32,4 a 70,9%) y una especificidad del 100% (74,7 a 100%). Hubo una disminución significativa en el número de hipoglucemias asintomáticas y el miedo y la preocupación por la hipoglucemia disminuyeron significativamente. Se observó una mejora significativa en la calidad de vida y el miedo a la hipoglucemia.

Conclusiones: Se puede entrenar a los perros para detectar hipoglucemias, evitar hipoglucemias asintomáticas y reducir el miedo asociado a ellas. Su detección tiene una sensibilidad moderada y una especificidad alta.

P-074. DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

M. Antequera González, D.E. Barajas Galindo, M.A. Saave Vásquez, M.C. Dameto Pons, B. Pérez Corral, E. González Arnáiz y M.D. Ballesteros Pomar

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

Introducción y objetivos: El tratamiento de la diabetes tipo 1 (DM1) exige modificaciones de los hábitos alimentarios y estilos de vida que implica un riesgo tres veces mayor que la población sin diabetes de desarrollar trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Analizar el riesgo de TCA en una cohorte pacientes DM1 mediante la Encuesta de Problemas Alimentarios en Diabetes (EPAD-R) y describir sus características.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en el que se seleccionaron 89 pacientes con DM1 seguidos en la consulta de Endocrinología y Nutrición del Hospital de León durante el año 2023. Se recogieron datos demográficos, antropométricos y analíticos. Para detectar riesgo de TCA se empleó la EPAD-R, herramienta validada y dirigida específicamente a población DM1, que consta de 16 ítems

(puntuado de 1-5) y un total de 80 puntos. El riesgo de TCA se estratificó utilizando como punto de corte ≥ 20 puntos.

Resultados: Se seleccionaron 89 pacientes con una media de edad de $40,08 \pm 15,6$ años, siendo el 53,8% mujeres con DM1 de $18,8 \pm 12,4$ años de evolución. El 76,6% estaba en tratamiento con multidosis de insulina (MDI) y el 23,4% con infusión subcutánea de insulina (ISCI). El IMC de los pacientes fue de $25,3 \pm 4,5 \text{ kg/m}^2$ y la HbA_{1c} fue de $7,3 \pm 1,1\%$. La puntuación media obtenida en la EPAD-R fue de $14,4 \pm 9,9$. Se clasificó la población en dos grupos según el punto de corte; el grupo 1 mediante una puntuación < 20 , y grupo 2, ≥ 20 , obteniendo un 29,2% de pacientes con riesgo de presentar conductas de desorden alimentario.

Características por grupos de riesgo de TCA

N = 89	Grupo 1 (63)	Grupo 2 (26)	p
Sexo (n, %)			
Mujer	31 (49,2)	17 (65,3)	0,079
Hombre	32 (50,8)	9 (34,7)	
Edad (años)	$40,51 \pm 16,9$	$38,58 \pm 9,8$	0,349
Tiempo evolución (años)	$14,62 \pm 12,4$	$19,27 \pm 11,3$	0,058
HbA _{1c} (%)	$7,18 \pm 0,9$	$7,75 \pm 1,1$	0,015
IMC (kg/m^2)	$24,68 \pm 3,8$	$27,18 \pm 5,9$	0,026
Puntuación EPAD-R	$9 \pm 4,6$	$27,54 \pm 6,6$	< 0,001
ISCI (n, %)	13 (20,6)	4 (11,1)	0,201

Resultados expresados en media y desviación estándar (DE).

Conclusiones: Como consecuencia del elevado porcentaje de pacientes que obtienen puntuaciones altas en EPAD-R, sería imprescindible emplear herramientas de detección específica de los TCA en DT1 para así prevenir de manera precoz las comorbilidades a corto y largo plazo.

P-075. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 REMITIDOS AL PROGRAMA DE ENLACE DE PSICOLOGÍA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD

M. Pasarón Fernández, C. Gándara Gutiérrez, G. Puente Barbé, L. Nozal García, M. Riestra Fernández, F.I. Ibáñez Pascual y B. Veiguela Blanco

Hospital Universitario de Cabueñas, Gijón, España.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) tiene consecuencias que afectan a todas las áreas de la persona, tanto desde el punto de vista físico, como desde el funcional, en las distintas áreas vitales y en las relaciones familiares y sociales. Desde 2019 en nuestro hospital disponemos de un programa de Salud Mental pionero y específico para pacientes con DM1.

