

244 de las 429 muestras de AP fueron positivas para malignidad, contando 214 de ellas con PAAF previa. El porcentaje malignidad en AP dentro de cada categoría de PAAF fue: B1 (30,30%; n = 10), B2 (9,52%; n = 24), B3 (29,52%; n = 27), B4 (42,22%; n = 19), B5 (89,55%; n = 60), B6 100%; n = 74). Tras excluir microcarcinomas incidentales encontrados en la AP, se obtuvo lo siguiente: B1 (24,24%; n = 8), B2 (3,96%; n = 10), B3 (27,17%; n = 25), B4 (40%; n = 18), B5 (88,05%; n = 59), B6 (100%; n = 74).

Conclusiones: El porcentaje de malignidad encontrado en nuestro medio, tras excluir los microcarcinomas incidentales no concordantes con la zona puncionada, es similar al esperable según el sistema de Bethesda en las categorías B3, B4 y B6, mientras que el porcentaje de malignidad en las categorías B1, B2 y B5 ha sido superior.

DIABETES MELLITUS

153. INFLUENCIA DE LA VACUNA BACILO CALMETTE-GUÉRIN EN LA INCIDENCIA DE CASOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 INFANTOJUVENIL EN EUSKADI

R. Gago Martín¹, I. Díez López², S. Maeso Méndez³, I. Rodríguez Jiménez³ y M.Á. Ogueta Lana⁴

¹CS Zabalgana OSI Araba, Álava. ²Departamento de Pediatría, Hospital Universitario Araba, UPV-EHU. Osakidetza, Álava.

³Hospital Universitario Araba, Álava. ⁴Departamento de Salud-GV.

Objetivos: Aumentar el periodo de estudio con nuevos datos de incidencia de casos de Dm tipo1a al tener ya la mayor parte de la cohorte de niños que debutan en los últimos 5 años no expuestos a lo uso de la vacuna (eliminada de calendario 01/01/2013).

Métodos: Estudio epidemiológico comparación de incidencias acumuladas entre grupos poblacionales vacunados y no vacunados desde fin de vacunación (año 2012) hasta la actualidad en toda la población de la CCAA menores de 19 años. La incidencia de casos de DM entre vacunados es de media superior a los no vacunados. A medida que va pasando (población < 19 a presenta menos proporción de individuos expuestos a BCG) el tiempo ambas incidencias se asemejan e incluso los no vacunados superan a los vacunados. Nuestra prevalencia se ha mantenido en la media-baja respecto a lo publicado en España en 2015 con un incremento discreto progresivo o pendiente en alza en los últimos 10 años (<https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-sed-seen-seep-ponen-marcha-primer-registro-nacional-diabetes-tipo-espana-20220428151413.html>).

Conclusiones: La vacuna Bacilo Calmette-Guérin que se ha postulado como tratamiento de procesos autoinmunes, alérgicos, infecciosos u oncológicos, aunque todavía son necesarios más estudios. En nuestra serie la incidencia de los vacunados fue superior a los no vacunados durante un cierto tiempo, pudiéndose apuntar un cierto efecto rebaño, ya que en los últimos años estudiados la prevalencia entre los no vacunados fue superior a los que recibieron BCG.

154. DIFERENCIAS GLUCOMÉTRICAS CON EL USO DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN MUJERES VS. HOMBRES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

R. Márquez Pardo, D.J. del Can Sánchez, R. Manzanares Córdoba, P. Rodríguez Ortega y M. Láinez López

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Objetivos: Analizar el perfil glucémico ambulatorio (AGP) basal de los pacientes con DM2 del Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva) mediante la colocación del sensor de monitorización flash de glucosa (MFG) y comparación de sus variables glucométricas por sexos.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo trasversal de la glucometría basal de los DM2 a los que se le implantó MFG en 2023 en el Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva) según las indicaciones vigentes. Se analizaron variables de su perfil AGP como glucemia basal media (GBM), Indicador de gestión de glucosa (GMI), Coeficiente de variación (CV), y tiempos en (TIR), por encima (TAR) y por debajo de rango (TBR). A continuación, se estratificó la muestra por sexos para comparar los resultados medidos de cada variable referida. Las variables se expresan mediante media \pm DE.

Resultados: Se trata de una muestra de 48 pacientes (26 mujeres), de $67,8 \pm 11,59$ años. En sus informes de perfil glucométrico, se halló una GBM de $169,3 \pm 30,09$ mg/dl con un GMI basal medio de $7,5 \pm 0,89\%$, y un Coeficiente de variación (CV) de $29,5 \pm 7,15\%$. En cuanto a los tiempos en rango, se encontró un TIR de $61,3 \pm 20,08\%$, con un TAR de $36,8 \pm 20,36\%$, y un TBR $1,8 \pm 3,04\%$. Se comparó el perfil glucométrico mujeres (de $66,6 \pm 2,78$ años) vs. hombres (de $69,2 \pm 1,63$ años) sin encontrar significación estadística ($p > 0,05$) en ninguna de las variables analizadas: GMB $166,5 \pm 5,34$ vs. $173,7 \pm 6,26$ mg/dl; GMI basal medio $7,6 \pm 0,18$ vs. $7,4 \pm 0,16\%$; CV de $31,0 \pm 1,11$ vs. $28,0 \pm 1,79\%$; TIR $62,3 \pm 3,32$ vs. $60,0 \pm 4,62\%$; TAR $35,5 \pm 3,38$ vs. $38,0 \pm 4,67\%$ y TBR $2,0 \pm 0,56$ vs. $2,0 \pm 0,72\%$.

Conclusiones: Existe un perfil glucométrico predominantemente hiperglucémico en nuestra muestra de DM2 descrita, previa a la intensificación terapéutica en HDD. En nuestro estudio, al comparar mujeres vs. hombres, no se obtuvieron diferencias significativas entre sexos de las variables glucométricas comparadas.

155. EFECTOS DE LA INTENSIFICACIÓN CON SGLT2 DURANTE 12 SEMANAS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 Y BUEN CONTROL METABÓLICO. ANÁLISIS PRELIMINAR DE UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO Y CONTROLADO CON PLACEBO

A.M. Gómez-Pérez¹, B. Martínez Alfaro², J.C. Fernández-García³, I. Cornejo-Pareja¹, M. Damas-Fuentes¹, M. Molina-Vega¹ y F.J. Tinahones¹

¹UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. ²Unidad de Ensayos Clínicos del Endocrinología y Nutrición, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. ³UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Introducción: Los SGLT2 tienen un potente efecto protector a nivel cardiovascular y renal. El objetivo principal es analizar los cambios metabólicos inducidos por dapagliflozina y su relación con los efectos cardiorrenales. El objetivo de este análisis secundario es evaluar los cambios antropométricos, en el índice de resistencia a la insulina (HOMA-IR), la HbA1c y la albuminuria.

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado, fase IV, paralelo controlado por placebo y doble ciego. Criterios inclusión: DM2, 18-75 años, tratamiento solo con metformina y HbA1c 6-7,5%. Exclusión: IMC > 40 kg/m², filtrado glomerular < 60 ml/min o enfermedad cardiovascular establecida. 40 participantes se asignaron de forma aleatoria (1:1) a tratamiento durante 12 semanas con dapagliflozina vs. placebo (n = 18 vs. n = 22 en placebo). Se realizó una antropometría basal por impedanciometría (TATINA®), toma de presión arterial, extracción de sangre (hemograma, bioquímica y microalbuminuria).

Resultados: No hubo diferencias estadísticamente significativas en las características basales entre ambos grupos. A las 12 semanas se encontraron diferencias significativas en el hematocrito, más alto en el grupo dapagliflozina que en el grupo placebo ($p 0,036$). También

se observaron diferencias significativas en las pruebas de función hepática (AST p 0,016; ALT p0,007; GGT p 0,012) más bajas en el grupo de dapagliflozina. Además, se observa una reducción desde los valores basales en el grupo de dapagliflozina. Del mismo modo, la HbA1c fue más baja en el grupo de dapagliflozina ($6,62 \pm 0,41$ vs. $6,95 \pm 0,49$ p 0,032). En el resto de variables, tanto antropométricas como analíticas no se encontraron diferencias entre los grupos.

Conclusiones: La dapagliflozina fue segura y eficaz como terapia adyuvante a la metformina en pacientes con DM2 y buen control metabólico.

Ensayo clínico financiado por AstraZeneca (FIM-DAPA-2018-01; EUDRACT: 2017-005136-41).

156. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA EN VIDA REAL AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE SGLT2 EN PERSONAS CON MODY-HNF1A (MODY-3)

D. Ayala¹, J. Blanco¹, C. Oblare², M. Granados¹, C. Milad¹, M. Claro¹, C. Solà¹, I. Conget¹ y J. Oriola³

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona. ²Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica, Barcelona. ³Servicio de Bioquímica y Genética Molecular, Centro de Diagnóstico Biomédico, Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: El aumento de excreción urinaria de glucosa en personas con MODY-HNF1A se debe a la reducción de la expresión del gen codificante del canal SGLT2 en las células tubulares. Por ello analizamos la respuesta a inhibidores de SGLT2 (iSGLT2) en este grupo.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico en personas con MODY-HNF1A que recibieron tratamiento con iSGLT2. Evaluamos cambios en: HbA1c, peso y dosis de insulina en los primeros 6 meses. Mostramos estadísticos descriptivos como mediana (rango intercuartílico) y el análisis bivariado mediante el test de Wilcoxon.

Resultados: Identificamos 28 personas con MODY-HNF1A que recibieron iSGLT2; 64,3% mujeres, edad 53,5 (45,3-64,8) años y 31 (20,5-41,8) años de evolución. Incluimos (n = 25) en el análisis de eficacia aquellos casos con datos pre y posinicio y descartamos los que lo iniciaron junto con análogos del GLP-1 o en sustitución de secretagogos. Hubo 5 motivos clínicos de inicio: Grupo 1: mejora del control glucémico tras inicio de insulina, n = 12 (36,4%); grupo 2: mejora de control subóptimo (HbA1c > 7%) bajo tratamiento con hipoglucemiantes no insulínicos (HGNI), n = 8 (24,2%); grupo 3: optimización del tratamiento a pesar de control correcto con HGNI, n = 2 (6,1%); grupo 4: beneficio cardiorrenal, n = 2 (6,1%); grupo 5: reducción de hipoglucemias en tratamiento con insulina, n = 1 (3%). Los resultados clínicos globales y de los grupos 1 y 2 se reflejan en la tabla.

	HbA1c basal (%)	HbA1c 6 meses (%)	Peso 6 meses (kg)	
Total 5 grupos (n = 25)	7,7	6,7	65,4	-4,5*
Grupo 1 (n = 12)*	8,2	6,9	65,8	-11,7*
Grupo 2 (n = 8)	7,7	6,5	66,1	-2,2

*3 personas dejaron de requerir insulina reduciendo la dosis de 41,1 a 27 UI/día.

Conclusiones: Valorar la eficacia de los iSGLT2 en personas con MODY-HNF1A es complejo por la escasa casuística y su heterogeneidad, pero podría existir un efecto beneficioso mayor de lo esperable.

*Presentado en la SED 2024.

157. ESTUDIO COMPARATIVO DE UN SISTEMA ASISTENCIAL TELEMÁTICA VS. ESQUEMA HABITUAL PRESENCIAL, EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

I. Bilbao Garay¹, L. Jordana Pagés¹, M.T. Iglesias Gaspar², J. Rojo Álvaro¹, M. Pérez de Ciriza Cordeu¹ y A. Yoldi Arrieta¹

¹Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario Donostia.

²Unidad de Epidemiología Clínica e Investigación, Hospital Universitario Donostia.

Introducción: El objetivo consiste en proporcionar una atención telemática, habilitada como forma de comunicación en la historia clínica, sin que empeore el control metabólico y evitando dificultades en la comunicación e inasistencias.

Métodos: Se recogen 40 pacientes, en dos grupos distribuidos según preferencia de intervención: control (n = 20) seguimiento habitual e intervención (n = 20) con atención telemática realizándose valoraciones trimestralmente a partir de los datos obtenidos por MFG, compartidos en la plataforma Libreview. Se incluyen pacientes con DM tipo 1 usuarios del sistema MFG Freestyle libre, que compartan datos a través de la plataforma Libreview. Se excluyen menores de 18, mayores de 70, HbA1c mayor a 9, embarazadas o previsión de embarazo, seguimiento en consultas inferior al año y utilización del MFG menor al 70% del tiempo en los 3 meses previos. Se analizan: edad, tiempo de evolución, IMC, existencia de complicaciones, tabaquismo, hipertensión arterial, función tiroidea, perfil lipídico, HbA1c, dosis de insulina. Los porcentajes se comparan con el test de chi-cuadrado o F exacta de Fisher y la comparación de medias para muestras independientes la t Student o U de Mann-Whitney. Para analizar el nivel del control se han recogido datos del MFG, en las visitas 0, 3, 6, 9 y 12 meses respectivamente. Para la comparación de medias de medidas repetidas se emplea el test de Kruskal-Wallis o test de Friedman desglosando por grupos. Al final se realiza una encuesta de satisfacción.

Resultados: No se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre grupos, tampoco en cuanto a empeoramiento del control metabólico a lo largo del tiempo de seguimiento entre los dos grupos. El 85% eran favorables a continuar con el nuevo modelo asistencial.

Conclusiones: En el modelo telemático, mantuvieron el mismo nivel de control metabólico, con un nivel de aceptación alto además de una preferencia mayoritaria por continuar con el nuevo modelo asistencial.

158. EFECTOS DE LAS OLAS DE CALOR SOBRE EL CONTROL GLUCÉMICO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 USUARIOS SISTEMAS DE ASA CERRADA HÍBRIDA AVANZADA

I. González Maroto¹, S. Herranz Antolín², J. González López³, L.M. López⁴, E. Maqueda⁵, R.M. Virlaboa Cebrián¹, J.M. de Toro Ruiz¹, L. Morales Bruque¹, R. Iniesta Pacheco¹ y J. Moreno Fernández¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Guadalajara. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Albacete. ⁵Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Toledo.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) presenta desafíos considerables en el control glucémico y la prevención de complicaciones. Los progresos tecnológicos lo han mejorado, especialmente al integrar sensores en tiempo real (MCG-TR) con sistemas de asa

cerrada híbrida avanzada (aHCL, siglas en inglés). La aplicación de estas terapias en situaciones extremas como olas de calor aún no se ha explorado. Este estudio se propone abordar esta brecha, resaltando la importancia de comprender cómo afectan el control de la diabetes, especialmente en un contexto de cambio climático global.

Objetivos: Examinar el impacto de las olas de calor durante el verano de 2023 en el control glucémico, específicamente la variación en el porcentaje de tiempo en rango (TIR) medido con MCG-TR en adultos con DM1 usuarios de aHCL.

Métodos: Estudio clínico observacional retrospectivo en adultos con DM1 en seguimiento en el Servicio Público de Salud de Castilla-La Mancha y tratados con aHCL durante el verano de 2023. Los criterios de inclusión son: mayores de 18 años con diagnóstico de DM1 y tratamiento continuo con aHCL durante al menos 6 meses previos al estudio. No se considerarán pacientes sin tratamiento con aHCL durante el periodo estudiado ni aquellos sin datos de aHCL. Se compararán los periodos del 5 al 26 de agosto de 2023, que incluyen dos olas de calor, con el periodo del 27 de agosto al 17 de septiembre de 2023, sin olas de calor según datos de la AEMET. El tamaño de muestra mínima será de 277 participantes para diferencias significativas del 10% en TIR. No se empleará muestreo ni aleatorización. Los datos glucémicos se obtendrán de las plataformas específicas de cada dispositivo.

Conclusiones: La presencia de altas temperaturas fuera de las olas de calor podría subestimar el impacto real de estas condiciones extremas en el control glucémico. Además, se deberá considerar la permanencia de los participantes en la región durante los periodos estudiados. *Estudio en desarrollo.

159. EVOLUCIÓN DE LA ELASTASA FECAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

J. de Carlos Artajo¹, L. Zabalza San Martín², F. Bolado Concejo², M. García Mouriz¹, M.J. Goñi Iriarte¹, I. Tamayo Rodríguez³ y C. Prieto Martínez²

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ²Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ³Metodología, Navarrabiomed, Pamplona.

Introducción: Se ha sugerido que la diabetes es causa de insuficiencia pancreática exocrina al presentar niveles bajos de elastasa fecal (EF), especialmente en la diabetes tipo 1 (DM1). Sin embargo, se desconoce su relevancia clínica y su evolución temporal. El objetivo fue analizar los cambios a lo largo del tiempo en el nivel de EF en DM1 e investigar los factores relacionados estas variaciones.

Métodos: Se realizó un seguimiento prospectivo de una cohorte de DM1 y se determinó la EF en dos periodos diferentes. Se realizó una prueba T emparejada y de McNemar para la EF de dos muestras.

Resultados: Inicialmente se incluyeron 106 individuos con DM1 (edad media: 46 años; 54 varones). La EF media de estos pacientes era de 245 µg/g, pero el 41% presentaba niveles patológicos de FE (< 200) y el 22% exhibía un déficit grave (< 100). Tras un periodo medio de seguimiento de 8,5 años, se obtuvieron nuevas muestras de 66 pacientes (edad media: 55,6 años; 29 varones). La media de elastasa fecal en este grupo fue de 220, con niveles inferiores a 200 en el 60,6% y de 100 en el 30,3% de los pacientes. El análisis emparejado de la EF en el grupo con dos muestras no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los niveles basales y finales, aunque el nivel medio de FE en la segunda vez fue 25 inferior al de la primera. Los niveles de EF empeoraron en el 36%, estables en el 51% y mejoraron en 12%. Al final del seguimiento, un número significativo de pacientes había pasado de niveles normales a patológicos. Al analizar los factores asociados a ese empeoramiento, no se observaron diferencias en cuanto a la presencia de síntomas, alteraciones nutricionales o control glucémico. Solo el desarrollo de complicaciones mostró significación estadística.

Conclusiones: Un porcentaje importante de DM1 presentaban niveles patológicos de EF. Estos valores empeoran con los años y con la presencia de complicaciones, pero sin determinar la presencia de síntomas o déficits nutricionales.

160. ¿INFLUYE TENER DIABETES MELLITUS SOBRE EL AJUSTE DE LA INGESTA A REQUERIMIENTOS ENERGÉTICO-PROTEICOS EN PACIENTES CON DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD?

J. González Gutiérrez, J.J. López Gómez, R. Jiménez Sahagún, P. Pérez López, P. Fernández Velasco, L. Estévez Asensio, D. Primo Martín, O. Izaola Jáuregui, A. Ortolá Buigues y D.A. de Luis Román

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición. Universidad de Valladolid.

Introducción: La diabetes mellitus (DM) y la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) se asocian a menor ingesta por dieta inadecuada. Este estudio evalúa las diferencias de ajuste a requerimientos calórico-proteicos en pacientes con DRE y DM.

Métodos: Estudio observacional de cohortes en 118 pacientes con DRE. Se evaluó la presencia, duración y complicaciones de DM. Se registró la dieta de tres días al inicio del seguimiento. Se calculó el consumo calórico (kcal/día) y proteico (g de proteína/día), evaluándose los requerimientos energéticos (ecuación Harris-Benedict × factor de estrés) y proteicos (1,5 g/kg/día) y el ajuste a los mismos.

Resultados: La edad media fue 62,25 (16,94) años. El 58,8% eran mujeres. Un 30,3% tenía DM (13,4% más de 10 años o complicada, mediana de 10 (5-16) años). El IMC medio fue 21,46 (3,89) kg/m². Mostró sarcopenia el 42% (DM: 55,6%; NoDM: 36,1%; p < 0,05), dinapenia el 48,7% (DM: 63,9%; NoDM: 42,2%; p < 0,01), con criterios GLIM (*Global Leadership Initiative on Malnutrition*) de desnutrición el 89,9% (DM: 83,3%; NoDM: 92,8%; p < 0,01), grave el 56,3% (DM: 36,1%; NoDM: 55,1%; p < 0,01). Hubo mayores requerimientos proteicos en aquellos con DM (DM: 89,19 g/día; NoDM: 79,40 g/día; p < 0,01). El consumo calórico medio fue 29,56 (10,27) kcal/día (DM: 24,25 (9,06) kcal/día; NoDM: 31,87 (9,95) kcal/día; p < 0,01), el proteico, 1,3 (0,42) g/kg/día (DM: 1,18 (0,41) kcal/día; NoDM: 1,35 (0,43) kcal/día; p = 0,04). El ajuste en requerimientos calóricos fue 78,27 (22,49)% (DM: 67,93 (20,06); NoDM: 82,68 (22,12)%; p < 0,01), y proteicos, 86,77 (28,60)% (DM: 78,69 (27,32)%; NoDM: 90,27 (28,59)%; p = 0,04). El consumo calórico fue menor en DM de mayor evolución (DM > 10: 24,56 (9,09) kcal/kg; DM < 10: 25,45 (9,05) kcal/kg; NoDM: 31,17 (10,27) kcal/kg; p = 0,01) o complicada (DMcompl: 22,06 (11,89) kcal/kg; DMnocompl: 25,48 (7) kcal/kg; NoDM: 31,87 (9,95) kcal/kg; p = 0,01).

Conclusiones: En pacientes con DRE y DM, el consumo energético-proteico es menor, con peor ajuste a estimaciones teóricas. El consumo calórico es menor en DM de larga evolución o complicada.

161. EFICACIA DE LAS PLUMAS INTELIGENTES DE INSULINA EN VIDA REAL

C. Crespo Soto¹, M. Acuña Álvarez², A. Manso Pérez¹, M. Ventosa Viña¹, F. Núñez Ortega¹, D. Peñalver Talavera¹, J.M. Palacio Mures¹, M. Peralta Watt¹, F. García Urruzola¹ y L. Cuellar Olmedo¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ²Estudiante de Medicina, Universidad de Valladolid.