Objetivos: Describir características de los pacientes adultos derivados al Programa específico de Salud Mental en DM1.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de las características de los pacientes con DM1 que fueron derivados y recibieron un seguimiento por parte del programa de enlace de psicología clínica, entre los años 2019-2023. Se excluyeron del análisis aquellos pacientes con intervención psicológica al debut de la enfermedad. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS V22.

Resultados: Se incluyen datos de 39 pacientes, 64,1% mujeres. Edad media $39,2 \pm 13$ años (rango 18-62), tiempo de evolución DM1 $18,4 \pm 10$ años. El 33,3% a tratamiento con ISCI. Los motivos de consulta más frecuentes fueron el mal control de la DM1 (32,8%),

ansiedad o depresión en relación con la DM1 (29,7%) y el miedo a las hipoglucemias (24,3%). El 48,6% habían tenido algún ingreso previo por hipo o hiperglucemia. Todos tenían algún diagnóstico previo de salud mental, la mayoría (38,5%) trastorno por ansiedad, seguido de trastorno adaptativo (17,9%). El 33,4% recibía tratamiento con antidepresivos y/o benzodiazepinas. El 84,8% acudieron al menos a una visita. En cuanto al control metabólico previo a la intervención psicológica, los pacientes con MDI presentaban peor HbA_{1c} que pacientes con ISCI ($9,3 \pm 1,9$ vs. $7,5\% \pm 0,86$, $p < 0,001$). 34,3% MDI no utilizaban sistema de monitorización glucémica tipo *flash* por decisión propia. No se encontraron diferencias significativas en la HbA_{1c} pre y post intervención (8,66 vs. 8,4%) ni en la AGP global pre y post intervención, así como tampoco en la HbA_{1c} pre y posdiferenciando por mayor o menor adherencia a las consultas (≤ 5 o > 5 en número de consultas), si bien existe una heterogeneidad en el número de visitas y el tiempo de intervención.

Conclusiones: En nuestra muestra, no hubo una mejora significativa del control metabólico tras una intervención psicológica dirigida, si bien se trata de una muestra reducida y muy heterogénea. Son necesarios más estudios para protocolizar intervenciones dirigidas a la salud mental de los pacientes con DM1 que impacten en el control metabólico.

P-076. DIFERENCIAS EN PARÁMETROS DE CONTROL GLUCÉMICO TRAS EL INICIO DE TRATAMIENTO CON SISTEMAS HÍBRIDOS DE ASA CERRADA SEGÚN SEXO, EDAD Y TIPO DE TRATAMIENTO PREVIO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

J. Ares Blanco^{a,b}, P. Pujante Alarcón^{a,b}, A.V. García Gómez^b, C. Lambert^b, E. Delgado Álvarez^{a,b} y E. Menéndez-Torre^{a,b}

^aHospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

^bInstituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, España.

Introducción y objetivos: Varios estudios han demostrado que los sistemas híbridos de asa cerrada mejoran la HbA_{1c} y el tiempo en rango (TER) en adultos con diabetes tipo 1. Los sistemas híbridos de asa cerrado (SHAC) funcionan mediante algoritmos especialmente programados para evitar tanto la hiperglucemia como la hipoglucemia y ayudar así a facilitar la vida de las personas con diabetes. El objetivo de este estudio fue evaluar las diferencias en parámetros de control glucémico en nuestros pacientes a los 6 meses de iniciar el tratamiento con 4 sistemas diferentes de asa cerrada, y determinar si existen diferencias en cuanto al sexo, la edad o las opciones terapéuticas previas.

Material y métodos: Estudio prospectivo, de un solo centro, de un solo brazo, en el que reclutamos a 68 adultos que acudían a nuestras consultas y que iniciaron tratamiento con SHAC entre junio y diciembre de 2022, independientemente del tratamiento previo. Los parámetros evaluados se midieron al inicio y después de 6 meses de iniciar el nuevo tratamiento. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba t de Student pareada y se consideró estadísticamente significativo un valor $< 0,05$.