Introducción: La insulina es el tratamiento fundamental de la DM1. Precisan la administración diaria de múltiples dosis para conseguir un

adecuado control metabólico. Desde hace unos años disponemos de plumas inteligentes que almacenan las dosis de insulina administradas y tienen sistemas de conectividad para poder compartirlas en plataformas digitales y así ser evaluadas por el profesional sanitario. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el control metabólico y la satisfacción de uso tras el cambio de plumas desechables a estos dispositivos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes con DM1 vistos en consulta de endocrino del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, que se les ha prescrito una pluma inteligente de insulina (enero 2023-junio 2023). Variables: datos demográficos, glucométrica (HbA1c, TAR, TIR, TBR, CV), complicaciones macro y microvasculares, encuesta de satisfacción.

Resultados: 48 pacientes, el 52,1% mujeres (25). Media de edad: 36,21 ± 16,27 años. La mediana de duración DM: 10,5 años [RIQ 5-20]. Complicaciones: retinopatía 27,1%, nefropatía 8,3% y neuropatía 4,2%. Cardiopatía isquémica 2,1%. Tras 6 meses de uso de las plumas hubo diferencias significativas en HbA1c: -0,23%, TIR: +4,29% y TAR: -3,76%, ($p < 0,05$). La encuesta de satisfacción: 95% contestó que era sencillo el uso del *smartpen*, el 75% aseguraba que le ayudaba en el control diario y que le proporcionaba seguridad. Adherencia al tratamiento: el 45% aseguraba haberle ayudado poco a mejorar, mientras que otro 45% afirmaba que le había ayudado mucho.

Conclusiones: Las plumas de insulina inteligentes permiten mejoras del control metabólico, ayudando a los pacientes en su día a día, evitando bolos omitidos o duplicados, además de ayudar en la consulta con el profesional sanitario a tomar decisiones de ajuste de tratamiento y modificación de hábitos al disponer de información veraz y precisa de dosificación y momento de inyección de la insulina.

162. PENFIGOIDE AMPOLLOSO SECUNDARIO A DULAGLUTIDA. REPORTE DE CASO

S.C. Doejo Marciales, P. Lois Chicharro, A.M. Azcutia Uribe Echevarria, S.F. Barra Malig, R.E. Astuñague Condori, I. Serrano Escribano, F.J. Pinedo Moraleda y H. Requejo Salinas

Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Introducción: El penfigoide ampolloso (PA) es una dermatosis ampollosa subepidérmica autoinmune, que típicamente afecta a la población mayor. Con una incidencia es de 7 casos por millón. Su etiología es multifactorial siendo la idiopática y la farmacológica los más frecuentes. Se ha relacionado ampliamente con los IDPP-4 y con mucha menor frecuencia a los agonistas GLP-1. Nosotros describiremos un caso clínico de un paciente con PA secundario a dulaglutida en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Caso clínico: Varón de 78 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 desde los 50 años, con mal control metabólico crónico (HbA1c 10%), múltiples ingresos por descompensaciones hiperglucémicas no cetósicas, además de enfermedad renal crónica estadio 4A1, en tratamiento con pauta bolo-basal, doxazosina, pantoprazol, empaglifozina, linagliptina, indapamida, ácido acetilsalicílico, rosuvastatina. Dado el mal control metabólico se decide suspender linagliptina e iniciar dulaglutida 1,5 mg semanal además de ajustar el tratamiento insulínico. Tres semanas después del inicio del GLP-1 el paciente acude a Urgencias de dermatología por la presencia de múltiples lesiones ampollas en el antebrazo derecho. Se realiza biopsia, se ingresa al paciente, se descarta causa tumoral e infecciosa de las lesiones, por lo que se atribuye el diagnóstico de PA secundario a dulaglutida.

Discusión: En correlación con los 3 casos publicados en la literatura, nuestro caso coincide tanto en la edad de aparición de la clínica como en la relación temporal del inicio del fármaco y la aparición de los síntomas. El mecanismo de acción no está claro, sin embargo, se propone que una desregulación inmune es la causa de la afectación cutánea. El aumento del uso de los GLP-1 requiere

conocer asociaciones poco frecuentes como lo puede ser el PA. El diagnóstico se realiza descartando causas neoplásicas, y mediante la correlación temporal, la valoración especializada y la confirmación histopatológica.

163. FACTORES PREDICTIVOS DE INFECCIONES MICÓTICAS GENITALES TRAS TRATAMIENTO CON CANAGLIFLOZINA 100 Y POSTERIOR INTENSIFICACIÓN A CANAGLIFLOZINA 300 EN PACIENTES CON DM2 INCLUIDOS EN EL ESTUDIO INTENSIFY

J.J. Gorgojo Martínez¹, P.J. Ferreira Ocampo¹, J. Cárdenas Salas², M. Brito Sanfiel³, T. Antón Bravo⁴, A. Galdón Sanz-Pastor⁵ y F. Almodóvar Ruiz¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Móstoles. ⁵Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: El objetivo del presente análisis del estudio INTENSIFY es determinar un modelo predictivo de infecciones micóticas genitales (IMG) en pacientes con DM2 que iniciaron tratamiento con canagliflozina 100 mg/d (CANA100) y posteriormente incrementaron la dosis a canagliflozina 300 mg/d (CANA300).

Métodos: Estudio observacional multicéntrico que incluyó pacientes con DM2 sin tratamiento previo con iSGLT-2 que iniciaron CANA100 y después intensificaron el tratamiento a CANA300. El principal objetivo del presente análisis es identificar factores predictivos de IMG con CANA100 y tras switch a CANA300. Los mejores modelos predictivos fueron estimados mediante regresión logística binaria.

Resultados: 317 pacientes fueron incluidos en el análisis, 59,6% varones, edad 60,9 años, HbA1c 8,4%. Durante el periodo de tratamiento con CANA100 y CANA300, el 8,8% y 9,5% de los pacientes experimentaron una o más IMG respectivamente. Se analizaron 37 potenciales variables predictivas basales de IMG. El mejor modelo predictivo de IMG con CANA100 incluyó el antecedente de IMG previas y el sexo femenino, pero solo el antecedente de IMG previas fue estadísticamente significativo (OR 24,0, IC95% 4,0-142,1). El mejor modelo predictivo de IMG con CANA300 incluyó el antecedente de IMG con CANA100, el sexo femenino, la ausencia de hipercolesterolemia y la ausencia de tratamiento con tiazidas, pero solo el sexo femenino (OR 3,9, IC95% 1,5-10,2), el antecedente de IMG con CANA100 (OR 16,1, IC95% 5,9-43,9) y la ausencia de hipercolesterolemia (OR 3,3, IC95% 1,2-9,2) fueron estadísticamente significativos. Los niveles basales de glucemia y HbA1c no fueron factores predictivos de IMG con ambas dosis de canagliflozina.

Conclusiones: El sexo femenino y los antecedentes de IMG, con o sin tratamiento previo con iSGLT-2, son características basales que sirven para identificar a los pacientes con mayor riesgo de IMG al iniciar CANA100 o tras intensificación a CANA300.

164. PASO DE MDI A SISTEMA HÍBRIDO AVANZADO CAMAPS®FX EN UNA SERIE CON DM3C SECUNDARIA A PANCREATITIS CRÓNICA

A.J. Ríos Vergara, A. Flores Paños, I. Martín Pérez, P. Villalba Armario, M. Carpio Salmerón, G. Kyriakos, L. Marín Martínez, M. Álvarez Martín, A. Pastor Alcázar y L. Sánchez Cánovas

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Introducción: La DM3c es secundaria a enfermedades entre las que se incluyen: pancreatitis aguda y crónica (la causa más frecuente), fibrosis quística, cáncer de páncreas y pancreatectomía. Se caracteriza por alto riesgo de hipoglucemias, en parte originados por la ausencia de glucagón, haciendo difícil su manejo con múltiples dosis de insulina (MDI). Seleccionamos en nuestro centro a pacientes con DM3c y control errático para paso a sistema híbrido avanzado.

Métodos: Dos hombres de 48 y 56 años y una mujer de 61 años con pancreatitis crónica y DM3c en tratamiento con insulina bolo-basal, monitorización FreeStyle®Libre 2 y enzimas pancreáticas fueron seleccionados en nuestra consulta por hipoglucemias de nivel 2 para actualizar a CamAPS®FX con Dexcom®G6. Antes de su implantación se determinó HbA1c y otros datos glucométricos de AGP y se les realizó el cuestionario de calidad de vida EsDQoL que consta de 43 ítems con una puntuación entre 43-215 (a menor puntuación mayor calidad). 3 meses después se repitieron las mismas medidas. Los datos fueron analizados con SPSS.

Resultados: La media de HbA1c previa fue de 7,6% (s 0,5) y a los 3 meses 6,8% (s 0,3). El TIR aumentó de 64,3% (s 12,1) a 77,5% (s 6,3). De la misma manera, el tiempo en hipoglucemia entre 54-69 mg/dl disminuyó de 8,1 (s 3,3) a 2,7% (s 1,1) y el tiempo por debajo de 54 mg/dl de 2,6% (s 0,7) a 0% en los 3 casos. Además, el coeficiente de variación (CV) pasó de 37,3% (s 2,5) a 28,4% (s 1,1). Por otro lado, la puntuación media de EsDQoL disminuyó de 135 (s 14,2) a 95,5 (s 10,4).

Conclusiones: CamAPS®FX redujo la HbA1c, aumentó el TIR con menor tiempo en hipoglucemia nivel 1, menor variabilidad y eliminó las hipoglucemias de nivel 2, mejorando la calidad de vida en nuestra serie de pacientes con DM3c. El uso de estos sistemas puede ofrecer beneficios significativos para esta condición, especialmente en aquellos con hipoglucemias recurrentes y/o graves. Se necesitan estudios con mayor n y tiempo de seguimiento.

165. EFICACIA A MEDIO PLAZO DEL USO DE ISGLT2 EN PERSONAS CON DM2 TRATADOS CON INSULINA

N. Stantonoyonge, I. Castells, A. Recasens, O. Simó Guerrero y G. Giménez

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Granollers.

Introducción: Los iSGLT2 son eficaces en reducir la HbA1c en pacientes con DM2. Sin embargo, no existen suficientes estudios realizados en vida real respecto a la eficacia a largo plazo. El objetivo fue evaluar la eficacia (-HbA1c > 0,5%) a medio plazo de la adición de iSGLT2 en pacientes DM2 en tratamiento con insulina.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes visitados en el Servicio de Endocrinología del Hospital de Granollers. Criterios de inclusión: DM2, tratamiento con insulina y uso de iSGLT2 por al menos 2 años. Eficacia = Reducción de HbA1c > 0,5%.

Resultados: Se incluyeron 158 pacientes, de los cuales 47 suspendieron el iSGLT2 antes de los 2 años (37 por efectos secundarios, 8 por falta de eficacia, 2 desconocido). Se analizaron los datos de 111 pacientes: 36% mujeres, edad media 61 años, duración de la diabetes 14,5 años, el 62% presentaba microangiopatía, el 25% macroangiopatía y el 6,3% tenía ICC. El 56% utilizaba insulina basal y el 44% basal bolo, dosis media de 0,7 UI/kg/día. El 53% utilizaba un otro ADO y el 40% > 2. El tiempo medio de seguimiento fue de 4,4 años. Respecto al grupo no respondedor (HbA1c final - HbA1c inicial > 0,5%; 33%), los pacientes respondedores mostraron una tasa superior de utilización de empagliflozina (54 vs. 32% p = 0,03) y una HbA1c inicial más elevada (9,8% vs. 8,8%, p < 0,001) sin diferencias significativas en el resto de variables analizadas.

Eficacia del uso de iSGLT2 (medias)

	Antes	Después	p
HbA1c (%)	9,5	8,5	< 0,05
IMC (kg/m ²)	33	31,9	< 0,05
Peso (kg)	90,7	87,5	< 0,05
Colesterol total (mg/dL)	159	157,46,2	NS
c-HDL (mg/dL)	42,8	46,2	< 0,05
c-LDL (mg/dL)	116,7	111,3	0,05
Triglicéridos (mg/dL)	217	222	ONS
Filtrado glomerular (ml/min)	87,1	77,8	< 0,05
Albuminuria/creatinuria (mg/g)	136,5	98,5	NS

Conclusiones: La adición de iSGLT2 continuó siendo eficaz en el 67% de sujetos con DM2 en tratamiento con insulina, tras una media de 4,4 años. El grupo respondedor utilizaba en mayor proporción empagliflozina y partía de una HbA1c inicial más elevada.

166. REDUCCIÓN DE HBA1C CON TIRZEPATIDA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: ANÁLISIS DE MEDIACIÓN CON LA PÉRDIDA DE PESO CORPORAL COMO FACTOR

P. Casado¹, T. Vilsbøll², C. Nicolay³, M. Malecki⁴, V. Thuyanh Thieu³, K. Chivukula³ y J. Kiljanski³

¹Eli Lilly and Company, Alcobendas. ²Clinical Research, Steno Diabetes Center Copenhagen, Copenhagen University Hospital, Dinamarca. ³Eli Lilly and Company, Indianápolis, Indiana, EE. UU. ⁴Department of Metabolic Diseases, Jagiellonian University Medical College, Polonia.

Introducción: La tirzepatida (TZP) es un agonista del receptor de GIP/GLP-1. Se administra 1 vez/semana y está aprobado en EE. UU. y Europa para tratar diabetes de tipo 2 (DT2) y obesidad. En los ensayos clínicos SURPASS-1, -2 y -5, la TZP de 5, 10 y 15 mg ha demostrado mejoras en la HbA1c y el peso corporal en la semana 40 frente al placebo o 1 mg de semaglutida. Los análisis de mediación retrospectivos se hicieron para evaluar efectos de la TZP asociados a la pérdida de peso (A-PP) y no asociados a la pérdida de peso (NA-PP) en el cambio de HbA1c desde el principio hasta la semana 40 en SURPASS-1, -2 y -5.

Métodos: Los comparadores eran placebo (SURPASS-1, -5) y semaglutida 1 mg una vez a la semana (SURPASS-2). Los efectos A-PP e NA-PP en la HbA1c en la semana 40 se estimaron usando el método del producto para el análisis de mediación.

Resultados: Las diferencias en el cambio de HbA1c respecto a la situación inicial a las 40 semanas (efecto total) entre TZP y el grupo de comparación fue de -1,7 a -0,2% (-19,0 a -1,9 mmol) (TZP 5 mg), -1,8 a -0,4% (-19,1 a -4,5 mmol/mol) (TZP 10 mg) y -1,8 a -0,5% (-20,0 a -5,1 mmol/mol) (TZP 15 mg). En los ensayos controlados con placebo, se estimó que entre un 12% y un 27% de las diferencias de cambio de HbA1c entre los grupos con dosis de TZP y placebo se debían a la pérdida de peso si se administraba como monoterapia (SURPASS-1) y entre un 25% y un 45% cuando había insulina con/sin metformina de base (SURPASS-5). Cuando se compara con semaglutida (SURPASS-2, añadida a metformina) se estima que entre un 54 y un 71% de las diferencias en el cambio de HbA1c entre los grupos con dosis de TZP y semaglutida se debió potencialmente a la pérdida de peso.

Conclusiones: En este análisis de mediación retrospectivo, las reducciones de HbA1c causadas por la TZP desde el principio, fren-

te al placebo o semaglutida, se estima que están mediadas potencialmente por los efectos de la A-PP y NA-PP.

Presentado previamente en European Association for the Study of Diabetes 2023.

167. PATRONES DE DOSIFICACIÓN DE TIRZEPATIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN UNA POBLACIÓN DE ESTADOS UNIDOS CON SEGURO PRIVADO

N. Duque¹, R. Mody², K. Desai³, C.-C. Teng³, G. Reznor³, G. Stockbower³, M. Grabner³ y B.D. Benneyworth²

¹Eli Lilly and Company, Alcobendas, Madrid. ²Eli Lilly and Company, Indianápolis, Indiana, EE. UU. ³Carelon Research, Wilmington, DE, EE. UU.

Introducción: La tirzepatida (TZP) es un agonista del receptor de GIP y GLP-1 que se administra una vez a la semana y que está aprobado en EE. UU. y Europa para el tratamiento de la DT2 y la obesidad. El objetivo de este estudio observacional retrospectivo fue comprender los patrones de dosificación de TZP en personas con DT2 en una población estadounidense con seguro privado.

Métodos: Se identificaron pacientes adultos a partir de la Base de Datos de Investigación Sanitaria Integrada (Healthcare Integrated Research Database, HIRD[®]) con DT2, con ≥ 1 solicitud de receta de TZP entre 05/2022 y 08/2023 y ≥ 6 meses de participación en un plan de salud antes y después de la iniciación. Se describieron los datos demográficos de la situación inicial y los patrones de dosificación del seguimiento a 6 meses.

Resultados: En la cohorte se incluyeron 15.665 pacientes (edad media de 53 años, 59% de mujeres, 51% de uso de GLP-1 en la situación inicial). Del 96% de los pacientes con una única receta médica en cada fecha de dispensación, el 43% comenzó con TZP 2,5 mg y el 41% con TZP 5 mg. La dosis más común de la tercera dispensación era de 5 mg; el 70% de los pacientes tuvo ≥ 1 aumento de la dosis, el 56% en la segunda dispensación y el 23% en la tercera. El tiempo medio hasta el primer aumento fue de 45 días; el 33% aumentó de 2,5 mg a 5 mg y el 37% aumentó de 5 mg a 7,5 mg. De los pacientes sin cambios en la dosis y ≥ 3 dispensaciones ($n = 2.505$), el 57% siguió con la dosis de 5 mg y el 26% siguió con la de 2,5 mg.

Conclusiones: La evidencia en vida real sugiere que la mayor parte de pacientes con DT2 tuvieron al menos un aumento de la dosis de TZP y que la dosis de 5 mg fue la más recetada y en la que más permanecieron en los primeros 6 meses de tratamiento con TZP.

Presentado previamente en American Diabetes Association 2024.

168. EFICACIA EN VIDA REAL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 QUE EMPIEZAN A TOMAR TIRZEPATIDA

I. Romera¹, R. Mody², K. Desai³, C.-C. Teng³, G. Reznor³, G. Stockbower³, M. Grabner³ y B.D. Benneyworth²

¹Eli Lilly and Company, Alcobendas. ²Eli Lilly and Company, Indianápolis, Indiana, EE. UU. ³Carelon Research, Wilmington, DE, EE. UU.

Introducción: La tirzepatida (TZP) es un agonista del receptor (AR) de GIP/GLP-1 que se administra una vez a la semana y que está aprobado en EE. UU. y Europa para el tratamiento de la diabetes tipo 2 (DT2) y la obesidad. El objetivo de este estudio retrospectivo de una única cohorte fue evaluar la eficacia de TZP en pacientes con DT2 en una población estadounidense con póliza privada.

Métodos: A través de la base de datos estadounidense de investigación sanitaria integrada (HIRD[®]) se identificaron pacientes adultos diagnosticados con DT2 que comenzaron el tratamiento de TZP entre

05/2022 y 08/2023, con ≥ 1 de un resultado de HbA1c al inicio y otro 6 meses después. Se describieron los datos demográficos de la situación basal, los resultados en HbA1c y del peso a los 6 meses de seguimiento para la cohorte general y estratificados por el uso previo de AR GLP-1 y la HbA1c basal ($< 7\%$ frente a $\geq 7\%$).

Resultados: Entre los 2.247 pacientes identificados: la edad media fue de 54 años, el 58% fueron mujeres, el 46% no había utilizado previamente AR GLP-1, el 59% tenía una HbA1c $\geq 7\%$ y el 61% tenía sobrepeso/obesidad. A los 6 meses de seguimiento, el cambio medio de HbA1c desde basal fue de $-1,0\%$ en la cohorte general, $-0,7\%$ en los pacientes con uso anterior de AR GLP-1, $-0,3\%$ en pacientes con HbA1c inicial $< 7\%$, $-1,4\%$ en pacientes con HbA1c inicial $\geq 7\%$ y $-1,3\%$ en pacientes sin uso previo de AR GLP-1. El cambio medio en el peso fue de $-6,3$ kg para la cohorte general, $-4,8$ kg en los pacientes con uso anterior de AR GLP-1, $-7,1$ kg entre los pacientes con HbA1c $< 7\%$, $-5,8$ kg en pacientes con HbA1c inicial $\geq 7\%$ y $-8,1$ kg en los pacientes con uso anterior de AR GLP-1.

Conclusiones: A los 6 meses de seguimiento, los pacientes que iniciaron TZP en vida real mostraron reducciones de la HbA1c y del peso y se observó una mayor disminución de HbA1c entre los pacientes sin uso previo de AR GLP-1 o con una HbA1c inicial $\geq 7\%$.

Presentado previamente en American Diabetes Association 2024.

169. ANÁLISIS DE COSTES DE LOS SISTEMAS FREESTYLE LIBRE[®] EN ESPAÑA PARA ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON INSULINA BASAL Y HbA1C $> 8\%$

V. Bellido Castañeda¹, A. de la Cuadra-Grande², F.J. Ampudia-Blasco³, J. Carretero Gómez⁴, A. Cebrián Cuenca⁵, F. Gómez Peralta⁶, A.-M. Hernández Martínez⁷ y P. Mezquita-Raya⁸

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valencia. ⁴Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Badajoz. ⁵Centro de Salud Cartagena Casco, Cartagena. ⁶Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Segovia. ⁷Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁸Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Objetivos: Realizar un análisis de costes de sistemas FreeStyle Libre vs. automonitorización de glucosa capilar (AMGC) en adultos con diabetes tipo 2 (DM2) tratados con insulina basal (IB) y HbA1c $> 8\%$ en España.