Resultados: 68 participantes (49 mujeres) completaron el estudio de 24 semanas. Los varones mostraron diferencias estadísticamente significativas solo en relación con el aumento del TER, mientras que las mujeres mostraron beneficios adicionales disminuyendo también el índice de gestión de glucosa (GMI) y la HbA_{1c}. Los participantes de > 50 años (13) fueron los que más se beneficiaron al aumentar el TER y disminuir la HbA_{1c} y la GMI, mientras que los < 40 (25), los que menos, ya que solo se beneficiaron de aumentar el TER. Las personas que portaban sistemas con parada en predicción de hipoglucemia (SAP) (13) antes de comenzar el tratamiento con SHAC mostraron menores beneficios en los parámetros evaluados en comparación con aquellos

con regímenes de múltiples dosis de insulina (MDI) (15) o bombas de infusión de insulina (40), solo mediante el aumento del TER.

Conclusiones: El inicio del tratamiento con SHAC ayuda a mejorar los parámetros del control glucémico en todos nuestros pacientes. Los más beneficiados son las mujeres, > 50 años y los que fueron tratados antes con MDI.

P-077. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROGRAMA DE IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS HÍBRIDOS EN UN HOSPITAL DE NIVEL 2

S. Duran, S. Roque, N. Ascoeta, P. Canelada, R. Morínigo y L. Tuneu

Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España.

Introducción y objetivos: Se ha descrito que los sistemas híbridos mejoran el control de la glucemia, y la calidad de vida de los pacientes con DM1. Por ello, se ha decidido valorar a los dos meses de haber iniciado la implantación de sistemas híbridos de infusión, los cambios en el tiempo en rango, el impacto sobre el número y la gravedad de las hipoglucemias y los cambios en las dosis de insulina.

Material y métodos: Dentro del programa de implantación de sistemas híbridos de infusión de insulina se evalúan las características clínicas y de calidad de vida de los pacientes que han iniciado el programa. El programa comprende cinco sesiones iniciales y cuatro visitas posteriores (1, 3, 5, 6, 12 meses) en el primer año, en las que además de los parámetros clínicos se evalúan la calidad de vida (DQoL), las hipoglucemias desapercibidas (Clarke) y la adherencia al tratamiento (SCI-R). Dado el tamaño muestral, se han analizado los datos apareados con la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Resultados: El programa se ha iniciado con 10 pacientes con DM1 (3 hombres y 7 mujeres) de edades comprendidas entre (17-51) años, con Hb1AC al inicio entre 5,8%-8,3% (mediana 7,3) y una dosis total de insulina entre (17-36) UI/día, mediana 26,6. En todos los pacientes se ha producido una mejoría clínica y estadísticamente significativa del TIR, TAR y TBR (z-valor: -2, 6 $p < 0,05$, z-valor: 2,48 $p < 0,05$, z-valor: -2,36 $p < 0,05$), respectivamente. Con un aumento significativo de las dosis diarias de insulina (z-valor: -2,5205, $p < 0,05$).

Conclusiones: La mejoría a corto plazo en los parámetros glucémicos redundan en un mejor control global de la enfermedad con un incremento en las dosis de insulina.

TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2

P-078. BENEFICIO DEL TRATAMIENTO COMBINADO CON ARGLP-1 E ISGLT2 EN LOS RESULTADOS RENALES EN LA DIABETES TIPO 2

N. Gros Herguido^a, K.K. Bjerring Clemmensen^{b,c}, B. Zareini^d, T. Gerds^e, K. Kold Sørensen^d, K. Kvist^b, J.P. David^b y C. Torp-Pedersen^d

^aEndocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ^bNovo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca.

^cSteno Diabetes Center Copenhagen, Herlev, Dinamarca.

^dDepartment of Cardiology, Copenhagen University Hospital-North Zealand Hospital, Hillerød, Dinamarca. ^eSection of Biostatistics, University of Copenhagen, Copenhagen, Dinamarca.