Métodos: Un modelo estimó el coste-año de monitorizar la glucosa y manejo de hipoglucemias leves (HL), graves (HG) y cetoacidosis diabética (CD). La incidencia publicada de HL, HG y CD fue 17,02, 2,5 y 0,0025 eventos/personas-año. El 21,9% de HL requirió contacto con facultativo y el 26,1% de HG asistencia hospitalaria, el 21,7% con ingreso. La reducción de HG/HL (58%) y CD (68%) con sistemas FreeStyle Libre se tomó de estudios de vida real (RWE). Según recomendaciones nacionales, con AMGC se consumen 2,5 tiras/lancetas-día (0,55 €/tira; 0,14 €/lanceta). La reducción de tiras/lancetas con sistemas FreeStyle Libre (26 sensores/año; 3,00 €/sensor-día) es 83% según RWE. Los costes (€2024) fueron 17,40 €/HL asistida por facultativo; 448,91 €/HG sin asistencia hospitalaria; 2.071,09 €/HG con asistencia hospitalaria sin ingreso; 4.389,19 €/HG con ingreso; y 2.818,81 €/CD con asistencia hospitalaria. Se realizaron análisis de sensibilidad (AS).

Resultados: El coste estimado por paciente-año es 3.210,02 € con AMGC y 2.286,88 € con sistemas FreeStyle Libre, ahorrando 922,04 €/paciente. Usar sistemas FreeStyle Libre incrementa el gasto de monitorización de glucosa en 573,85 €/paciente, pero reduce el cos-

te de manejo de complicaciones/paciente (HL -37,62 €, HG -1.455,20 €, CD -4,18 €). En una cohorte de 1.000 personas con DM2 con IB y HbA1c > 8%, los sistemas FreeStyle Libre reducirían el consumo de tiras/lancetas en 757.894 unidades/año y evitarían 9.872 HL, 1.450 HG y 1,70 CD, ahorrando 923.148 €/año. Los sistemas FreeStyle Libre redujeron costes en todos los AS, incluso con tiras/lancetas a 0 €.

Conclusiones: Los sistemas FreeStyle Libre para monitorizar la glucosa en adultos con DM2 con IB y HbA1c > 8 vs. AMGC reducen costes, particularmente por disminuir el coste de manejo de complicaciones agudas.

170. EFECTO DEL CICLO MENSTRUAL SOBRE LOS RESULTADOS GLUCÉMICOS Y LOS REQUERIMIENTOS DE INSULINA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 (DM1) PORTADORAS DE SISTEMAS DE ASA CERRADA

J.J. Chillarón¹, E. Climent¹, M. Rosado-Fernández², M. Fernández-Miró¹, A. Garrido¹, R. Gaja¹, V. Amador¹, G. Natera¹, G. Llauredó¹ y J.A. Flores-Le Roux¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital del Mar, Barcelona. ²Departamento de Medicina MELIS, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Introducción: Se ha descrito que algunas mujeres con diabetes tipo 1 (DM1) pueden presentar fluctuaciones en la glucosa o requerimientos de insulina en relación al ciclo menstrual. Sin embargo, aún no se ha determinado si los sistemas de asa cerrada pueden ayudar a corregir estos cambios. El objetivo del estudio fue evaluar el perfil glucémico y requerimientos de insulina en diferentes fases del ciclo menstrual.

Métodos: Análisis prospectivo de mujeres con DM1 y ciclo menstrual regular, sin anticoncepción hormonal portadoras de sistema híbrido asa cerrada (780G Medtronic®). Se analizaron 3 ciclos consecutivos, identificándose 3 fases: menstruación (M), fase lútea (L) y resto del ciclo (RC). Se analizaron datos glucométricos, requerimientos de insulina e ingesta de carbohidratos (CH) de cada fase.

Resultados: Se incluyeron un total de 12 mujeres con DM1, edad media 38,7 años ± 6,0, HbA1c 7,0% ± 0,7 y duración diabetes 20,0 años ± 13,3. La glucosa media fue mayor en la fase L con respecto a la M y el RC (p = 0,007 L vs. M y p = 0,020 L vs. RC). El tiempo en rango (TIR) fue menor en la fase L con respecto a las otras fases (p = 0,011 L vs. RC). El tiempo por debajo del rango (TBR) fue significativamente mayor en la fase M con respecto a la fase L (p = 0,018). Los requerimientos diarios totales de insulina fueron mayores en la fase L respecto al RC (p = 0,021 L vs. RC). Se observó una tendencia a una mayor ingesta de HC en la fase L, sin diferencias significativas entre fases (122,47 g + 52,8 L, 114,25 g + 46,5 M y 112,58 g + 35,3 RC; p = 0,225 M vs. L; 1,000 M vs. RC y 0,437 L vs. RC).

Conclusiones: Se observó una glucosa media más alta y un TIR más bajo a pesar de una dosis total de insulina más alta en la fase L, probablemente por una mayor resistencia a la insulina. Se observó una mayor TBR en la fase de M, con tendencia a un menor porcentaje de autocorrección. El sistema de asa cerrada 780G Medtronic® logra un TIR > 65% en todas las fases del ciclo.

171. TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO Y ABORDAJE DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES CON DM2

A. Manso Pérez, S. Hernández Luis, C. Crespo Soto, F. Núñez Ortega, F. Redondo Casasola, A. González González, M. Ventosa Viña, E. Arranz Sinovas, M. García Sanz y L. Cuellar Olmedo

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: El riesgo cardiovascular de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es elevado en la mayoría de ellos. Actualmente tenemos fármacos para el control metabólico de la DM2 que han demostrado beneficio cardiovascular, como son los inhibidores del cotransportador sodio glucosa tipo2 (iSGLT2) y los agonistas del receptor de GLP1 (ag GLP1). A pesar de la evidencia científica claramente demostrada muchos de estos pacientes siguen sin estar tratados con dichos medicamentos. Objetivo principal: Evaluar el tratamiento antidiabético de los pacientes con DM2 derivados desde atención primaria a las consultas del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes con DM2 derivados desde atención primaria desde octubre de 2022 hasta diciembre de 2022. Variables recogidas: datos demográficos, control metabólico (HbA1c), IMC, factores riesgo cardiovascular (HTA, DLP, tabaco), complicaciones DM, tratamiento antidiabético que reciben.

Resultados: Se evaluaron 52 pacientes (24 varones/28 mujeres), edad media 63 años, evolución media DM 11 años. HbA1c media 7,87%. 28,8% fumadores. 55,7% HTA. 69,2% DLP. 32,6% nefropatía. 50% IMC > 30. Tratamiento antidiabético: 30,7% iSGLT2, 9,61% ag GLP1, 7,6% ambos. De los pacientes con IMC > 30, solo el 19,23% usaban ag GLP1. Clasificación de riesgo cardiovascular: 42,3% alto RCV, 52,92% muy alto RCV. De los valorados en algún momento por endocrino: 34,5% y SGLT2, 10% ag GLP1, 3,4% ambos.

Conclusiones: Los pacientes con DM2 presentan alto o muy alto RCV, aunque las guías nos indican realizar un tratamiento holístico, sin centrarnos únicamente en el control glucémico, muchos de los pacientes aún siguen sin recibir tratamiento con los fármacos que han demostrado beneficio cardiovascular, renal y reducción de peso. La inercia terapéutica centrándonos únicamente en el objetivo de HbA1c puede ser la responsable de la falta de prescripción de estos fármacos.

172. NIVEL DE HBA1C EN LA PRIMERA MITAD DE LA GESTACIÓN COMO PREDICTOR DE RESULTADOS OBSTÉTRICOS ADVERSOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS

J. Flores Le Roux¹, J.J. Chillarón Jordan¹, A. Garrido Gutiérrez¹, G. Natera Fijo¹, D. Benaiges Boix¹, M. Fernández Miró¹ y L. Mañe Serra²

¹Servicio de Endocrinología, Hospital del Mar, Barcelona. ²Servicio de Endocrinología, Hospital de Vic.

Introducción: El impacto de la hiperglicemia durante el embarazo, incluso en niveles por debajo del rango diagnóstico para la diabetes, se ha propuesto como un factor de riesgo continuo para complicaciones obstétricas. Sin embargo, la mayoría de estudios se centran en la segunda mitad de la gestación.

Objetivos: Evaluar la asociación entre niveles de A1c en la primera mitad del embarazo (tA1c) y la aparición de complicaciones obstétricas. Además, se estudiará el umbral de HbA1c de 5,7% para identificar el riesgo de complicaciones.

Métodos: Búsqueda en las bases de datos MEDLINE y EMBASE hasta octubre 2022. Incluimos estudios observacionales prospectivos y retrospectivos. Criterios de inclusión: determinación HbA1c antes de semana 20 de gestación, embarazo único y ausencia de diabetes pregestacional.

Resultados: Análisis de calidad de evidencia con sistema GRADE. Agrupamos los datos en dos subgrupos según el nivel de HbA1c < 0 > 5,7%. Se incluyeron 16 estudios con 43.627 mujeres. Se encontró una asociación entre niveles elevados de HbA1c y preeclampsia, grande para edad gestacional (GEG), macrosomía y parto pretérmino (RR 2,02, IC95% 1,53-2,66; RR 1,38, IC95% 1,15-1,66; RR 1,40,

IC95% 1,07-1,83; y RR 1,67, IC95% 1,39-2,0, respectivamente) con grado de calidad de la evidencia moderado-alto.

Conclusiones: Las mujeres con niveles elevados HbA1c en primera mitad de la gestación por debajo del umbral de diabetes presentaban un riesgo elevado de complicaciones obstétricas tales como macrosomía, GEA y preeclampsia. Un umbral de HbA1c > 5,7% mostró la asociación más marcada con complicaciones del embarazo.

173. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES EN HOSPITALIZACIÓN POR PIE DIABÉTICO COMPLICADO EN TRES PERIODOS: 2018-2019 ETAPA PRE-COVID; 2020-2021 ETAPA COVID; Y 2022-2023 ETAPA POS-COVID

G. Simbaña

Hospital Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: El pie diabético es frecuente dentro de las complicaciones crónicas de la diabetes originando mayor número de ingresos hospitalarios con un gran impacto social y económico.

Métodos: Estudio retrospectivo de 206 pacientes ingresados por pie diabético complicado en 2018-2019, 2020-2021 y 2022-2023 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Resultados: No existieron diferencias significativas con respecto a la HbA1c, género, mayoría de DM tipo 2, en los FRCV solo se encontró diferencias en la obesidad siendo mayor en la etapa COVID (13 vs. 25 vs. 12%), no encontrándose significación estadística para HTA, tabaco, uso de antiagregantes, ni complicaciones microvasculares. La media de hospitalización fue mayor en la etapa COVID (22 días \pm 14 días; 25 \pm 19 días; 20 \pm 11 días). Hubo diferencias en la etiología del tipo de lesión, con aumento de la lesión isquémica en 37,5% en la etapa COVID, siendo muy similar la lesión neuroisquémica en las tres etapas ($p < 0,02$). No hubo diferencias significativas con respecto al desbridamiento con curas y antibióticos (48 vs. 40 vs. 31) y amputación menor infracondílea (32 vs. 33 vs. 14), encontrándose diferencias para la amputación supracondílea siendo mayor en el periodo post COVID (2 vs. 1 vs. 4) ($p < 0,02$). Los reingresos fueron superiores en la etapa pre-COVID, con respecto a la mortalidad (17 vs. 10 vs. 7,8%) no se encontró asociación significativa entre los tres periodos.

Conclusiones: Mayores ingresos en la etapa pre-COVID. Las características clínicas son muy similares: hombres diabéticos tipo 2 de edad avanzada, con mayor incidencia de obesidad y lesión isquémica en la etapa COVID sin encontrar diferencias con respecto a lesiones neuropáticas y neuroisquémica. La media de hospitalización fue mayor en la etapa COVID siendo mayor la tasa de amputaciones supracondíleas en la etapa pos-COVID. Concluimos que el confinamiento con respecto a nuestra patología crónica no influyó al empeoramiento de las características clínicas descritas.

174. EL CAMBIO A HCL EN SUJETOS DM1 TRATADOS CON ICSI+MFG SE ASOCIA A MEJORÍAS SIGNIFICATIVAS DE CONTROL GLUCÉMICO Y MIEDO A HIPOGLICEMIA

N. Charpentier, E. Sánchez, A. Suárez, R. Roca, O. Simó-Guerrero, N. Stantonoyong Sesnic y G. Giménez

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de Granollers.

Introducción: Los avances tecnológicos aplicados en la DM y en concreto los sistemas híbridos de asa cerrada (HCL) han demostrado mejorar el control metabólico, la calidad de vida y otros aspectos psicosociales en las personas con DM1. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto en la calidad de vida y en el control metabólico sujetos con DM1 que pasan de ICSI+MFG a HCL.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo. Criterios de inclusión: DM1, > 18 años, visitados en el SEN del HGG, en

tratamiento con ICSI (Minimed 640 G) +MFG (Libre2) que inician HCL (Minimed 780G+G4). Se compararon variables glucométricas, calidad de vida y percepción a la hipoglicemia al inicio y a los 4 meses. Test utilizados: EsDQOL, Clarke y EsHFS.

Resultados: Se incluyeron un total de 16 pacientes, de los cuales un 56,2% eran mujeres. Edad media de 46,7 años, duración media de la DM1 27,7 años. El IMC medio fue de 26 kg/m² y la dosis total diaria de insulina 46,7 UI/día. Respecto a la comparación de variables glucométricas (inicio vs. 4 meses después) las medias fueron las siguientes: HbA1c 7,47 vs. 6,67% ($p < 0,05$), GMI 159,3 vs. 139,8 mg/dL ($p < 0,05$), GMI 7,1 vs. 6,6% ($p < 0,05$), CV 38,9 vs. 31,3% ($p < 0,05$), TIR 63,9 vs. 80% ($p < 0,05$), TAR 180-250 23,1 vs. 14,4% ($p < 0,05$), TAR > 250 10,1 vs. 2,6% ($p < 0,05$), TBR 70-54 3,4 vs. 2,9% ($p < 0,05$), TBR < 54 0,56 vs. 0% ($p < 0,05$). En cuanto al % de personas con percepción alterada a la hipoglicemia la media fue de 43,7 vs. 20% (NS). Las medias de puntuación del test miedo a la hipoglicemia EsFSH total fue de 74,8 vs. 64,5 puntos ($p < 0,05$), EsFSH preocupación 50,8 vs. 43,4 ($p < 0,05$), EsFSH comportamiento 24,1 vs. 21,1 ($p < 0,05$) y el de calidad de vida (DQOL total) fue de 88,9 vs. 88,4 puntos (NS).

Conclusiones: En este grupo de sujetos con DM1 el cambio de ICSI+MFG a HCL se asoció a una reducción de la HbA1c de 0,8% así como en todos los parámetros glucométricos, incluyendo un aumento de TIR 15,9% y una mejoría en el miedo a la hipoglicemia.

175. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y CONTROL METABÓLICO EN PERSONAS CON DM1 EN TRATAMIENTO CON MDI+MFG QUE PASAN A SISTEMA HÍBRIDOS DE ASA CERRADA

E. Sánchez, N. Charpentier, A. Suárez, R. Roca, O. Simó-Guerrero, G. Giménez y N. Stantonoyong Sesnic

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Granollers.

Introducción: Los avances tecnológicos aplicados en la DM y en concreto los sistemas híbridos de asa cerrada (HCL) han demostrado mejorar el control metabólico, la calidad de vida y otros aspectos psicosociales en las personas con DM1. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto en la calidad de vida y en el control metabólico sujetos con DM1 que pasan de MDI+MFG a HCL.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo. Criterios de inclusión: DM1, > 18 años, visitados en el SEN del HGG, en tratamiento con MDI+MFG (Libre2) que inician HCL (Minimed 780G+G4). Se compararon variables glucométricas, calidad de vida y percepción a la hipoglicemia al inicio y a los 4 meses. Test utilizados: EsDQOL, Clarke y EsHFS.

Resultados: Se incluyeron un total de 14 pacientes, 42% mujeres, con una edad media de 46,1 años y 27,6 años de duración de DM1. El IMC medio fue de 29,1 kg/m², dosis total media de insulina 51,3 UI/día. Las indicaciones para el cambio a HCL fueron: variabilidad glicémica (50%), fenómeno del alba (28,6%) hipoglicemias (21,4%) y otros (6%). Respecto a la comparación de variables glucométricas (inicio vs. 4 meses después) las medias fueron las siguientes: HbA1c 7,42 vs. 6,62% ($p < 0,05$), GMI 163 vs. 140,4 mg/dL ($p < 0,05$), GMI 7,2 vs. 6,7% ($p < 0,05$), CV 38 vs. 30,7% ($p < 0,05$), TIR 59,5 vs. 79,9% ($p < 0,05$), TAR 180-250 24,8 vs. 14,4% ($p < 0,05$), TAR > 250 10,6 vs. 3% ($p < 0,05$), TBR 70-54 4,4 vs. 1,6% ($p < 0,05$), TBR < 54 0,5 vs. 0% ($p < 0,05$). En cuanto al % de personas con percepción alterada a la hipoglicemia la media fue de 23 vs. 10% (NS). Las medias de puntuación del test miedo a la hipoglicemia (EsFSH total) fue de 64,4 vs. 58,5 puntos ($p < 0,05$) y el de calidad de vida (DQOL total) fue de 85,8 vs. 83 puntos (NS).

Conclusiones: En este grupo de sujetos con DM1, el paso a HCL se asoció a una mejoría clínica y estadísticamente significativa en todas las variables glucométricas, así como en la HbA1c y al miedo a la hipoglicemia.

176. ¿CUÁN SATISFECHOS ESTÁN LOS PACIENTES QUE SUFREN HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA?

I. Borrego Soriano¹, E. Sánchez de la Rosa², B. Barquiel Alcalá¹, E. García Pérez de Sevilla¹, Ó. Moreno Domínguez¹, R. Gaspar Lafuente¹, P. Vázquez Pérez¹, P. Parra Ramírez¹, M. Arévalo Gómez¹ y N. González Pérez de Villar¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción y objetivos: El manejo de la hiperglucemia en el paciente hospitalizado influye en los resultados clínicos y costes. Sin embargo, no hay trabajos que estudien la experiencia del paciente sobre su manejo y la información recibida durante el ingreso. Nuestro objetivo fue analizar la satisfacción de pacientes con hiperglucemia hospitalizados y detectar áreas de mejora.

Métodos: Estudio descriptivo mediante encuesta anónima de satisfacción a pacientes ingresados en nuestro hospital de octubre 2023 a marzo 2024 en hospitalización convencional a cargo de servicios con alta prevalencia de DM o hiperglucemia.

Resultados: Se recogieron 101 encuestas. La edad media fue 69 años, con un 52,5% de varones. 55,4% presentaban DM antes del ingreso (40,7% utilizaban insulina), 40,6% no la presentaban y 4% lo desconocían. El 25% de la muestra se consideró insatisfecha con la información recibida por el equipo médico a nivel global. Con respecto a la información recibida sobre el proceso global: mayor insatisfacción en pacientes ingresados a cargo de especialidades quirúrgicas frente médicas (40,5% frente 13,6%, $p = 0,006$). Con respecto a la información recibida sobre la realización de control de glucemia capilar: mayor insatisfacción en especialidades quirúrgicas frente médicas (63,6 frente a 22,9%, $p = 0,012$). Existe una tendencia a la mayor satisfacción en pacientes valorados por Endocrinología frente a los no valorados (90 frente a 71,6%, $p = 0,053$).

Conclusiones: El 25% de los pacientes con hiperglucemia se consideró insatisfecho con la información recibida sobre su manejo hospitalario. Los pacientes ingresados a cargo de especialidades quirúrgicas mostraron más insatisfacción que los de médicas. La valoración por Endocrinología influyó positivamente en la satisfacción del proceso. Es importante formar a los profesionales tanto en el manejo de la hiperglucemia como en las habilidades para transmitir la información, en especial en el área quirúrgica.

177. HOSPITALIZACIONES POR PIE DIABÉTICO COMPLICADO EN DOS PERIODOS: AÑOS 2017-18 Y 2021-22

P. Cuenca Pérez-Mateos, M.A. Tomás Pérez, M.D. Espín García y M. Marco Menárguez

Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: El pie diabético es una complicación que origina hospitalizaciones frecuentes. Se analizan posibles diferencias en las características clínicas y evolución de pacientes hospitalizados por pie diabético entre los años 2017-18 y 2021-22.

Métodos: Estudio retrospectivo de 174 pacientes ingresados por pie diabético complicado en 2017-18 y 2021-22 en el Hospital Morales Meseguer. Las variables cuantitativas se expresan en medias y las cualitativas en porcentajes. Las comparaciones se realizaron con el test t-Student y χ^2 .

Resultados: El número ingresos fue superior en 2017-18, 92 pacientes, con respecto a 2021-2022, 82 pacientes. Entre los pacientes no existían diferencias significativas en edad (67,1 vs. 67,7 años, para los periodos 2017-18 y 2021-22); sexo (73,9 vs. 78% de varones), tipo de DM (90,2 vs. 95,1% de DM tipo 2), IMC (29,5 vs. 28,6), presencia de HTA (71,7 vs. 73,2%), DLP (65,2 vs. 73%), retinopatía (47,8

vs. 53,7%), microalbuminuria (41,3 vs. 54,9%) ni macroangiopatía (55,4 vs. 50%). En el periodo 2021-22, los pacientes presentaban un mayor tiempo de evolución del pie diabético ($3,9 \pm 3,9$ vs. $2,7 \pm 3,5$ años) ($p < 0,034$), el nivel de HbA1c era mayor ($8,3 \pm 1,7$ vs. $7,7 \pm 1,62$ mg/dl) ($p < 0,042$), y el número de pacientes en los que se media la HbA1c de forma semestral también fue mayor (9,8 vs. 29,3%) ($p < 0,02$). En cuanto al tratamiento del pie diabético complicado, en el periodo 2021-22 se realizaron menos amputaciones mayores (8,5 vs. 39,1) ($p < 0,000$) a favor del desbridamiento (45,1 vs. 13%) ($p < 0,000$). Hubo menos *exitus* en 2021-22 (6,1 vs. 17,4%) ($p < 0,02$), con iguales reingresos (34,8 vs. 34,1%).

Conclusiones: En 2021-22 el número de ingresos por pie diabético ha disminuido. Las características clínicas siguen siendo muy similares. Se han realizados menos amputaciones mayores y han disminuido los *exitus*. Aunque la HbA1c media en estos años fue mayor, el porcentaje de pacientes a los que se le había realizado al menos una determinación semestral era superior.

178. EFECTO DE LOS GLUCOSÚRICOS Y OTROS FÁRMACOS HIPOGLUCEMIANTES SOBRE LA PROGRESIÓN Y SUPERVIVENCIA DE DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER

D. Rivas Otero

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Se recogen datos demográficos (peso, talla, sexo, edad al diagnóstico...) y clínicos (relacionados con el proceso neoplásico [fecha de diagnóstico, tipo de tumor, estadio, tratamientos, fecha de fallecimiento en caso de ocurrir, fecha de progresión en caso de ocurrir...]) y con su diabetes [fármacos, HbA1c en diferentes puntos del tratamiento...] de ~420 pacientes diagnosticados de cáncer en nuestro hospital entre el 1 de octubre de 2022 y el 31 de enero de 2023. Se analizan variables de mortalidad, realizándose una regresión de Cox y encontrándose asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el tratamiento con fármacos iSGLT2 y una mayor supervivencia (se introducen en la fórmula variables como la edad y el IMC del paciente, el estadiaje del tumor y los tratamientos recibidos contra el cáncer). También parece haber una tendencia, no estadísticamente significativa, a que transcurra un mayor tiempo hasta la progresión en estos pacientes. Estamos pendientes de recoger más datos para ajustar los resultados empleando el ECOG al diagnóstico y las cifras de albúmina, entre otros. En los próximos dos meses trataremos de completar los estudios estadísticos, tratando de asociar a una progresión/mortalidad más o menos precoz elementos como los niveles de albúmina en dos puntos del seguimiento, el IMC y su cambio, otros fármacos hipoglucemiantes, etc.; así como de analizar un posible efecto sinérgico entre los fármacos glucosúricos y los anti PD-L1 de acuerdo a cierta evidencia científica reciente.

179. UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN A USUARIOS DE SISTEMAS HÍBRIDOS DE ASA CERRADA: ATENCIÓN MÁS EFICIENTE EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

M.J. Amaya García¹, F.J. Enciso Izquierdo¹, P. Gómez Turégano², M. Luengo Andrada², A.A. Cordero Vaquero¹, J.A. Lucas Gamero¹, A. Cordero Pearson¹, R.J. Grau Figueredo¹, S. Garrido Domínguez¹ e I. Álvarez Reyes¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. ²Medtronic, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: En nuestro centro se ha implementado una nueva vía clínica específica para usuarios de AHCL de Medtronic (vía-SAC),

incorporando la figura del técnico en diabetes y la herramienta de seguimiento remoto Care Connect.

Objetivos: Comparar la implantación y seguimiento de los AHCL según la práctica clínica previa versus la vía-SAC. Medir el impacto de la vía-SAC en la actividad asistencial y evaluar la satisfacción del paciente.

Métodos: Se ha empleado la metodología Lean Six Sigma con información obtenida de entrevistas individuales al personal sanitario. Se ha obtenido el tiempo empleado en cada fase del proceso y su coste, tiempo con valor añadido y tiempo de ciclo. Se considera seguimiento inicial el primer mes y medio, y seguimiento a largo plazo hasta los primeros 12 meses. La vía-SAC se implementó entre septiembre de 2020 y abril de 2021. El impacto asistencial se midió por el número de pacientes nuevos y en seguimiento, desde su implementación hasta diciembre de 2023. La experiencia de los pacientes se evaluó mediante una encuesta a los usuarios de Care Connect.

Resultados: El tiempo total por paciente ha aumentado de 760 a 824 minutos, y se ha reducido el coste de 465 a 332 euros. Se ahorró un 43% del tiempo de seguimiento inicial, sobre todo del endocrinólogo. A largo plazo, se incrementó el tiempo de 200 a 327 minutos, y el coste de 126 a 158 euros, con más contactos, gracias al seguimiento remoto. Durante el periodo analizado se iniciaron 196 AHCL. A finales de 2023, 227 usuarios estaban en seguimiento y el 98,24% en Care Connect. Respondieron a la encuesta 95 usuarios, el 96,81% se considera "satisfecho" o "Muy satisfecho" con el nuevo programa frente al modelo tradicional. El Net Promoter Score fue del 51,58%.

Conclusiones: La vía-SAC ofrece una atención multidisciplinar, reduciendo los tiempos de consulta del médico y la enfermera y sus costes. El seguimiento remoto ha contribuido a mejorar la eficiencia, con un elevado nivel de satisfacción del paciente.

180. BENEFICIOS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 TRATADOS CON MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA INTERMITENTE QUE RECIBIERON PROGRAMA EDUCATIVO PARA INCREMENTAR LA FRECUENCIA DE ESCANEOS

J.M. de Toro Ruiz¹, M. Muñoz Martínez¹, R. Virlabo Cebrián¹, I. González Maroto¹, L. Morales Bruque¹, J. Moreno-Fernández¹, M. Pazos Couso² y R. Iniesta Pacheco¹

¹Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidad de Santiago de Compostela.

Objetivos: Evaluar la eficacia clínica de un programa educativo enfocado en el aumento de la frecuencia diaria de escaneo en pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) tratados con monitorización continua de glucosa intermitente (MCGi).

Métodos: Estudio prospectivo de 12 semanas basado en un programa educativo intervencionista para aumentar la frecuencia de escaneo en pacientes adultos con DM1 tratados previamente ≥ 6 meses con MCGi y baja adherencia a MCGi (≤ 4 escaneos/día). El objetivo principal fue el cambio en la frecuencia diaria de escaneo. Los objetivos secundarios incluyeron diferencias en: tiempo activo de MCGi, razones de no adherencia comunicadas, datos glucométricos, porcentaje de pacientes que alcanzaron las recomendaciones del Consenso Internacional sobre Tiempo en Rango y uso de insulina.

Resultados: Se analizó a un total de 34 pacientes con DM1. Se detectó un aumento en la frecuencia diaria de escaneos de 3,0 escaneos/día (IC95%: 1,8-4,1; $p = 0,001$) tras recibir el programa educativo sobre diabetes. Este efecto se relacionó con un aumento del TIR del 8,0% (IC del 95%: 0,4-16,5; $p = 0,041$). Además, durante el seguimiento se observó una disminución del indicador de gestión de la glucosa de -5 mmol/mol (IC95%: -4 -9; $p = 0,029$; -0,4% [IC95%: -0,2 -0,7]). Además, se observó una correlación directa entre la diferencia de TIR y el cambio en la frecuencia de exploración diaria al final del

seguimiento ($R = 0,512$; $p = 0,003$). Por cada unidad de aumento en la frecuencia de escaneo diaria, el TIR aumentó un 0,51%.

Conclusiones: Se observó un aumento de la frecuencia diaria de escaneo, el cual se relacionó con una mejora del control glucémico en pacientes adultos con DM1 con baja adherencia previa a MCGi.

181. USO DE SISTEMAS DE INFUSIÓN SUBCUTÁNEA CONTINUA DE INSULINA EN ASA CERRADA DURANTE CIRUGÍA BARIÁTRICA

J. Jover Gornall¹, D. Subias Andújar², A. Caixàs Pedragós³, A. Hernández Lázaro⁴, I. Capel Flores³, R. Pareja Franganillo², M. Aguilar Gázquez², A. Muntean¹, V. Arsentales Montalva¹ y M. Rigla Cros³

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Parc Taulí. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT-CERCA), Sabadell. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Parc Taulí. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT-CERCA), Sabadell. ⁴Departamento de Medicina Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: Los sistemas de infusión subcutánea de insulina en asa cerrada (SAC) son el tratamiento más avanzado en diabetes mellitus tipo 1 (DM1) cuyo uso se ha incrementado en los últimos años. Actualmente no hay consenso sobre su utilización durante cirugía mayor, y hasta ahora, no se ha descrito ningún caso en cirugía bariátrica. En este trabajo, se muestran los resultados de dos pacientes con DM1 portadoras de SAC sometidas a *bypass* gástrico en Y de Roux, sin suspenderse su SAC durante la cirugía.

Métodos: Se lleva a cabo revisión de la historia clínica de las pacientes, de sus registros en las plataformas pertinentes y de la literatura publicada hasta la fecha.

Resultados: La paciente 1 presentaba un IMC de 40,2 kg/m² y una HbA1c de 5,9% previo a la cirugía. Llevaba un sistema Tandem Slim:X2 control IQ con Dexcom G6. La cirugía duró 120 minutos, presentando durante la misma una glucemia media de 142 \pm 11,35 mg/dl con una mínima de 125 mg/dl. En el registro de las 24h del día de intervención, se evidenció un tiempo en rango (TIR) de un 59%, con un 0% < 70 mg/dl. Durante las 24h posteriores a la cirugía mantuvo una media de 167 \pm 45,81 mg/dl, con un valor mínimo de 64 mg/dl. La paciente 2 presentaba un IMC de 27,5 kg/m² y una HbA1c 7,4% previo a la cirugía, siendo esta una reconversión a *bypass* gástrico de una gastrectomía vertical previa por RGE. Llevaba un sistema CamAPS con Dexcom G6. La cirugía duró 143 minutos, con glucemia media de 147,57 \pm 19,13 mg/dl y una mínima de 118 mg/dl. El registro de las 24 h de la intervención evidenció un 100% de TIR. Durante las 24h posteriores a la cirugía mantuvo una media de 121,88 l \pm 27,56 mg/dl.

Las dos pacientes se mantuvieron 100% en modo automático.

Conclusiones: El manejo con SAC en pacientes con DM1 durante cirugía bariátrica ha sido seguro en nuestros casos, sin objetivar hipoglucemias durante el procedimiento.

182. RESULTADOS RENALES CON SEMAGLUTIDA EN LAS DISTINTAS CATEGORÍAS DE RIESGO KDIGO: UN ANÁLISIS POST HOC DEL SUSTAIN 6

C. Serrano-Vallesen¹, S.C. Bain², H. Bosch-Traberg³, D. Cherney⁴, S. Rasmussen³, E. Sokareva³, K. Khunti⁵ y K. Tuttle⁶

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Segovia. ²Swansea University Medical School, Gales. ³Novo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ⁴Division of Nephrology, University of Toronto, Canadá. ⁵University of Leicester, Reino Unido. ⁶Providence Health Care and University of Washington, Washington, EE. UU.

Introducción: Las guías KDIGO recomiendan agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 en personas con diabetes tipo 2 y enfermedad renal crónica que necesitan un mejor control glucémico o reducción del riesgo cardiovascular. El objetivo fue evaluar los efectos de semaglutida semanal 1mg (OW) sobre los resultados renales según la categoría de riesgo KDIGO al inicio del estudio versus placebo.

Métodos: Análisis *post hoc* del SUSTAIN 6. Los pacientes se estratificaron según las categorías de riesgo KDIGO iniciales. El efecto del tratamiento sobre el tiempo hasta aparición o empeoramiento de nefropatía (combinación de inicio de macroalbuminuria, duplicación de creatinina sérica y TFGe < 45 ml/min/1,73 m², necesidad de trasplante renal o muerte por enfermedad renal) en las categorías KDIGO se analizó mediante regresión de Cox. Los análisis relacionados con la pendiente de TFGe y el cambio en UACR fueron evaluados a las 104 semanas.

Resultados: Los participantes (N = 3.238) se estratificaron en categorías de riesgo KDIGO bajo (49%), moderado (26%), alto (14%) y muy alto (11%). Independiente al grupo de tratamiento, los participantes de los grupos de riesgo moderado, alto y muy alto tuvieron más probabilidades de aparición o empeoramiento de nefropatía en comparación con el grupo de bajo riesgo (HR [IC95%]: 15,7 [8,0;35,7], 15,7 [7,7;36,6] y 23,9 [11,5;55,9], respectivamente). El efecto del tratamiento con semaglutida OW vs. placebo fue comparable en todas las categorías KDIGO para la aparición o empeoramiento de nefropatía, pendiente de TFGe y cambio en UACR (p-interacción > 0,05 en todos los casos).

Conclusiones: Los participantes de las categorías KDIGO de mayor riesgo presentaron mayor probabilidad de resultados renales adversos que los de bajo riesgo. El efecto del tratamiento de semaglutida OW vs. placebo sobre el riesgo de aparición o empeoramiento de nefropatía, la pendiente de TFGe y el cambio en UACR fue consistente en todas las categorías KDIGO.

Presentada previamente en ERA 2023.

183. ESTUDIO OBSERVACIONAL EN VIDA REAL DE SEMAGLUTIDA SUBCUTÁNEA SEMANAL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN ESPAÑA

F. de Windt¹, I. Caballero Mateos², M.D. García de Lucas³, V.K. Doulatram-Gangaram¹, P. Moreno-Moreno⁴, A.I. Jiménez-Millán⁵, M. Botana-López⁶, J.F. Merino-Torres⁷, A. Soto-González⁸ y C. Morales Portillo²

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³Servicio de Medicina Interna, Hospital Costa del Sol, Marbella. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁵Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz. ⁶Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo. ⁷Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Fe, Valencia. ⁸Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de A Coruña.

Introducción: Diversos ensayos clínicos han demostrado que el tratamiento con semaglutida subcutánea de administración semanal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tiene una eficacia superior en comparación con placebo y fármacos activos en cuanto a control glucémico y reducción de peso corporal. Estos resultados, sin embargo, deben refrendarse en estudios realizados en vida real.

Métodos: Estudio ambispectivo (retrospectivo 6 meses-prospectivo 6 meses) realizado en 10 hospitales terciarios de España. Se evaluaron los cambios en hemoglobina glicosilada (HbA1c) y peso corporal en pacientes con DM2 tratados con semaglutida subcutánea

semanal. Adicionalmente, se analizaron los efectos clínicos según la terapia antidiabética basal (monoterapia no insulínica, doble o triple terapia no insulínica, terapia con insulina basal, terapia con múltiples dosis de insulina).

Resultados: Un total de 752 pacientes fueron incluidos; edad 60,2 ± 11 años, HbA1c 8,5 ± 1,8%, peso corporal 101,6 ± 18,9 kg, duración de la DM2 10 ± 8,2 años. Tras 12 meses de tratamiento, las concentraciones de HbA1c se redujeron en 2,1% y el peso corporal en 9,2 kg (ambos p < 0,001). En todos los subgrupos analizados se observaron diferencias estadísticamente significativas tanto en HbA1c como en peso corporal tras 12 meses de tratamiento (p < 0,001). En general, el tratamiento con semaglutida subcutánea semanal fue bien tolerado, siendo los efectos secundarios más comúnmente reportados de tipo gastrointestinal.

Conclusiones: En este estudio realizado en vida real, el tratamiento con semaglutida subcutánea semanal en pacientes con DM2 durante 12 meses produjo una mejoría significativa y clínicamente relevante en control glucémico y pérdida de peso, independientemente de la terapia antidiabética asociada basal, siendo en general un tratamiento bien tolerado.

184. MODIFICACIONES EN EL CONTROL METABÓLICO Y PESO TRAS CAMBIO DE SEMAGLUTIDA SUBCUTÁNEA SEMANAL A ORAL DIARIO POR DESABASTECIMIENTO: ESTUDIO EN VIDA REAL

A. Pérez Fuster, R. Casañ Fernández, A. Enrique Medina, J. Ávila López, M. Hernando Llorens, A. Bartual Rodrigo, M. Villaescusa Lage, J.T. Real Collado y S. Martínez Hervás

Endocrinología, Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción: No existen estudios que comparen la eficacia de semaglutida oral diario (SOD) frente al subcutáneo semanal (SSS), pero en los estudios de farmacocinética, 7 mg/v.o./día equivalen a 0,5 mg/sc/semana y 14 mg/vo/día a 1 mg/sc/semana. Desde el último trimestre de 2022 hay un desabastecimiento de SSS que ha motivado su sustitución por SOD.

Objetivos: Objetivo principal: comparar la HbA1c antes y al menos tras 3 meses del cambio de SSS a SOD. Objetivos secundarios: eficacia en peso, tolerancia.

Métodos: Se consideró diferencia significativa un cambio en HbA1c ≥ 0,3% y en peso un cambio > 1 kg. Se realizó una búsqueda en nuestro departamento de los pacientes que entre enero 2022 y marzo 2023 habían tenido prescritos SSS y SOD.

Resultados: Se encontraron 887 pacientes, 206 fueron elegibles para valoración de HbA1c y 102 para peso. Población: 57,7% hombres, edad media 65,2 años (± 11), HbA1c media 6,78% (± 1,03) y peso medio 90,6 kg (± 18). El 81% llevaban dosis de SSS de 1 mg. La dosis de SOD fue equivalente en un 76,3%, menor en un 15,5% y mayor en un 8,2%. Tras una media de 4,1 meses, la HbA1c media aumentó en 0,48% (IC95% 0,4-0,6%), (p < 0,0001). Un 9,6% mejoró la HbA1c > 0,3%, un 49,8% empeoró > 0,3%, y fue no inferior en el 40,5% de los pacientes. Hubo un aumento significativo de 1,2 kg de peso (p = 0,001), (IC95% 0,5-1,9). El 22,2% perdió más de 1 kg, el 53,5% aumentó más de 1 kg, y no hubo cambios en el 24,2%. 70 de los 887 pacientes evaluados tuvieron problemas de tolerancia (7,9%).

Conclusiones: En pacientes respondedores a SSS, el paso a dosis equivalentes de SOD en condiciones de vida real empeora significativamente el control glucémico y el peso. Algunos de estos pacientes toleran peor el SOD que el SSS. Consideramos que, en pacientes con mala tolerancia o falta de suficiente eficacia con el SOD, se debe intentar cambiar a formulaciones subcutáneas antes de descartar este grupo terapéutico.

Este trabajo se presentó en el XXXV Congreso de la SED.

185. RESULTADOS DE MCG Y DURACIÓN DE HIPOGLUCEMIA CON INSULINA ICODEC SEMANAL FRENTE A INSULINA GLARGINA U100 DIARIA EN PACIENTES CON DM2 SIN INSULINIZAR: ANÁLISIS EXPLORATORIO ONWARDS 1

M. Hayón-Ponce¹, R.M. Bergenstal², S.K. Watt², A.L.S.A. Matos², I. Lingvay², J.K. Mader², T. Nishida² y J. Rosenstock²

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

²Minneapolis, EE. UU.; Søborg, Dinamarca; Dallas, EE. UU.; Graz, Austria; Tokyo, Japón.

En el ONWARDS 1, un ensayo clínico de fase 3a por objetivo de tratamiento, los pacientes con DM2 sin tratamiento previo con insulina se aleatorizaron 1:1 a icodec semanal o glargina U100 diaria. El tiempo dentro, por encima y por debajo del rango (TIR, TAR, TBR) y la duración de la hipoglucemia se evaluaron con monitorización continua de glucosa (MCG) doble ciega en periodos preespecificados durante todo el estudio. El TIR (70-180 mg/dl), TAR (> 180 mg/dl), TBR (< 70 y < 54 mg/dl), la duración media de la hipoglucemia < 70 mg/dl y el porcentaje de tiempo < 54 mg/dl se evaluaron en las semanas 0-4, 22-26, 48-52 y 74-78. En las semanas 22-26, 48-52 y 74-78, el TIR medio con icodec cumplió con el objetivo recomendado de > 70%, y el TIR y TAR mejoraron significativamente con icodec frente a glargina U100, sin diferencias significativas entre los grupos en el TBR < 54 mg/dl. Hubo una diferencia a favor de glargina U100 en el TBR < 70 mg/dl en las semanas 48-52 y 74-78, pero el TBR medio < 70 mg/dl y TBR < 54 mg/dl estuvieron por debajo de los objetivos recomendados (4% y 1%, respectivamente) en todos los periodos de tiempo para ambos grupos. El TIR, TBR y TAR no difirieron significativamente entre los grupos en las semanas 0-4. La duración media de la hipoglucemia < 70 mg/dl y la proporción de tiempo < 54 mg/dl fueron similares entre los grupos en todos los periodos. En resumen, el TIR y TAR en las semanas 22-26, 48-52 y 74-78 mejoraron significativamente con icodec frente a glargina U100, sin diferencias significativas en el TBR < 54 mg/dl y una duración similar de la hipoglucemia < 70 mg/dl entre grupos. Presentada previamente en EASD 2023.

186. CONTROL GLUCÉMICO SUPERIOR CON INSULINA SEMANAL ICODEC CON UNA APP DE GUÍA DE DOSIFICACIÓN FRENTE A ANÁLOGOS DE INSULINA BASAL DIARIOS EN DM2 SIN TRATAMIENTO PREVIO CON INSULINA: ONWARDS 5

J. Ares-Blanco¹, H.S. Bajaj², J. Aberle³, M. Davies⁴, A. Meller Donatsky⁵, M. Frederiksen⁵, D. Gogas Yavuz⁶, A. Gowda⁵, I. Lingvay⁷ y B. Bode⁸

¹Hospital Universitario Central de Asturias, ISPA, Universidad de Oviedo. ²LMC Diabetes and Endocrinology, Brampton, ON, Canadá. ³University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Alemania. ⁴Diabetes Research Centre, University of Leicester, Leicester, Reino Unido. ⁵Novo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ⁶Division of Endocrinology and Metabolism, Marmara University School of Medicine, Istanbul, Turquía. ⁷Division of Endocrinology, Department of Internal Medicine and Peter O'Donnell Jr School of Public Health, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, TX, EE. UU. ⁸Atlanta Diabetes Associates, Atlanta, Georgia, EE. UU.

Objetivos: Se evalúan la eficacia y la seguridad de la insulina semanal icodec (icodec) junto con una app de guía de dosificación frente a análogos de insulina basal diarios (degludec, glargina U100 o glargina U300) en adultos con DM2 sin tratamiento previo con insulina.

Métodos: ONWARDS 5 (NCT04760626) es un ensayo de fase 3a, aleatorizado, abierto, de 52 semanas con elementos de vida real. Los participantes (media: 59,3 años; 32,8 kg/m²) se aleatorizaron 1:1 a recibir icodec o análogos de insulina diarios (1/d). La app de guía de dosificación ayudó a la titulación de icodec. Los análogos diarios se titularon según la práctica clínica habitual.

Resultados: El cambio medio estimado de HbA1C desde el inicio hasta la semana 52 fue mayor con icodec (-1,68% puntos, BL 9,0%) frente a los análogos diarios (-1,31% puntos, BL 8,9%), lo que confirma la no inferioridad (p < 0,0001) y superioridad (p = 0,009) de los icodec vs. los análogos 1/d. Los resultados reportados por los pacientes (DTSQ y TRIM-D) fueron estadísticamente significativos a favor de icodec frente a los análogos diarios en la semana 52. Las tasas de hipoglucemia de nivel 2 (< 54 mg/dl) y nivel 3 (grave) fueron bajas para ambos tratamientos (0,19 [icodec] frente a 0,14 [análogos OD] eventos por persona-año de exposición). No hubo diferencias significativas en el tiempo de los tratamientos hasta la interrupción o la intensificación de los mismos.

Conclusiones: En general, icodec junto con el uso de una app de guía de dosificación mostró superioridad en la reducción de HbA1c y una mejora significativa en la satisfacción con el tratamiento y las puntuaciones de adherencia frente a los análogos diarios, con bajas tasas de hipoglucemia, en adultos con diabetes tipo 2 sin tratamiento previo con insulina, en un entorno de vida real. Presentada previamente en ADA 2023.

187. OBESIDAD PREGESTACIONAL Y DIABETES MELLITUS EN EMBARAZADAS: IMPLICACIONES MATERNO-FETALES

F.N. López López, G. Rodríguez Carnero, R. Villar Taibo, E. Gómez Vázquez, P. Andújar Plata, M. Fernández Argüeso, A. Santamaría Nieto y M.Á. Martínez Olmos

Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela.

Introducción: La diabetes gestacional (DG) y la obesidad pregestacional (OP) se asocian con resultados adversos materno-fetales y ambas son frecuentes en práctica clínica. La ganancia de peso gestacional (GPG) es un factor esencial en la evolución del embarazo sobre el que podemos influir activamente.

Tabla 1

	DG sin OP	DG con OP	
Edad (años)	36 (34,2-36,6)	35 (33,6-36,2)	p = 0,36
IMC pregestacional (Kg/m ²)	24,3 (23,7-24,9)	33,7 (33,9-35,9)	p < 0,05
Prediabetes previa	3,3%	23,4%	p < 0,05
Tratamiento con insulina	26,1%	61,5%	p < 0,05
GPG:			p = 0,67
Insuficiente	44,6%	46,2%	
Adecuada	33,7%	27,6%	
Excesiva	21,7%	26,2%	
Peso neonatal (g)			p < 0,05
< 2.500	6,5%	6,2%	
2.500-3.999	91,3%	80,2%	
≥ 4.000	2,2%	13,6%	
Macrosomía (M)	2,2%	13,6%	p < 0,05
Complicaciones neonatales (CN)	9,8%	13,8%	p < 0,05

	DG sin OP	DG con OP	
M	0	29,5%	p < 0,05
CN	0	35,3%	p < 0,05

Objetivos: Evaluar el efecto de la GPG en los resultados materno-fetales en gestantes con DG con OP vs. sin OP.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se revisaron todas las pacientes con diagnóstico de DG en el año 2022 (n = 157), separando 2 cohortes (con OP n = 65 y sin OP n = 92). Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango, y las cualitativas como porcentaje. Se empleó chi cuadrado y Fisher para variables cualitativas y test de Wilcoxon-Mann-Whitney para cuantitativas y cualitativas.

Resultados: La tabla 1 describe las características basales y la evolución durante la gestación de las 2 cohortes. En la tabla 2 se evaluó la relación de M y CN en pacientes con GPG excesiva. Se comparó la M en gestantes con DG y OP con ganancia de peso excesiva vs. la tasa general de M en los partos de 2022 (29,5 vs. 5,9%; p < 0,05).

Conclusiones: La OP en gestantes con DG aumenta la M y las CN (prematuridad la más frecuente), especialmente en aquellas con GPG excesiva. La tasa de M en este subgrupo quintuplicó la tasa general de M. Por lo tanto, controlar el peso en el embarazo es fundamental en mujeres con DG y OP para evitar resultados adversos.

188. IMPACTO EN EL CONTROL GLUCÉMICO DEL CAMBIO DE HORARIO DE INVIERNO Y VERANO EN UNA COHORTE DE PERSONAS ADULTAS CON DIABETES TIPO 1

M.C. López García¹, A. Sirvent Segovia¹, A. Ruíz de Assín Valverde², M. Jara Vidal², M. Gallach Martínez², P. Ibáñez Navarro¹, M.L. Casas Oñate², P.J. Pinés Corrales² y J.J. Alfaro Martínez²

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Almansa.

²Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción: El control glucémico en la diabetes mellitus puede verse condicionado por múltiples variables, especialmente si el tratamiento es con insulina y sobre todo en pauta bolo-basal. Algunas de estas variables pueden ser controladas como la ingesta de alimentos, realización de ejercicio o dosis de insulina; pero otras no, como infecciones, emociones intensas o el cambio horario que semestralmente se realiza en España.

Tabla 1. Promedios (M-estimador de Huber) de parámetros de glucometría 7 días antes y después de cada cambio horario en la cohorte

	Verano (antes)	Verano (después)	Invierno (antes)	Invierno (después)
Mediana de glucemia (mg/dl)	158,3	157,9	158,0	160,7
Coefficiente de variación intradía (%)	31,4	30,7	30,2	30,3
Nº Lecturas/día	10,2	10,3	11,3	14,7
TIR	62,4	62,4	62	61
TBR	4,7	5,5	5,0	4,7
TAR I	24,7	24,7	25,7	26,1
TAR II	16,2	16,0	15,7	15,9

Tabla 2. Promedios (M-estimador de Huber) de diferencias individuales de parámetros de glucometría después y antes del cambio horario

	Verano	Invierno
Mediana de glucemia (mg/dl)	0	+2,4
Coefficiente de variación (%)	-0,8	-0,1
Nº Lecturas/día	-0,2	+2,9
TIR	-0,5	-1,1
TBR	+0,9	-0,2
TAR I	+0,1	+0,7
TAR II	-0,1	+0,3

Objetivos: Conocer si existe repercusión en el control glucémico en personas con diabetes tipo 1 con el cambio al horario de verano y de invierno en España.

Métodos: Estudio descriptivo mediante el análisis de variables en una cohorte seleccionada de adultos (≥ 18 años) con DM1 atendidos en consultas de Endocrinología y Nutrición; obtenidas a través de la historia clínica electrónica y de la descarga de glucometría de FreeStyle libre 2 en el año 2023.

Resultados: Se analizaron datos de una cohorte de 174 personas con DM1: 58% mujeres, edad media 49 años, 19 años de evolución media de DM1, HbA1c media 7,25% e insulina en múltiples dosis el 99%.

Conclusiones: En nuestra cohorte no se evidenciaron cambios en el control glucémico, estadística ni clínicamente significativos, con el cambio al horario de verano y de invierno.

189. PERSISTENCIA Y ADHERENCIA DE SEMAGLUTIDA ORAL VERSUS LIRAGLUTIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN UN ENTORNO DE VIDA REAL EN EE. UU.

G. Allo en representación de¹, L. Lv², L. Xie², J. Noone², M. Guevara², B.L. Brady³ y A. Turchin⁴

¹Hospital 12 de Octubre, Madrid. ²Novo Nordisk Inc., Plainsboro, NJ, EE. UU. ³Merative, Cambridge, MA, EE. UU. ⁴Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, EE. UU.

Introducción y objetivos: La semaglutida oral es un agonista del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP-1) único dentro de su clase, ya que ofrece una vía de administración oral diaria. Este estudio de cohortes retrospectivo de vida real evaluó la persistencia y la adherencia en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) que iniciaron tratamiento con semaglutida oral diaria y comparó los resultados con una cohorte de pacientes que iniciaron liraglutida diaria.

Métodos: Los datos se obtuvieron de las bases de datos Merative™ MarketScan® Commercial y Medicare. La adherencia se definió como la proporción de días cubiertos (PDC) ≥ 0,80 durante los 12 meses posteriores al primer suministro del medicamento (fecha índice). La persistencia se definió como el número de días hasta la interrupción (definida como un intervalo de tratamiento de ≥ 45 días), utilizando puntos de corte de ≥ 6 y ≥ 9 meses. Se utilizó la probabilidad inversa de ponderación del tratamiento para ajustar las diferencias en las características iniciales entre las dos cohortes.

Resultados: La adherencia fue significativamente mayor con semaglutida oral frente a liraglutida (PDC media, 0,59 frente a 0,52 y PDC ≥ 0,80 en el 41,6% frente al 28,6% de los pacientes, respectivamente; ambos p < 0,001). La persistencia fue significativamente mayor con semaglutida oral frente a liraglutida (duración media de la persistencia, 213 frente a 182 días, respectivamente; p < 0,001). Una proporción significativamente mayor de pacientes en el grupo de semaglutida oral frente a liraglutida fueron persistentes durante

≥ 6 y ≥ 9 meses (53% frente a 42,9% y 45% frente a 33,3%, respectivamente; ambos $p < 0,001$).

Conclusiones: La persistencia y el cumplimiento del tratamiento fueron significativamente mayores en los pacientes con DM2 que iniciaron semaglutida oral. Semaglutida oral es una opción adicional para el tratamiento de la DM2 que puede asociarse con una mejor adherencia en comparación con otros arGLP-1.

Presentada previamente en AMCP Nexus 2023.

190. TRABAJO DE FIN DE GRADO: CONTROL GLUCÉMICO GESTACIONAL E INTRAPARTO Y RIESGO DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL EN MUJERES CON DIABETES PREGESTACIONAL

L. Gil Casado¹, A.M. Wägner², B. Vega Guedes³,
M. Fernández-Villamil Menéndez⁴ y M.G. Santana Thisner⁴

¹Estudiante 6º de Medicina, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, Instituto de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias, ULPGC. ³Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, Instituto de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias, ULPGC.

⁴Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La diabetes pregestacional se asocia a un mayor riesgo materno-fetal, que puede reducirse con un control glucémico estrecho. Las guías recomiendan objetivos específicos durante el parto, con el fin de prevenir la hipoglucemia neonatal, pero hay discusión sobre lo estrictos que deben ser.

Objetivos: Describir los métodos de monitorización de la glucosa durante el embarazo y el parto en mujeres con diabetes pregestacional y analizar su asociación con la hipoglucemia neonatal.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo y observacional de gestantes con diabetes pregestacional con parto en nuestro centro entre enero 22-febrero 24. Se incluyeron: mujeres > 18 años, edad gestacional ≥ 24 semanas y sin malformaciones fetales mayores. Se revisaron las historias clínicas y las plataformas de gestión de monitorización continua de glucosa (MCG). Se realizó un análisis estadístico (Jamovi) descriptivo, comparación entre grupos con y sin hipoglucemia neonatal (chi cuadrado, t de Student, U de Mann Whitney) y regresión logística multivariante. El comité de ética (ref. 2023-511-1) aprobó el estudio y las mujeres firmaron un consentimiento informado.

Resultados: Se incluyeron 84 mujeres (40% tipo 1), 16,7% con hipoglucemia neonatal. Se observó asociación entre esta y ser primigesta ($p = 0,007$), estar tratada con análogo de insulina basal (0,004), mayor HbA1c (0,003) y ganancia de peso durante el embarazo (0,032) y con mayores niveles de glucemia intraparto (0,034). El análisis multivariante mostró que más del 50% de la variabilidad de la hipoglucemia neonatal se explicaba por el tipo de insulina basal, la HbA1c del primer trimestre y el aumento de peso, tras ajustar por la edad gestacional.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren una asociación entre la hipoglucemia neonatal y el control glucémico materno en el embarazo e intraparto. Se necesitan más estudios prospectivos para validar los hallazgos y ampliar el conocimiento en este campo.

191. DIABETES MELLITUS ESPONTÁNEA EN UNA PACIENTE ADULTA CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE HIPERINSULINISMO CONGÉNITO POR MUTACIÓN EN EL GEN ABCC8

N. Cruz Cruz, M.P. Alberiche Ruano, J. Peñate Arrieta,
V. González Rosa, S.I. del Ángel Tena, A. Al-Hiraki de la Nuez
y M. Boronat Cortés

Servicio de Endocrinología, Hospital Insular.

Introducción: El hiperinsulinismo congénito (HIC) es la causa más frecuente de hipoglucemia grave en recién nacidos y lactantes. Las mutaciones inactivadoras en los genes *ABCC8* y *KCNJ11*, codificadas de las subunidades SUR-1 y Kir6,2 del canal KATP, son responsables del fenotipo más prevalente y grave de HIC permanente. Si bien hasta la fecha se creía un hecho excepcional, datos recientes sugieren que un porcentaje significativo de los pacientes con mutaciones inactivadoras de *ABCC8* no sometidos a pancreatectomía pueden desarrollar diabetes mellitus (DM) de modo espontáneo, atribuida a una disminución de la respuesta insulínica, particularmente aquellos casos con variantes bialélicas de la enfermedad.

Caso clínico: Mujer de 18 años remitida por sobrepeso y niveles de glucemia basal y HbA1c en rango de diabetes (glucosa 193 mg/dl y HbA1c 8,6%). Había sido diagnosticada de HIC por glucemia de 29 mg/dl a las 10 horas de vida, con insulina 20,1 μ U/l y cociente insulina/glucosa 0,69. El estudio genético confirmó una mutación (1508TZC) en homocigosis en el gen *ABCC8*. El estudio de PET-FDG fue compatible con enfermedad pancreática difusa. Debido a intolerancia al tratamiento médico (diazóxido y tiazidas), precisó nutrición enteral por sonda hasta los 6 años. Posteriormente entró en remisión y perdió seguimiento. La revisión de sus analíticas reveló que presentaba glucemia basal alterada desde los 12 años. Se midieron autoanticuerpos contra las células β , que fueron negativos, y péptido C basal elevado (6,6 ng/ml). La monitorización continua de glucosa mostró hiperglucemia de predominio postprandial en almuerzo y cena.

Discusión: En pacientes con HIC no sometidos a pancreatectomía, se recomienda seguimiento periódico del metabolismo de la glucosa tras la remisión, ya que un porcentaje significativo de pacientes pueden evolucionar hacia una intolerancia a la glucosa o DM. El presente caso sugiere que la DM podría no ser necesariamente resultado de un déficit en la secreción de insulina.

192. ESTUDIO TRASVERSAL DEL CONTROL GLUCÉMICO SEGÚN FRANJAS DE EDAD EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS CON MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA

J. Guzmán Sanz, M. Rubio Ramos, N. Díez Fernández,
F.J. Albacete Zapata, G. Rivero Prieto, A. García García,
E. Villa Fernández, C. Navarro Antón, A. Abad López
y M. Alpañés Buesa

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción: La monitorización continua de glucosa (MCG) se ha impuesto como la tecnología de elección para el control de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y cada vez con más evidencia en diabetes tipo 2, 3c y otros tipos de diabetes con múltiples dosis de insulina. El tiempo en rango (TER), el coeficiente de variabilidad (CV) o el tiempo bajo rango (TBR) son parámetros imprescindibles para definir el control metabólico de la persona con diabetes mellitus (DM) y complementan la información que nos da la hemoglobina glicosilada.

Métodos: Estudio descriptivo de 1.034 pacientes con DM controlados con MCG adscritos al Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda a fecha de 1 de enero de 2024. El objetivo principal fue analizar el control metabólico estudiando parámetros de control glucémico como el indicador del control de glucosa (ICG), el TER, el TBR, el tiempo sobre rango (TSR) o el CV y comprobar si existen diferencias entre grupos de edad: menores de 25 años, de 26 a 40, de 41 a 65 y mayores de 65.

Resultados: De los 1.034 pacientes, 612 son hombres y 422 son mujeres, con una mediana de edad de 51 años (rango (R): 16-89). 102 pacientes son menores de 25 años, 202 tienen entre 26 y 40, 550 entre 41 y 65 y 180 son mayores de 65. La mediana de todos los in-

dicadores a estudio se encontraba dentro de los objetivos propuestos por las sociedades científicas, encontrando medianas de ICG del 6,99% (6,61-7,54), de TER del 65,5% (52-77), de TBR del 2% (1-5), de TSR del 30% (18-45) y de CV del 35,1% (30,1-39,9). No se encontraron diferencias significativas entre los distintos grupos de edad salvo en el caso del CV, donde fue significativamente menor en el grupo de mayores de 65 años frente a los otros grupos.

Conclusiones: Un estudio trasversal de nuestra cohorte demuestra un control óptimo metabólico sin diferencias entre grupos de edad. Los hallazgos ponen de manifiesto que el acceso a las nuevas tecnologías no debe limitarse por la edad.

193. EFICACIA DE LA TELEMEDICINA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL

A. Garrido, V. Amador, J.J. Chillarón, R.M. Gaja, G.M. Natera Fijo, E. Climent y J.A. Flores

Servicio de Endocrinología, Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: La diabetes gestacional (DG) es la patología endocrinológica más frecuente de la gestación. Su atención implica múltiples visitas presenciales en el hospital, la necesidad de desplazamientos y tiempos de espera, lo que conlleva un impacto negativo en la actividad diaria de las pacientes.

Objetivos: Comparar los resultados materno-fetales en pacientes con DG que reciben una atención telemática frente a aquellas que siguen atención presencial. Variable principal: porcentaje de macrosomía. Variables secundarias: tasa de cesáreas, grado de satisfacción, glucemias medias en el seguimiento y porcentaje de pacientes que precisan insulinización.

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado que incluyó a todas las pacientes diagnosticadas de DG mayores edad y sin criterios de exclusión: diabetes pregestacional, DG diagnosticada mediante autocontroles de glicemia capilar, barrera idiomática completa, pacientes sin teléfono móvil o que rechacen participar. Se realizó una primera visita presencial en ambos grupos que incluyó la técnica de insulinización. Se aplicó la misma periodicidad de visitas, y se dejó abierta la posibilidad de visitas extra. Las visitas no presenciales fueron telefónicas. Los controles de glucemia se descargaron directamente del glucómetro mediante la *app* Social Diabetes® en el grupo de telemedicina. El grupo convencional los registró manualmente y se comprobaron en la memoria del glucómetro.

Resultados: No existen diferencias estadísticamente representativas entre ambos grupos en lo que se refiere a complicaciones obstétricas (macrosomía) ni en cuanto a variables secundarias como el control metabólico ni el porcentaje de insulinizaciones, siendo el grado de satisfacción muy elevado en ambos grupos.

Conclusiones: La telemedicina es una alternativa efectiva para el tratamiento en diabetes gestacional, consiguiendo resultados materno-fetales similares a la atención presencial manteniendo una elevada satisfacción de las pacientes.

194. PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN UNA POBLACIÓN DE DIABÉTICOS

I. Venegas Nebreda, A. Yoldi Arrieta, M.T. Iglesias Gaspar, A. Amilibia Achucarro, A. Mendía Madina, S. Larrabeiti Martínez y N. Egaña Zunzunegui

Hospital Universitario de Donostia.

Objetivos: Evaluar el grado de disfunción eréctil (DE) según el cuestionario SHIM en una muestra de 100 pacientes de nuestra consulta y correlacionar la disfunción con la edad, el grado de control

glucémico, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y complicaciones macro y microangiopáticas.

Métodos: Se invitó a 142 pacientes diabéticos varones, de edades entre los 35-75 años, a realizar en su domicilio el cuestionario SHIM validado para el despistaje de la DE que califican el grado de DE de forma anónima y enviarlo posteriormente. Se para la recogida al recibir 100 cuestionarios válidos. En el cuestionario se apuntaron las variables de cada paciente. Utilizamos distintos test en función de si la variable es cuantitativa o cualitativa. Muestran si existe correlación o no entre las variables y el grado de DE. Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: Dividimos a los pacientes en función del grado de disfunción: no disfunción (40 pacientes); disfunción leve-moderada (32 pacientes); disfunción moderada-grave (28 pacientes). Entre las variables cualitativas analizadas, se demuestra correlación significativa con el grado de disfunción en todas ellas. No así como en variables cuantitativas, que solo se demuestra en edad y tiempo de evolución de DM.

Conclusiones: La disfunción eréctil es un problema frecuente en nuestra población de personas diabéticas. En consecuencia, deberíamos preguntar por esta posible complicación. El tabaquismo es un factor de riesgo asociado con la DE por lo que el abandono debe ser prioritario. Controlar los FRCV, nos influye positivamente a la hora de frenar el grado de DE. La edad y el tiempo de evolución de la diabetes tienen impacto sobre la DE, lo cual nos invita a pesar de que es recomendable centrarnos en la detección precoz. IMC y HbA1c no han demostrado correlación con la DE. Sin embargo, conviene seguir estudiando dichas variables.

Presentado en Congreso SED 2022.

195. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE PIE DIABÉTICO

A.M. Roldán Sánchez¹, C. Soriano López¹, C. Guillén Morote¹, J.R. Romero Gómez¹, M. Rodríguez Bedoya¹, E. Santacruz¹, C. Font¹, M. Flores¹ y R. Sánchez-Ortiga²

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital General Dr. Balmis, ISABIAL, Alicante.

Introducción: Los pacientes con pie diabético (PD) presentan el doble de riesgo de mortalidad por todas las causas que los pacientes con DM sin esta complicación.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes atendidos en una consulta monográfica de PD a cargo de Endocrinología de un hospital terciario entre los años 2016 a 2023. Variables: edad, género, tipo de diabetes y años de evolución, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), control (HbA1c), complicaciones, grado de la úlcera, necesidad de amputación, causa de la muerte. Análisis estadístico con SPSSv.25: test de K-Smirnov. Media \pm desviación estándar o mediana [p25-75]. Chi cuadrado, prueba t y test de Mann-Whitney.

Resultados: Fallecieron 44 de 243 pacientes atendidos: 75% hombres, 88,6% DM2. En la primera visita la edad fue 76,5 [68-82,8] años, con $20,5 \pm 9,1$ años de evolución de DM y HbA1c $7,7 \pm 1,8\%$. Recibían tratamiento con insulina 72,7%; metformina 50%, iDPPIV 43,2%, iS-GLT2 22,7%, secretagogos 15,9%, aRGLP1 6,8%, pioglitazona 4,5%, antiagregantes/anticoagulantes 70,5% y estatinas 68,2%. Respecto a complicaciones y FRCV: HTA 81,8%, dislipemia 79,5%, ERC 70,5% (2,3% en terapia renal sustitutiva); cardiopatía previa 45,5%, tabaquismo 18,2%, exfumadores 40%; arteriopatía 86,4%, PNP 72,7%, RD 60,3%. El 65,9% había presentado úlceras previas, amputación menor el 13,6% y mayor 11,4%. El 90% presentaban úlceras en la primera visita, localizándose en dedos 38,6%, antepié 27,3%, mediopié 2,3%

y retropié 22,7%. El 36,4% precisó amputación. Las causas de mortalidad fueron cardiovascular 29,5% (enfermedad cardiaca 15,9%, ictus 2,3%, isquemia periférica/intestinal 11,4%), infección respiratoria 25% (COVID 6,8%), infección relacionada con el pie DM 13,6%, demencia 6,8%, cáncer 4,5%, otros 6,8% y desconocida 13,6%.

Conclusiones: En nuestro centro se reportó una mortalidad del 18,1% a los 7 años, siendo la principal causa cardiovascular, de acuerdo con estudios previos.

196. LA ADICCIÓN A LA COMIDA MODERADA-GRAVE COMO FACTOR DE RIESGO DE HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

G. Sfondrini¹, J. Nicolau¹, P. Sanchis², A. Pujol¹, M.G. Pérez-Bec¹, M. Grimalt¹, R. Rivera¹, I. Rodríguez¹ y Ll. Masmiquel¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ²Instituto de Investigación Sanitaria Islas Baleares.

Introducción: La adicción a la comida es un problema de salud prevalente en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La escala Yale Food Addiction 2.0 se ha validado para medir el grado de adicción a la comida. En los últimos años la prevalencia de hígado graso no alcohólico (NAFLD) en pacientes con DM2 está aumentando. Disponemos de herramientas diagnósticas no invasivas validadas que predicen el riesgo de hígado graso no alcohólico, como el Fib4 y el NAFLD score. Hoy en día hay pocas publicaciones acerca del efecto de la adicción a la comida sobre el riesgo de hígado graso no alcohólico. El objetivo de este trabajo es determinar si la presencia de adicción a la comida en pacientes con DM2 aumenta el riesgo de NAFLD.

Métodos: En este estudio transversal se han recogido los datos de 299 pacientes con DM2 midiendo parámetros bioquímicos y antropométricos, así como los scores de NAFLD, el Fib4 y el NAFLD score. Se ha medido la adicción a la comida con la escala de Yale Food Addiction 2.0, estratificando a los pacientes incluidos según el grado de adicción a la comida (leve vs. moderado-grave).

Resultados: Los pacientes presentaron una media de edad de 64 años (DE ± 11,8) y una HbA1c media de 7,8% (DE ± 7,92). 88 pacientes (29%) tenían adicción a la comida, de estos el 56% tenían una adicción moderada-grave. Al comparar la frecuencia de Fib4 y NAFLD score en pacientes con y sin adicción a la comida no se observaron diferencias significativas (1,44 vs. 1,35, p = 0,83; 1,55 vs. 1,26, p = 0,17 respectivamente). Estratificando a los pacientes según el grado de adicción a la comida (leve vs. moderado-grave) se observó una diferencia significativa en los valores de Fib4 (1,31 vs. 1,61, p = 0,01), pero no del NAFLD score (1,88 vs. 1,3, p = 0,2).

Conclusiones: La FA moderada-severa en pacientes con DM2 puede predisponer al NAFLD, remarcando la importancia del despistaje de esta entidad en los pacientes con DM2.

197. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE RABSON-MENDENHALL (SRM) CON HORMONAS TIROIDEAS: UN ESTUDIO *IN VIVO* E *IN VITRO*

T. Prado-Moraña¹, A. Fernández-Pombo¹, E.J. Díaz-López¹, S. Cobelo-Gómez², A.I. Castro-Pais¹, S. Sánchez-Iglesias² y D. Araújo-Vilar¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago y UETeM, CIMUS, Universidade de Santiago de Compostela. ²UETeM, CIMUS, Universidade de Santiago de Compostela.

Introducción: El SRM es un trastorno autosómico recesivo ultrarraro, caracterizado por resistencia grave a la insulina, debido a variantes en el gen INSR. En fases avanzadas, la DM es difícil de controlar, y estos pacientes fallecen en la segunda o tercera década de vida. Las hormonas tiroideas pueden mejorar la resistencia a la insulina por incremento en la expresión de GLUT4. Presentamos el caso de un hombre de 21 años con SRM y mal control metabólico, tratado con sensibilizadores de insulina, a quien se inició terapia compasiva con levotiroxina sódica.

Caso clínico: Hombre de 21 años con diagnóstico de SRM (p. (Arg926Trp);(Arg914Cys)) a los 9 años. Fenotipo: acantosis nigricans grave y facies acromegaloide. DM desde los 12 años, tratado con pioglitazona 45 mg qd, canaglifozina 100 mg qd y metformina 850 mg tid. Ajuste progresivo de la dosis de levotiroxina hasta suprimir la TSH. Determinaciones periódicas de TSH, HbA1c, insulinemia y HOMA-IR. Se diferenciaron los preadipocitos primarios del paciente a adipocitos y fueron tratados *in vitro* con dosis crecientes de triyodotironina. La expresión de los genes *SLC2A4* (*GLUT4*), *LPL*, *PIK3R1* y *PIK3CA* fue cuantificada mediante qPCR. La supresión de TSH (< 0,1 µUI/ml) sin elevación de T3l ni deT4l con 150 µg qd de levotiroxina redujo la insulinemia (-δ45%) y el índice HOMA (-δ56) con discreta mejoría en la acantosis nigricans. El tratamiento *in vitro* de los adipocitos con triyodotironina incrementó significativamente la expresión génica de *SLC2A4* y *LPL*.

Conclusiones: la administración de levotiroxina sódica de forma controlada puede ser una alternativa terapéutica para aumentar la sensibilidad a la insulina en pacientes con SRM. Los estudios *in vitro* confirman el mecanismo molecular de este abordaje terapéutico.

198. TERAPIA CON SISTEMAS HÍBRIDOS AVANZADOS DE ASA CERRADA EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1: RESULTADOS EN VIDA REAL

E. Pérez Galende, G. González Fernández, P. Lozano Martínez, C. Fernández Rivera, A. Gil Pascual, C. Avellaned Fabón, P. Juárez Mayor, M. Dolz López y M. Orosia Bandrés Nivelá

Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Tabla P-197

	Dosis levotiroxina (µg)qd	TSH (µUI/mL)	HbA1c (%)	Insulina (µUI/mL)	HOMA-IR
Basal	0	2,17	7,4	327,0	91,2
2 meses	75	1,90	7,7	245,8	60,7
5 meses	100	1,16	7,8	438,0	133,0
8 meses	125	1,29	7,2	261,0	84,1
14 meses	150	0,08	7,8	127,2	35,5

Introducción: En los últimos años los avances en la tecnología aplicada a la diabetes han cambiado notablemente el manejo de la diabetes tipo 1. Los sistemas híbridos avanzados de asa cerrada (AHCL) mejoran el control glucémico y otros aspectos como la satisfacción con el tratamiento.

Objetivos: Evaluar el grado de control glucémico en vida real con los diferentes sistemas de AHCL, así como las diferencias entre ellos y la satisfacción con el tratamiento de las personas con diabetes.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en adultos con diabetes tipo 1 que iniciaron tratamiento con un sistema de AHCL en nuestro centro. Se recogieron datos del control glucémico y datos relacionados con la satisfacción del tratamiento, al inicio y a los 6 meses. Además, los parámetros glucométricos se recogieron también al mes del inicio de la terapia.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes (27 Minimed 780G, 6 Tandem Control-IQ y 7 DIABELOOP DBLG1), 67,5% mujeres con edad media de $39,9 \pm 14,3$ años y $26,9 \pm 12,4$ años de duración media de la diabetes. En la cohorte total, tras 6 meses de tratamiento, la HbA1c se redujo de $7,26 \pm 0,91\%$ a $6,98 \pm 0,76\%$ ($p = 0,002$) y el TIR se incrementó de 65 (RIQ 56-71%) a 77,5 (RIQ 71-85%) ($p = 0,0003$), alcanzándose ya al mes de inicio un TIR de 75 (72-84%) ($p < 0,0001$). El porcentaje de pacientes que alcanzó un control óptimo tras la terapia aumentó del 17,5% al 75% ($p < 0,0001$). A los 6 meses, no se observaron diferencias significativas en el control glucémico entre los sistemas. Según los cuestionarios DTSQ-c y DTSQ-s, el cambio de tratamiento a un sistema de AHCL fue satisfactorio y se produjo una mejora significativa en la satisfacción tras 6 meses de terapia ($p < 0,0001$), sin diferencias significativas entre los diferentes sistemas.

Conclusiones: Tras 6 meses de tratamiento con los sistemas de AHCL se observaron mejoras significativas, tanto en resultados glucémicos como en la satisfacción, sin encontrar diferencias significativas entre ellos.

Comunicación presentada como Póster en XXXV Congreso SED.

199. CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN DIABETES TIPO 2 VERSUS TIPO 1: PERSPECTIVAS Y PARTICULARIDADES

M.S. Tapia Sanchiz, J.J. Raposo López, E. Carrillo López, C. Sager, M. López Ruano, C. Martínez Otero, S. Amar, S. González Castañar, V. Navas Moreno y F. Sebastián Valles

Endocrinología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Realizamos un estudio transversal que incluyó todos los ingresos por CAD en un hospital terciario durante el periodo 2010-2024. Se recopilaron datos sobre el historial diabético, tratamiento habitual, complicaciones crónicas, desencadenante de la CAD, valores clínicos y analíticos en Urgencias, duración del ingreso, ingreso en UCI y mortalidad a los 30 días. Los casos de CAD en DM1 durante el mismo periodo se utilizaron como grupo control. La muestra final incluyó a 89 pacientes con DM2, con una edad media de $66,4 \pm 15,1$ años, de los cuales 44 (49,4%) eran mujeres. El grupo con DM2 era significativamente mayor que el grupo con DM1, cuya edad media era de $41,2 \pm 17,3$ años ($p < 0,001$), y presentaba una duración de la diabetes $4,2 \pm 1,7$ años menor ($p = 0,017$). La prevalencia de enfermedad macrovascular en DM2 fue del 21,3% frente al 4,4% en DM1 ($p = 0,001$). El desencadenante más frecuente en DM2 fueron infecciones distintas a la gastroenteritis aguda, mientras que en DM1 fue la omisión del tratamiento. En el 12,5% de los casos de DM2, el desencadenante fue un evento macrovascular, comparado con el 3,2% en DM1 ($p = 0,005$). El perfil gasométrico fue más favorable en DM2, con un pH y bicarbonato superiores ($7,19 \pm 0,15$ frente a $7,11 \pm 0,16$, $p = 0,002$; $12,0 \pm 6,1$ frente a $10,5 \pm 6,1$ mmol/L, $p = 0,047$, respectivamente). La tasa de ingreso en UCI fue del 35,2% en DM2 frente al 50,6% en DM1 ($p = 0,02$), sin observarse diferencias en la duración total del ingreso. La mortalidad a los 30 días fue del 13,5%

en DM2 y del 1,3% en DM1 ($p < 0,001$). En el modelo multivariante para evaluar la mortalidad a 30 días en DM2, solo mostraron asociación estadísticamente significativa la edad ($p = 0,010$) y el ingreso en UCI ($p = 0,017$). Como conclusión, la CAD en pacientes con DM2 presenta un perfil gasométrico más favorable comparado con DM1. Sin embargo, la mayor edad, antecedentes personales y la gravedad de los desencadenantes confieren una alta morbimortalidad a estos pacientes.

200. PREDICTORES ASOCIADOS AL INGRESO PROLONGADO POR CETOACIDOSIS DIABÉTICA

S. Amar, S. González Castañar, M.S. Tapia Sanchiz, J.J. Raposo López, M. López Ruano, E. Carrillo López, C. Sager, C. Martínez Otero, V. Navas Moreno y F. Sebastián Valles

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción: La cetoacidosis diabética (CAD) es una de las complicaciones agudas más graves de la diabetes mellitus. El objetivo de este trabajo fue identificar variables disponibles durante la atención de pacientes con CAD en Urgencias que permitan predecir un ingreso hospitalario prolongado.

Métodos: Se realizó un estudio transversal que incluyó todos los ingresos por CAD en un hospital terciario durante el periodo 2013-2024. Se recopilaron variables clínicas y analíticas. Se realizó un análisis de correlación de Spearman entre la duración total del ingreso hospitalario y las variables clínicas y analíticas disponibles en Urgencias. Las variables estadísticamente significativas se incluyeron en un modelo de regresión binomial negativa por pasos para identificar predictores independientes asociados a la duración del ingreso hospitalario.

Resultados: La muestra inicial constaba de 228 pacientes con una edad media de $50,8 \pm 20,5$ años, de los cuales 119 (51,9%) eran mujeres. La mediana del ingreso fue de 5 días ($p25: 3$, $p75: 9$ días). En el modelo de regresión final, se incluyeron la edad (*odds ratio* [OR] 1,01, $p = 0,001$), los niveles de hemoglobina (OR 0,92, $p = 0,001$), la puntuación APACHE II (OR 1,03, $p = 0,002$) y el tratamiento con iSGLT-2 (OR 1,72, $p < 0,001$). A pesar de que la cifra de neutrófilos, monocitos, pH y bicarbonato se asociaron a ingresos más prolongados en el análisis univariante, no mostraron una asociación estadísticamente significativa de forma independiente para ser incluidos en el modelo final.

Conclusiones: La edad, la hemoglobina sérica, el tratamiento con iSGLT-2 y la puntuación APACHE II son variables de obtención factible que permiten predecir ingresos más prolongados por CAD.

201. PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PRÓSTATA

C. Ríos Gómez¹, M. Hernández-Álvarez², R. de León Durango¹, B. Santana Ojeda¹, M.I. Molinero Marcos¹, C. Arnás León¹, P.B. Pedrianes Martín¹, I. García Puente¹ y P. de Pablos Rodríguez³

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ²Estudiante de Medicina y Cirugía, Universidad de Las Palmas, Las Palmas de Gran Canaria. ³Urología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Introducción: Los pacientes oncológicos en general presentan una elevada prevalencia de DM. Menos estudiada es la prevalencia e incidencia de DM en pacientes con cáncer de próstata (CP) que tienen como factores de riesgo específicos la edad avanzada y la sarcopenia.

Tabla P-201

Diabetes

	Global (N = 414)	No (N = 324)	Sí (N = 90)	p
Edad (años)	69,0 ± 8,0	70,88 ± 7,31	68,35 ± 8,49	0,011
IMC (kg/m ²)	27,0 ± 3,8	26,47 ± 3,9	28,03 ± 3,7	0,012
Ejercicio físico (activo)	146 (55,5)	104 (58,1)	42 (50,0)	0,218
Tabaquismo	24,1	25,2	20,5	0,208
HTA	60,9	57,1	74,4	0,03
DLP	59,3	53,3	81,1	0,01
ACV	4,1	3,1	7,1	0,048
Cardiopatía isquémica	19,3	16	31,1	0,011
FGe (mg/dL)	81,7 ± 14,0	80,9 ± 14,6	84,5 ± 13,3	0,051
PAs (mmHg)	141 ± 19,2	141,4 ± 18,22	141,7 ± 22,6	0,802
PAd (mmHg)	83 ± 11,3	83,2 ± 11,4	82,7 ± 11,2	0,823
Colesterol total (mg/dL)	195 ± 38	199,5 ± 35,9	180,03 ± 42,24	< 0,01
HDL-colesterol (mg/dL)	52,5 ± 15,3	53,82 ± 39,2	48,1 ± 13,0	0,006
LDL-colesterol (mg/dL)	116 ± 35,5	120,17 ± 33,3	102,61 ± 39,2	< 0,01
Triglicéridos (mg/dL)	135,3 ± 81,8	131,38 ± 79,1	150,4 ± 90,31	0,072
PSA (ng/mL)	12,8 ± 37	11,92 ± 31,7	15,73 ± 53	0,39

Objetivos: Determinar la prevalencia de DM entre la población con CP en el momento del diagnóstico.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes diagnosticados de CP en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín entre 2017-2023. Variables analizadas: Edad, antecedentes de DM, HTA, DLP, tabaquismo, ejercicio físico (EF), IMC, filtrado glomerular estimado (FGe), estadio tumoral y PSA.

Resultados: 414 pacientes fueron reclutados, un 21,5% presentaban DM en el momento del diagnóstico de CP. El 26%, el 51,6% y 21,9% correspondía a estadios T1, T2 y T3 respectivamente. Las características de los pacientes se muestran en la tabla.

Conclusiones: La prevalencia de DM en CP es alta. Los pacientes con CP y DM son mayores, tienen IMC más elevado y mayor prevalencia de ECV, por el contrario, tienen unos niveles de LDL más bajos que los pacientes sin DM.

202. CAMBIANDO DESDE EL TRATAMIENTO CON SISTEMA DE ASA ABIERTA AL SISTEMA MYLIFE CAMAPS FX EN UNA POBLACIÓN ADULTA ESPAÑOLA CON DIABETES TIPO 1: IMPACTO SOBRE EL CONTROL GLUCÉMICO Y LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA

A. Flores Paños, G. Kyriakos, A.J. Ríos Vergara, L. Sánchez Cánovas, I. Martín Pérez, P. Villalba Armario, A. Pastor Alcázar, L. Marín Martínez, M. Álvarez Martín y E. Hernández Alonso

Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Introducción y objetivos: El sistema Mylife CamAPS FX es un sistema automatizado de administración de insulina basado en una *app* Android que está disponible en España desde septiembre de 2022. Los resultados glucémicos y la satisfacción percibida asociados con el uso en el mundo real de este sistema en España aún no se han reportado.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de adultos con T1D que estaban en terapia con un sistema de asa abierta (Ypsopump y

Freestyle Libre 2) y cambiaron al sistema CamAPS FX de mylife (Ypsopump, algoritmo CamAPS FX, Dexcom G6). Se compararon los parámetros de la MCG y los niveles de HbA1c 6 meses antes del cambio y 3 meses después del inicio del sistema mylife CamAPS FX. La satisfacción percibida se evaluó mediante la escala «Diabetes Impact and Device Satisfaction». Los datos se analizaron con SPSS.

Resultados: Se incluyeron 31 usuarios, siendo el 72,7% mujeres con una edad media de 41 ± 11,6 años y un IMC de 27,5 ± 6,4. La media de años con DM fue de 21,45 ± 12,2 años. La mediana del porcentaje de tiempo en modo automático fue del 94,2% ± 2,7. Se observó una disminución global de la A1c del 0,52% [IC95%: 0,23-0,82 p 0,001] después de 3 meses con el sistema mylife CamAPS FX. Al inicio, el tiempo en rango era del 62,9% ± 19,8 y aumentó al 77,06% ± 6,5% (13,8% [IC95% 8,1-19,5] p < 0,001). El tiempo por debajo del rango disminuyó del 4,39% al 3,03% (1,35% [IC95%: 0,04-2,7] p 0,049). El tiempo por encima del rango disminuyó del 32,58% al 20,19% (12,38% [IC95%: 5,9-18,8] p < 0,001). La escala «Diabetes Impact and Device Satisfaction» mostró un alto grado de satisfacción (88%) debido a la sensación de tener un mayor control de su diabetes (92%) y a su facilidad de uso (88%).

Conclusiones: Se observó una mejora del control glucémico y un alto grado de satisfacción al cambiar a mylife CamAPS FX entre los usuarios de la terapia con bomba aumentada por sensor.

203. DESCOMPENSACIÓN HIPERGLUCÉMICA CETOACIDÓTICA EN UN PACIENTE CON TRATAMIENTO CON ALPELISIB (INHIBIDOR SELECTIVO DE PI3K ALFA) PARA EL CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO: ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO

V. González Sacoto, M. Lacarta Benítez, C. Moreno Gálvez, L. Olivar Gómez, A. Ros Anadón, A. Barragán Angulo, F. Los Fablos Callau, B. Pelegrina Cortés y P. Trincado Aznar
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El alpelisib, fármaco vía oral aprobado en 2019 para el tratamiento de cáncer de mama avanzado. Sin embargo, la hiper-

glucemia, el evento adverso más frecuente (60% de los casos), plantea desafíos en su manejo.

Caso clínico: Paciente de 58 años con antecedentes de cáncer de mama metastásico, luminal B, receptores hormonales positivos (RH+), HER-2, PI3K mutado. Diabética tipo 2 tratada con un ISGLT2, un agonista del receptor de GLP-1 y metformina. Que durante la evolución de su enfermedad oncológica presenta progresión con elevación de marcadores tumorales, por lo que requirió el inicio de alpelisib + fulvestrant y hormonoterapia. A los cinco días de haber comenzado el fármaco, la paciente experimentó mucositis como un efecto adverso inicial, seguido de malestar general y astenia intensa a los ocho días. En la evaluación de urgencias la analítica reveló pH de 7,09, bicarbonato de 4,4, PCO₂ de 14,5, glucosa de 234. En este contexto, se determinó que la paciente presentaba una acidosis metabólica grave, posiblemente exacerbada por una descompensación diabética secundaria o como efecto adverso del alpelisib. Es importante destacar que otros factores, como la mucositis bucal que afectó la ingesta, procesos infecciosos o incluso una posible cetoacidosis diabética euglicémica inducida por un ISGLT2, podrían haber contribuido a la descompensación aguda.

Discusión: La experiencia clínica con alpelisib es limitada en cuanto a sus efectos sobre la glucosa, siendo frecuente los casos de hiperglucemia grave. Esta elevación significativa de la glucosa ha llevado a la necesidad de iniciar la insulinización de manera más temprana de lo sugerido por los algoritmos de manejo del fármaco. En respuesta a esta compleja interacción entre alpelisib y la glucosa, se destaca la importancia del seguimiento conjunto por parte de oncología y endocrinología. La educación diabetológica es un componente esencial en estos casos.

Presentado en otro congreso: SED.

204. EFECTO DE DIETAS BAJAS EN CALORÍAS CON DIFERENTE COMPOSICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MACRONUTRIENTES EN TRABAJADORES A TURNOS CON DIABETES TIPO 2: DISEÑO DEL ESTUDIO Y RESULTADOS PRELIMINARES

R. Mateo Gallego¹, C. Rodrigo Carbó², I. Lamiquiz Moneo¹, S. Pérez Calahorra¹ e I. Gracia Rubio¹

¹Universidad de Zaragoza. ²Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón.

Introducción y objetivos: El trabajo a turnos, especialmente el que involucra turnos nocturnos, está asociado con un mayor riesgo de trastornos metabólicos, como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Por lo tanto, es importante explorar los mecanismos subyacentes a este efecto perjudicial y las estrategias que podrían prevenirlo o mitigarlo. Nuestro objetivo es estudiar el efecto de tres dietas bajas en calorías con diferente composición y distribución de macronutrientes a lo largo del día sobre el metabolismo de la glucosa y otros parámetros de salud en trabajadores a turnos con sobrepeso u obesidad y prediabetes o DM2.

Métodos: En este ensayo controlado aleatorizado, planeamos reclutar a 120 trabajadores por turnos con un IMC > 27,5 kg/m² y diagnosticados con prediabetes o DM2. El ensayo evalúa los efectos de tres dietas bajas en calorías sobre el metabolismo de la glucosa, la composición corporal y los parámetros de salud durante 12 semanas. Estas dietas incluyen: A) cena alta en proteínas (60% de la proteína diaria total), B) cena baja en proteínas (15% de la proteína diaria total) y C) dieta normoproteica. Siendo todas ellas hipocalóricas y la A y B hiperproteicas. Actualmente, hay 25 participantes incluidos.

Resultados: Veinticinco sujetos (edad media: 54,9 años, 50% hombres/mujeres) han sido incluidos en el estudio. Los datos iniciales muestran un peso promedio de 91,2 kg (\pm 14,5), un porcentaje de grasa corporal de 41,1% (\pm 6,2) y grasa visceral de 1,726 kg (1,274-

2,575). Glucosa basal: 108 mg/dl (100,5-122,25), HbA1c: 6,0% (\pm 0,6), insulina: 10,4 μ U/mL (8,10-14,9).

Conclusiones: El trabajo por turnos, especialmente los turnos nocturnos, aumenta el riesgo de enfermedades cardiometabólicas. Se necesitan estrategias urgentes para mitigar este riesgo, incluyendo la exploración del impacto del momento de ingesta de macronutrientes sobre el metabolismo, particularmente para los trabajadores de turnos nocturnos.

205. COMPARATIVA ENTRE INICIO DE SISTEMA HÍBRIDO DE ASA CERRADA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 EN TRATAMIENTO CON MÚLTIPLES DOSIS DE INSULINA VS. TRATAMIENTO CON INFUSIÓN CONTINUA DE INSULINA

M.S. Castell Albert, R. Zavala Arauco y A. Megía Colet

Endocrinología, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: Hay evidencia suficiente que muestra que los sistemas híbridos de asa cerrada (SHAC) mejoran el control glucémico, y reducen las comorbilidades y recursos relacionados con la carga de la diabetes tipo 1 (DM1). Hasta el momento hay pocos estudios concluyentes que valoren la evolución a largo plazo (> 6 meses) a partir de valores glucométricos de pacientes que realizan cambio de tratamiento a SHAC. El objetivo principal de este estudio fue comparar variables glucométricas a los 6 y a los 12 meses (m) en pacientes que iniciaban SHAC según procedían de múltiples dosis de insulina (MDI) o de bomba de insulina (BI) (solo bomba/sistema integrado).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con DM1 que realizaban seguimiento durante 12 m de evolución en el servicio de Endocrinología del HJ23 y que iniciaron tratamiento con SHAC. Se incluyeron en total 46 pacientes (20 con MDI y 26 con BI). Se obtuvieron datos analíticos, antropométricos y glucométricos para evaluar el control metabólico.

Resultados: Se observaron: 33 mujeres y 13 hombres, media de edad: 42,5 \pm 11,4 años y tiempo de evolución DM1 de 24,7 \pm 9,7 años. No se observaron diferencias en los valores glucométricos iniciales, excepto una tendencia de la HbA1c superior en el grupo con MDI (7,1 \pm 0,7 vs. 7,7 \pm 1,2; p = 0,050). Respecto al peso, el grupo con BI partían de IMC mayor (27,2 \pm 4,4 vs. 24,3 \pm 4,1 Kg/m²; p = 0,04). A los 6 m del inicio de SHAC todos los parámetros experimentaron mejoría significativa en ambos grupos excepto el TBR. Al comparar los dos grupos solo observamos diferencias significativas en el CV < en grupo MDI (32% (29-35) vs. 28% (26-31); p = 0,004). En el análisis a los 12 m se objetivó que las mejoras observadas se mantuvieron igual que a los 6 m.

Conclusiones: Los SHAC mejoran parámetros glucométricos de forma similar en los pacientes que vienen de tratamiento con MDI y en los pacientes que parten de tratamiento con BI y se mantienen prácticamente sin cambios hasta los 12 meses de evolución.

206. CARACTERIZACIÓN DE INDICADORES DE PRECISAR INSULINOTERAPIA EN EMBARAZOS DERIVADOS A CONSULTAS DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

B. Baraia-Etxaburu Astigarraga, V. Pérez de Arenaza Pozo, C. Martín Márquez, Á. Fernández Sánchez, M.C. Sánchez Chiriboga, B. Timón Vázquez, P. de Oriol Ocejo, M.J. de la Cruz Fernández y C. Luengo Álvarez de Buergo

Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: La diabetes gestacional (DG) afecta al 5-12% de las gestaciones en España. Existen dos métodos de detección aprobados

por la ADA, en un paso y en dos pasos, sin un método claramente superior, realizados entre las semanas 24 y 28 de gestación. No hay clara evidencia sobre indicadores de riesgo de precisar insulino-terapia.

Métodos: Estudio retrospectivo de 7 meses evaluando todos los embarazos derivados a consulta de DG con fecha de parto entre 10/2023 y 04/2024. Nuestra vía clínica consiste en un screening en 2 pasos, determinando los límites de positividad en SOG100g: basal 105 mg/dl, 1 h 190, 2 h 165 y 3 h 145, constituyendo 1 valor positivo en intolerancia a los HC (ICH) y ≥ 2 en DG. Se obtuvieron 132 pacientes, de las cuales se descartaron 12 por falta de seguimiento, y se realizó un análisis descriptivo e inferencial de distintas variables clínicas y analíticas.

Resultados: La edad media de las 120 pacientes fue de 36,4 años. Un 12% tenían antecedentes de DG previa, 31% pertenecían a una etnia de alto riesgo (asiática, latinoamericana...) y el 16% tenían obesidad. En el embarazo, un 7% presentó macrosomía fetal y 26% algún tipo de complicación. 90 pacientes fueron diagnosticadas con ICH o DG durante el embarazo (20% ICH y 55% DG), precisando insulino-terapia un 29,2%. Se han encontrado como factores de alto riesgo para insulino-terapia la etnia (R 0,202; $p = 0,03$), la obesidad (R 0,204; $p = 0,03$) y la macrosomía fetal (R 0,297; $p < 0,01$). Los únicos puntos del screening que demostraron una correlación con la necesidad de insulino-terapia fueron el valor basal (R 0,352; $p < 0,01$) y a la hora (R 0,32; $p < 0,01$).

Conclusiones: En nuestra población, la etnia, la obesidad y la macrosomía son factores determinantes en el riesgo de precisar insulino-terapia. Destacar aquellos casos con niveles patológicos basal o a la hora en el SOG de 100 mg, debido a su posible indicación de alto riesgo de insulino-terapia.

207. INSULINA ICODEC SEMANAL Y HOSPITALIZACIÓN: CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIOS ONWARDS 1-6

M. Ortega-Juaristien¹, A. Philis-Tsimikas², J.K. Bache³, T.J. Bari³, K. Salvesen-Sykes⁴ y M. Kellerer⁵

¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ²Scripps Whittier Diabetes Institute, San D., CA, EE. UU. ³Novo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ⁴Novo Nordisk Inc., Plainsboro, NJ, EE. UU. ⁵Center for Internal Medicine, Marienhospital, Stuttgart, Alemania.

Introducción y objetivos: Este estudio evalúa el impacto del uso de insulina icodec (icodec) semanal durante y en torno a la hospitalización en los participantes con diabetes tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2) del programa ONWARDS.

Métodos: Al finalizar el estudio, los datos disponibles se evaluaron según el tipo de diabetes y para: interrupción del tratamiento; observación de cambios individuales en la dosis de insulina basal, HbA1c, automonitorización de los niveles de glucosa capilar (ACG) y episodios de hipoglucemia reportados por los participantes antes, durante y después de la hospitalización.

Resultados: En el total de estudios, 135 participantes que recibieron icodec fueron hospitalizados 160 veces (83 casos médicos y 77 quirúrgicos). La mayoría de los participantes con hospitalizaciones (85,9%) completaron el estudio sin suspender icodec. En general, la dosis de insulina basal se mantuvo estable e ininterrumpida durante la hospitalización. Para los participantes con DM2, la HbA1c media (DE) para casos médicos y quirúrgicos fue del 8,5% (1,1%) y del 8,7% (1,3%) al inicio del estudio; 7,3% (0,9%) y 7,1% (0,8%) en el momento de la hospitalización; 7,5% (1,1%) y 7,1% (1,1%) después del alta, y 7,1% (1%) y 7% (1%) al final del estudio. Para los participantes con DM1, la HbA1c media (DE) para casos médicos y quirúrgicos fue del 8,1% (0,9%) y del 6,9% (0,5%) al inicio del estudio; 8,8% (2,3%) y 7% (2,1%) en el momento de la hospitalización; 8,6% (1,5%)

y 7% (2,1%) después del alta, y 8,1% (1,4%) y 7% (2,1%) al final del estudio. No se observaron cambios de tendencia en el control glucémico. Las tasas de hipoglucemia notificadas fueron bajas, con diferencias mínimas antes, durante o después de la hospitalización.

Conclusiones: La mayoría de los participantes continuaron el tratamiento con icodec semanal a pesar de la hospitalización sin cambios sustanciales en HbA1c, ACG e hipoglucemia antes, durante o después de la hospitalización.

Presentada previamente en EASD 2023.

208. TOLERANCIA Y EFECTIVIDAD DE SEMAGLUTIDA ORAL EN LA VIDA REAL

R. Mico Cucart

Hospital Universitario de Araba.

Introducción: La semaglutida es el primer fármaco análogo GLP-1 administrable por vía oral que se ha aprobado por su efectividad en la reducción de la hemoglobina glicosilada y de peso en diabetes mellitus tipo 2. Sin embargo, uno de los principales problemas asociados que observamos en nuestra práctica clínica con los fármacos GLP-1 es el abandono terapéutico asociado a la intolerancia oral. El objetivo principal de este estudio es valorar la pérdida de peso y la reducción de la hemoglobina glicosilada en la vida real del Hospital Universitario de Araba. Como objetivos secundarios analizaremos la tolerancia del fármaco, así como los motivos de retirada de este.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, prospectivo de 50 pacientes en la práctica clínica habitual de nuestro hospital con diabetes mellitus tipo 2 e IMC > 30. En este estudio nos hemos limitado a observar y registrar algunos de los datos de interés como su analítica, peso y medicación al inicio, y tras este registro, hemos valorado su analítica y anotando su peso. Finalmente hemos hecho un control presencial a los 6 meses con analítica, peso, una encuesta para conocer como ha tolerado semaglutida, los eventos adversos que haya podido tener y las posibles causas, si lo ha dejado de tomar.

Resultados: Los datos han sido analizados por el sistema SPSS. Entre los datos más reseñables, se observa una pérdida de peso (-4,41 kg de media) y un descenso de hemoglobina glicosilada (-2,94 puntos de media) con resultados estadísticamente significativos.

Conclusiones: La semaglutida oral ha supuesto una nueva herramienta para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. En nuestra población el descenso del peso y de la HbA1c ha resultado estadísticamente significativo lo que demuestra la efectividad en vida real del fármaco teniendo en cuenta que un 24% ya se encontraba con otro GLP-1.

209. USO EN VIDA REAL DE PLUMAS INTELIGENTES DE INSULINA: SEGUIMIENTO TRAS 6 MESES

P. Lozano Martínez, E. Pérez Galende, G. González Fernández, C. Fernández Rivera, A. Gil Pascual y R. Urdániz Borque

Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: La introducción de plumas inteligentes de insulina ha supuesto un avance tecnológico en el tratamiento con insulina de la diabetes mellitus, aportando información sobre la adherencia al tratamiento. Aunque aparecen en guías de práctica clínica, la experiencia con su uso es limitada y su evidencia es baja.

Métodos: Estudio prospectivo, analítico, en el que se reclutaron a 121 pacientes y se introdujeron los sistemas NovoPen Echo Plus, NovoPen 6 o ambos. Se analizó la HbA1c y los parámetros glucométricos con el sistema Freestyle Libre de medición continua de glucosa al momento de introducir las plumas y a los 6 meses y las

características de los grupos que disminuyeron la HbA1c y el GMI tras los 6 meses con un punto de corte de 0,3 puntos. El análisis se realizó mediante t de Student para datos apareados o mediante test de Friedman según su distribución.

Resultados: Se analizaron los datos de 121 pacientes, el 47,1% (n = 57) varones, con edad media de $42,2 \pm 14,4$ años. Se introdujo el dispositivo NovoPen 6 en el 4,2% (n = 5) de los pacientes, NovoPen Echo Plus en el 77,5% (n = 93) y ambos dispositivos en el 18,3% (n = 22). El 5,1% (n = 6) diagnosticados de DM tipo LADA, 89,8% (n = 106) DM tipo 1 y 5,1% (n = 6) DM tipo 2. Se observó un aumento estadísticamente significativo del TBR < 54 mg/dl (0,52 vs. 0,62%) con $p = 0,048$, del número de escaneos (11 vs. 14) con $p = 0,01$ y del porcentaje de uso del lector (89,1 vs. 93,4%) con $p = 0,02$. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la HbA1c basal (8,16 vs. 7,37) con $p = 0,03$ en el grupo que redujo la HbA1c igual o más de 0,3 puntos tras los 6 meses.

Conclusiones: Tras la intervención, se produjo un aumento significativo del TBR < 54 mg/dl, del número de escaneos y del porcentaje de uso del lector. Además, el grupo que mejoró su HbA1c $\geq 0,3$ puntos partía de HbA1c basales más elevadas. El grupo que más se podría beneficiar de esta intervención son los pacientes con HbA1c basales más elevadas.

210. ESTRATIFICACIÓN DE DATOS DE GLUCOMETRÍA DE MONITORIZACIÓN CONTINUA EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DEL CONSENSO INTERNACIONAL DE LA ATTD SOBRE EL TIEMPO EN RANGO

M. Antequera González¹, M. Sanz Fernández², M. Mora Sitja² y L. Carrascón González-Pinto²

¹Endocrinología y Nutrición, Complejo Asistencial Universitario de León. ²Endocrinología Infantil, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: En febrero de 2019, durante el Congreso Advanced Technologies & Treatments for Diabetes (ATTD) se establecieron las recomendaciones del Consenso de la ATTD para aspectos relevantes de los datos de monitorización continua de glucosa (MCG).

Objetivos: Determinar el porcentaje de pacientes con diabetes tipo 1 (DT1) que cumple los objetivos de control glucémico según los Objetivos Clínicos para la Interpretación de Datos de MCG por consenso del Congreso ATTD.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de 144 pacientes pediátricos con DT1 seguidos en el Hospital Gregorio Marañón en abril de 2024. Se recogieron datos de MCG Freestyle Libre y se clasificaron las métricas según la guía de objetivos para la evaluación del control glucémico de las recomendaciones del consenso ATTD. Los datos se clasificaron mediante una página web (DaBT Care) creada por un grupo de trabajo andaluz presentada en el Congreso Nacional de Endocrinología y Nutrición de España en 2023.

Resultados: Se incluyeron 144 pacientes, 52,6% varones, con una media de edad de 12,9 (0,37) años. El TIR medio fue $56,5 \pm 25,8\%$ (cumpliendo objetivos ATTD 46/144), TBR nivel 1 medio fue $2,5 \pm 3,1\%$ (ATTD 62/144), TBR nivel 2 (< 54 mg/dL) fue $0,01 \pm 0,02\%$ (ATTD 95/144), TAR nivel 1, $20,3 \pm 12,4\%$ (ATTD 40/144), TAR nivel 2 fue 8,5 (17,3%) (ATTD 39/144). El GMI y el CV calculados fueron de 7,25 (0,8)% y 39,9 (8) respectivamente.

Conclusiones: Aproximadamente el 33% de los pacientes con DT1 en edad pediátrica cumplen objetivos de TIR, el 50% de TBR nivel 1, TAR nivel 1 y 2, respectivamente, y > 90% de TBR nivel 2. Por lo tanto, sería recomendable optimizar tanto el tratamiento como la educación diabetológica, de manera que permitan alcanzar mejoras en los resultados glucémicos de cara a evitar y/o retrasar la aparición de posibles complicaciones futuras.

211. ANÁLISIS DEL METABOLISMO ÓSEO EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y SU POTENCIAL RELACIÓN CON ENFERMEDAD VASCULAR SUBCLÍNICA

L. Ferrer Estopiñán¹, S. Martínez Couso², J. Rodríguez Domínguez², L. Gifré Sala³, A. Pérez Montes de Oca⁴, M. Marqués⁴, C. Puig Jové⁴ y E. Aguilera Hurtado⁴

¹Hospital German Trias i Pujol, Badalona. ²Servicio Laboratorio Hormonal, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ³Servicio de Reumatología, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital German Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: Los pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) presentan una elevada morbimortalidad cardiovascular y mayor riesgo de fracturas osteoporóticas vinculándose a una alteración de la densidad mineral ósea (DMO), la calidad ósea y de los mediadores del remodelado óseo.

Objetivos: Analizar la DMO, parámetros de calidad ósea y mediadores y correlacionarlos con las complicaciones microvasculares y la enfermedad cardiovascular subclínica (ECV).

Métodos: Se evaluaron 124 pacientes DM1 (edad: 30 -50, > 10 años evolución (62 sin ECV previa y 62 con ECV subclínica, apareados por sexo, edad, IMC; con grupo control (sin DM1 ni ECV subclínica) de 62 sujetos. A todos ellos se les realizó DMO, análisis de calidad ósea (Trabecular Bone Score TBS) marcadores de remodelado óseo (osteocalcina, P1NP, FAtotal, osteoprotegerina-OPG-, DKK1, esclerostina).

Resultados: Se analizaron 124 pacientes DM1, 78% hombres, edad media de 41 años (± 5) e IMC $26,5 \text{ kg/m}^2$ ($\pm 3,5$), media de evolución de la DM1 de 25 años ($\pm 7,9$), HbA1c media de 7,9% ($\pm 0,9$). Un 49% de los pacientes DM1 presentaban una DMO normal, un 24% osteopenia y un 27% una baja DMO. Un 59% de los controles mostraron una DMO normal, 15% osteopenia y 25% baja- DMO. Los valores en cuello y fémur total de los pacientes DM1 fueron inferiores. En relación al TBS, 15% de los pacientes DM1 presentaban TBS alterado y solo uno del grupo control (1,6%). Los pacientes DM1 presentaban valores más elevados de esclerostina, FA total. Los pacientes con DM1 y nefropatía presentaban mayores valores de OPG comparado con DM1 sin ECV. No se observaron diferencias significativas entre los valores de DMO, TBS en función de la presencia de ECV subclínica.

Conclusiones: El 66% DM1 presentan una disminución de DMO. Los pacientes DM1 presentaban mayores valores de esclerostina y FA destacando los mayores valores de OPG en el subgrupo de pacientes con nefropatía. Al contrario de lo esperado, no observamos diferencias en DMO, TBS y/o mediadores en función de la presencia, o no, de ECV subclínica.

212. RESULTADOS PERINATALES EN DIABETES GESTACIONAL CON SEGUIMIENTO A TRAVÉS DE TELEMEDICINA

I. Álvarez Reyes y M.J. Amaya García

Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

Introducción: La diabetes gestacional (DG) es definida como la hiperglucemia durante el segundo o tercer trimestre de gestación en mujeres que previamente no tenían DM. Su manejo requiere contactos frecuentes con las pacientes con el fin de mantener un control glucémico óptimo. La telemedicina podría suponer una mejora de la atención de esta patología.

Objetivos: Evaluar los resultados perinatales en el área de Salud de Cáceres tras la implantación de la telemedicina para la atención regular de la DG.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se han analizado las 150 pacientes valoradas al menos en una ocasión entre

mayo de 2023 y mayo de 2024, por ser diagnosticadas de DG o intolerancia a la glucosa. Se han seleccionado las gestaciones finalizadas, excluyendo gemelares.

Resultados: Se han evaluado 89 mujeres, con una edad media de 34,37 años y un IMC promedio de 29,08 kg/m². Los factores de riesgo maternos más destacados fueron: antecedentes familiares de DM (40,44%), prediabetes (5,61%), diabetes gestacional previa (16,85%), macrosomía en partos previos (2,25%) e IMC > 35 (39,32%). La edad gestacional media al parto fue de 38,16 semanas y el 37,07% fueron cesáreas. Se han hallado las siguientes complicaciones perinatales: preeclampsia (4,49%), rotura prematura de membranas (2,25%), hipoglucemia del recién nacido (6,74%), distrés respiratorio (2,25%) e ingresos en neonatología (14,6%).

Conclusiones: La implementación de la telemedicina para la atención regular la diabetes gestacional es segura, asociando una tasa de complicaciones perinatales similares a otras series con atención presencial.

213. SCORE DE COMPLEJIDAD EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE INICIO TEMPRANO EN CANARIAS

Y.M. Gil Quintana¹, Y. Ramallo Fariña², H. González Pacheco², B. Rodríguez Díaz², M.Á. García Bello², V. Dávila Batista³ y A.M. Wägner Fahlin⁴

¹Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias. ²Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. ³Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. ⁴Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con diagnóstico antes de los 45 años es un problema emergente poco descrito en España.

Objetivos: Comparar los indicadores de salud de la DM2 según la edad de diagnóstico.

Métodos: Estudio transversal poblacional de todas las personas con diagnóstico de DM2 en Canarias con datos extraídos de la historia clínica de atención primaria. Se define inicio temprano como diagnóstico antes de los 45. Se realizaron scores indicativos del nivel de complejidad combinando índice de masa corporal (IMC), hemoglobina glicosilada (HbA1c), perfil lipídico (PL) y presión arterial (PA) fuera de objetivo y se compararon los grupos según el inicio de la DM2 (t-test o χ^2). Están planificados ajustes por duración de la DM2 y sexo.

Resultados: Se incluyeron 147.382 personas con DM2 (51,7% hombres), 12% de inicio temprano, y edad media 69 ± 12 años. La DM2 de inicio temprano se asocia a mayor HbA1c (7,7 ± 1,8 vs. 7,0 ± 1,3%, p < 0,001) y glucosa basal (154 ± 65 mg/dl vs. 139 ± 48 mg/dl, p < 0,001), a pesar de más tratamiento con insulina (35,9 vs. 21,6%, p < 0,001), y peor PL (colesterol LDL (103,4 ± 36,6 vs. 93,9 ± 35,5%, p < 0,001); HDL (48 ± 13,9 vs. 49,6 ± 13,5%, p < 0,001) y triglicéridos (171,9 ± 152,2 vs. 152,9 ± 91,9%, p < 0,001)). Los pacientes con inicio temprano muestran mayor complejidad, con valores más frecuentemente fuera de objetivo para las combinaciones HbA1c e IMC (27,1 vs. 13%, p < 0,001), HbA1c y PL (30,1 vs. 14,2%, p < 0,001), HbA1c, IMC y TA (8,3 vs. 5%, p < 0,001), y HbA1c, PL y TA (8,9 vs. 5,5%, p < 0,001). [AMCW1] Queda pendiente el análisis multivariante.

Conclusiones: El diagnóstico temprano de la DM2 se asocia con peor control glucémico, perfil lipídico menos favorable y valores fuera de objetivo terapéutico con más frecuencia, sobre todo en lo que refiere a las combinaciones que incluyen HbA1c, IMC o PL, y en menor medida la TA. Estos resultados preliminares van a favor de una mayor complejidad y riesgo de complicaciones de este grupo poblacional.

Financiación: Beca Mapfre Canarias 2023. Ayuda SED 2024 a Jóvenes Investigadores. FPU.

214. REGRESSION FROM PREDIABETES TO NORMOGLYCEMIA IN SUBJECTS AT HIGH RISK OF TYPE 2 DIABETES

J.C. Lizarzaburu-Robles¹, A. Garro-Mendiola², M. Lazo-Porras³, A. Paniagua⁴, C. Vázquez⁴, S. Mas-Fontao⁵, I. Mahillo-Fernández⁶, F. Vento² and Ó. Lorenzo⁵

¹Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima, Perú, Programa de Doctorado, Universidad Autónoma de Madrid.

²Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, Lima, Perú.

³Crónicas, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

⁴Departamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ⁵Laboratorio de Nefrología, Hipertensión, Diabetes y Patología Vasculard, IIS-Fundación Jiménez Díaz, UAM, Madrid. ⁶Unidad de Bioestadística y Epidemiología, Hospital Universitario, Fundación Jiménez Díaz.

Introduction: Prediabetes state carries risk of cardiometabolic complication but also would define a risk state by itself. The regression of prediabetes to normoglycemia is accompanied by an improvement in cardiometabolic risk-factors. We evaluated the regression to normoglycemia (RNG) from prediabetes state in a high-risk sample at two hospitals, in Perú and Spain.

Methods: 477 patients with Impaired Fasting Glucose (IFG), were selected. 264 of them were able to complete a 5-year follow-up after performance an OGTT. IFG and/or HbA1c defined prediabetes, after OGTT, according to the American Diabetes Association. Prediabetes regression was considered if Fasting glucose < 100 mg/dl and HbA1c < 5.7% after follow-up. We describe the frequencies and associations using Student's t-test and χ^2 test. Odds ratio (OR) was estimated using logistic-regression with IC95%.

Results: Mean-age was 57 ± 11.4 and 67.8% were female. 43 subjects (16.3%) RNG, 142 (54%) remained in prediabetes and 78 (29.7%) progress to T2DM. We found a significant differences in basal glycemia (BG), basal-HbA1c, BMI and creatinine measurement when we compare the final status of the three groups at the end of the follow-up (p < 0.001, p = 0.030, p = 0.018 and p = 0.021 respectively). However, when comparing patients who RNG with those who remain in prediabetes, the significance was only in BG (p = 0.024). Finally, by logistic-regression analysis, we found positive association in the RNG group compared to those who did not, for BMI (OR 1.07, 95%CI (1.65-5.88); p = 0.047) and basal glomerular filtration rate (CKD-EPI) (OR 1.47, 95%CI (1.04-2.20); p = 0.008).

Conclusions: Several heterogeneous individual characteristics may contribute to the regression to normoglycemia in people with prediabetes. However, according to our results, BMI and CKD-EPI may be potential determinants of regression to normoglycemia in high-risk individuals with any specific intervention.

215. A PROPÓSITO DE UN CASO: LIRAGLUTIDA®: UN NUEVO HORIZONTE EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MONOGENICA HNF-1B

M. Ruiz de Ancos¹, C.M. Moreno Romero², J.V. Apolo Campoverde², B. Corredor Andrés², L. Remedios Mateo², B.M. Martínez Mulero¹, A.R. Gratacós Gómez¹, L. Manzano Valero¹, A. Castro Luna¹ y R. Revuelta Sánchez-Vera¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Toledo. ²Servicio de Pediatría, Sección Endocrinología, Hospital Universitario de Toledo.

Tabla P-215

Tiempo (meses)	0	1°	6°	12°	18°	24°
Glucemia promedio (mg/dL)	112	101	106	100	136	133
CV (%)	24,4	18,4	22,9	25	26	21,1
TIR (%)	97	100	99	99	89	93
TAR (%)	3	0	1	1	11	7
TBR (%)	0	0	0	0	0	0
HbA1c (%)	5,9		5,4			6,5
Dosis Liraglutida® (mg/día)	-	0,6	0,6	0,6	0,6	1,2

TIR (70-180 mg/dL), TAR (> 180 mg/dL), TBR (< 70 mg/dL).

Introducción: Entre las diabetes monogénicas, encontramos la diabetes asociada a quistes renales (RCAD), producida por una mutación en el gen HNF-1 β . Su tratamiento de elección es la insulina, sin embargo, Terakawa *et al.* (Medicine 2020) reportaron buena respuesta terapéutica a un arGLP-1. En el presente caso presentamos nuestra experiencia con Liraglutida® (arGLP-1) en un adolescente con RCAD.

Caso clínico: Varón de 12 años, en seguimiento por Nefrología por quistes renales, con mutación en el gen HNF-1 β ; derivado por glucemias elevadas en ayunas (129 mg/dL, y 175 mg/dL). Ante la sospecha de RCAD se realizó test de sobrecarga oral de glucosa que confirmó el diagnóstico (glucemia basal 129 mg/dL, a las 2 horas 267 mg/dL), con péptido C de 2,07 ng/mL, HbA1c 5,4% y autoinmunidad negativa. Se presentó en sesión clínica y se decidió iniciar tratamiento con arGLP-1 (Liraglutida®). Durante los dos años de seguimiento se evidenció la evolución que refleja la tabla. Tras el inicio de tratamiento se evidenció mejoría de control glucémico, sin aumentar el tiempo en hipoglucemia, y disminuyendo el coeficiente de variabilidad. Sin embargo, esta mejoría, no se mantuvo tras 18 meses; sin poder descartar razones ajenas al tratamiento, ya que el paciente ingresó en centro penitenciario. Durante el seguimiento presentó leve pérdida de peso, de hasta -1,23 DE, con un porcentaje de grasa de 17%.

Conclusiones: La Liraglutida® podría tratarse de una alternativa terapéutica beneficiosa y segura en el control glucémico, con menor riesgo de hipoglucemias que el tratamiento con insulina, pero cuyo efecto beneficioso podría ir disminuyendo, por lo que, son necesarios estudios con seguimiento a largo plazo.

216. ESTUDIO DE LA UTILIDAD DE LA FRUCTOSAMINA PARA EVALUAR EL CONTROL GLUCÉMICO A CORTO PLAZO

A. Puig Pérez, Á. Michael Ortiz Zúñiga, O. Simó Servat, P.A. Gil Millán, J. Amigó Farran, P. Costa Forner, M. Sánchez Bartres, R. Simó Canonge y C. Hernández Pascual

Endocrinología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La HbA1c continúa considerándose el principal marcador de control glucémico y predictor de complicaciones crónicas en pacientes con DM. Diversos estudios muestran una buena correlación de los niveles de HbA1c con la fructosamina (FRU) y el TIR. No obstante, no hay información sobre la relación de la FRU con el TIR y la glucosa promedio (GP) de 14 días determinadas por MCG.

Objetivos: Evaluar la correlación de la FRU con el TIR y la GP de 14 días en pacientes con DM1.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, de pacientes con DM1 en seguimiento en consultas de nuestro centro. Se obtuvo el

TIR y la GP (14 días) mediante distintos sensores de MCG (Free Style®, Guardian® y Dexcom®). Se determinó HbA1c y FRU el día posterior a la obtención del informe de MCG.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes (55,8% mujeres), con edad media de 44,8 \pm 14,35 años y con una duración de DM de 21,59 \pm 13,66 años. La media de HbA1c fue 7,31 \pm 0,89% y la de FRU 356,6 \pm 83,47 mmol/L. Ningún paciente presentó alteraciones en proteínas séricas ni en la función tiroidea que interfirieran en los valores de FRU y todos usaban el sensor más del 70% (93,79 \pm 9,32%). El TIR fue 62,23 \pm 17,05% y la GP 162 \pm 32 mg/dL. Se observó una correlación significativa de FRU con la HbA1c [0,64 (IC 0,56-0,74; p < 0,001)], el GMI [0,60 (IC 0,57-0,75; p < 0,001)], la GP [0,62 (IC 0,54-0,72; p < 0,001)], el TIR [0,56 (IC 0,49-0,65; p < 0,001)], el TAR tipo 1 (0,42 (IC 0,37-0,48; p = 0,005)) y el TAR tipo 2 [0,50 (IC 0,44-0,58; p < 0,001)]. La correlación de la HbA1c con el TIR fue 0,73 (IC 0,56-0,98; p < 0,001) y con la GP 0,83 (IC 0,72-0,95; p < 0,001).

Conclusiones: La FRU presenta correlación con el TIR y la GP. Sin embargo, la correlación de la HbA1c con estos parámetros glucométricos es mayor. Se requieren más estudios para evaluar si en población con un control glucémico menos estable, como pacientes hospitalizados, la utilidad de la FRU para evaluar el control glucémico a corto plazo durante la hospitalización podría ser mayor.

217. VARIACIÓN DEL CONTROL GLUCOMÉTRICO TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA HÍBRIDO DE ASA CERRADA TANDEM T:SLIM X2 CONTROL IQ EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

M. Castro Navarro, R.P. Cano Mármol, I. Ros Madrid, J. Pérez Bautista, A. Cano Martínez, A. Aragón Alonso, R.M. Campillo González y A.M. Hernández Martínez

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Los sistemas híbridos de asa cerrada constituyen una herramienta que puede proporcionar mejorías en el control glucométrico de los pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo 1.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo con muestreo de casos consecutivos. Se incluyeron pacientes diagnosticados de DM tipo 1 con al menos 12 meses de evolución e indicación de tratamiento con Infusión Subcutánea de Insulina (ISCI) en los que se inició el sistema de asa cerrada con el dispositivo Tandem T: Slim X2 Control IQ entre septiembre 2023 y abril 2024. Se compararon los principales parámetros glucométricos estandarizados previos al inicio del sistema y tras 6 meses del mismo.

Resultados: La muestra estaba compuesta por 28 pacientes, 46,5% varones y 53,5% mujeres. En cuanto a los valores glucométricos previos destaca una GMI media de $6,95 \pm 0,48\%$, TIR 67,4%, TAR 22,65%, TBR 4,25%. El tiempo con glucemia > 250 mg/dl fue de 7,66%, mientras que con glucemia < 54 mg/dl fue de 0,53%. El cociente de variabilidad (CV) medio fue de 37,4%. Tras 6 meses con el sistema de asa cerrada la GMI disminuyó a 6,73% (-0,22%). El TIR aumentó hasta 74,96% (+7,56%), mientras que el TAR descendió hasta 19,64% (-3,01%) y el TBR hasta 2,71% (-1,54%). El tiempo con glucemias superiores a 250 mg/dl se redujo a 2,85% (-4,81%) y el tiempo con glucemia inferior a 54 mg/dl hasta un 0,19% (-0,34%). El CV disminuyó a 31,44% (variación de 5,96%).

Conclusiones: En pacientes con DM tipo 1 en nuestro medio, el sistema de asa cerrada control iQ proporciona una optimización de los principales parámetros glucométricos, con especial tendencia a reducir el tiempo con glucemias superiores a 250 mg/dl e inferiores a 54 mg/dl.

218. CAMBIOS ESTEATOSIS MIOCARDIACA Y FUNCIÓN CARDIACA TRAS OPTIMIZACIÓN GLUCÉMICA DE SUJETOS CON DEBUT DE DM2

Á.J. Rosales Rojas¹, P. Gil², A. Teis³, M.T. Julián Alargada¹, B. Pedraz-Petrozzi⁴, J. Julve⁵, J. Sánchez⁶, D. Mauricio⁷, A. Pérez Pérez⁷ y N. Alonso¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. ³Cardiología, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁴Central Institute of Mental Health, Mannheim, Alemania. ⁵CIBERDEM, Barcelona. ⁶Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁷Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La esteatosis miocárdica (EMC) tendría un papel fisiopatológico en el inicio de cardiomiopatía diabética.

Objetivos: Evaluar cambios de EMC y función cardiaca tras 1 año de optimización glucémica en sujetos con DM2 recién diagnosticada.

Métodos: Se evaluó la EMC y la función cardiaca mediante resonancia magnética cardiaca con espectroscopia al debut y tras 1 año de optimización glucémica. Todos los participantes siguieron un protocolo institucional, iniciando con insulina glargina U-100, iDPP4 y metformina. Una vez estabilizada la glucemia, la insulina y el iDPP4 fueron suspendidos y se inicia iSGLT2. Se evaluaron parámetros antropométricos y bioquímicos.

Resultados: Se reclutaron 25 sujetos, 84% varones, edad media de $55 \pm 9,37$ años. Tabaco activo: 42%. OH: 30% - 3,9 UBE/día. HTA 42%. DLP 30%. Al debut, el IMC fue $33,3 \pm 6,78$ kg/m², el perímetro abdominal (P. Abd) $112 \pm 14,8$ cm y la HbA1c $11,3\% \pm 1,7$ y tras 12 meses de tratamiento: IMC de $31,5 \pm 4,56$ kg/m², la P.Abd $107,5 \pm 10,8$ cm y la HbA1c $6,4 \pm 1,0\%$ ($p < 0,05$). No se observaron diferencias en la EMC tras la optimización glucémica; sin embargo, hubo una interacción significativa con el IMC ($p = 0,027$, $\eta^2p = 0,29$), evidenciando que cambios el IMC correlacionan con cambios en EMC ($r = 0,58$, $p = 0,009$). Cambios en el IMC se asocian con mejoría del GLS de la aurícula izquierda ($p = 0,007$). La optimización glucémica mejoró la fracción de eyección biventricular y el volumen telesistólico ventricular derecho ($p < 0,05$).

Conclusiones: La optimización glucémica en sujetos con DM2 recién diagnosticada produce mejoría en parámetros de función cardiaca, independientemente de la reducción de EMC. La reducción del IMC resultó ser el único factor asociado con la disminución de EMC. Esto subraya el papel crucial del tratamiento de la obesidad desde el inicio de la DM2 en la mejora de la salud cardiometabólica.

219. IMPACTO DEL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA FLASH SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA-DEPRESIVA Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

M.I. Tamayo Pozo¹, M.P. Sanchís Cortés², J. Nicolau Ramis¹, M. Puga Higuera¹, R. Puigserver Bibiloni¹, I. Rodríguez Rodríguez¹, L.A. Gómez Gómez¹, A. Pujol Calafat¹ y L. Masmiquel Comas¹

¹Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca.

²Universidad de las Islas Baleares.

Introducción: Los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) tienen una probabilidad dos veces mayor de padecer de depresión que los pacientes sin diabetes. Niveles altos de sintomatología ansiosa-depresiva disminuyen la calidad de vida de pacientes con diabetes. La monitorización continua de glucosa (MCG) con el sistema flash FreeStyle Libre presupone una mejora en el control glucémico y en la calidad de vida de los pacientes con DM1. El objetivo principal es determinar la evolución los niveles de hemoglobina glicosilada, la calidad de vida y la sintomatología ansioso-depresiva con el uso del MCG a los 6 y 12 meses con respecto al momento basal.

Métodos: 80 pacientes mayores de 16 años con DM1 que han realizado un programa de educación diabetológica presencial en la consulta de enfermería del Servicio de Endocrinología y Nutrición en el Hospital Universitario Son Llàtzer (HUSLL). Se ha realizado una evaluación basal antes de la inserción del primer sensor, a los 6 y a los 12 meses, donde se ha recogido la hemoglobina glicosilada (HbA1c), la sintomatología depresiva con el BDI-II, la sintomatología ansiosa con el BAI y la calidad de vida con el ViDa1.

Resultados: Los valores de HbA1c se mantuvieron estables ($7,84 \pm 1,08$ vs. $7,80 \pm 0,84\%$; $p = 0,715$). La sintomatología depresiva mejoró significativamente ($10,0 \pm 8,5$ vs. $8,1 \pm 7,6$; $p < 0,05$). En relación con la calidad de vida se ha observado diferencias significativas con respecto al valor basal en el autocuidado ($37,8 \pm 8,5$ vs. $40,1 \pm 8,1$; $p < 0,05$) y en preocupación por la enfermedad ($16,4 \pm 5,0$ vs. $14,4 \pm 5,3$; $p < 0,05$). Se observó una disminución significativa en el número de hipoglucemias, como también una disminución del % de TBR (54-70%) ($p < 0,05$).

Conclusiones: El uso del MCG disminuye el número y tiempo de hipoglucemias. También se ha observado una mejora significativa en la sintomatología depresiva y la calidad de vida, aumentando el autocuidado y disminuyendo la preocupación por la enfermedad.

220. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIABETES TIPO LADA EN EL ÁREA I DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA

J. Pérez Bautista, M. Castro Navarro, R.P. Cano Mármol, I. Ros Madrid, A. Aragón Alonso y A. Cano Martínez

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

En nuestro estudio descriptivo realizado sobre una muestra de 84 pacientes catalogados como diabéticos tipo LADA pertenecientes al Área I de salud de la Región de Murcia, encontramos los siguientes datos demográficos: Mayor prevalencia de mujeres (52,3%) respecto a hombres (47,7%) y una edad media al diagnóstico de 57 años (37-91 años). En cuanto a la comorbilidad, una prevalencia de 10,7% de enfermedades autoinmunes concomitantes, siendo la más frecuente la tiroiditis de Hashimoto, y una mayor frecuencia de complicaciones microvasculares (21,4%, siendo la más frecuente la nefropatía diabética) que macrovasculares (5,9%). En relación al perfil de autoinmunidad, el 73,8% presentaban Anticuerpos positivos siendo el más prevalente el anti-GAD (90,3% de los Ac+). Respecto a las necesidades de insulina de esta población, encontramos unos niveles medios de péptido C de 1,11 mmol/L al diagnóstico y un tiempo medio hasta la

insulinización de 2,19 años desde el diagnóstico, datos que nos refuerzan la idea de una reserva pancreática moderadamente preservada en estos pacientes. Tan solo 4 pacientes no han requerido insulina hasta la fecha. La diabetes tipo LADA tiene una prevalencia entre el 2-12% de los adultos diagnosticados de DM. No hay acuerdo sobre si la Diabetes tipo LADA es una entidad aislada o pertenece a un subtipo de DM tipo I con una destrucción más lenta de células pancreáticas. Por definición, los diabéticos tipo LADA tienen células beta funcionantes al diagnóstico, por lo que la insulinización puede ser más tardía y progresiva en estos pacientes respecto a los Diabéticos tipo I. Los niveles de péptido C nos pueden ayudar a orientar el diagnóstico, así como el manejo terapéutico de estos pacientes.

221. VARIABILIDAD DEL CONTROL GLUCÉMICO DURANTE LAS FASES DEL CICLO MENSTRUAL EN MUJERES CON DIABETES TIPO 1: DESEMPEÑO DE UN SISTEMA HÍBRIDO DE ASA CERRADA

D. Lozano Acosta, T. Rojas López, P. Hierro García, M. Torres Guerra, E. García Pérez de Sevilla, N. Hillman Gadea, Ó. Moreno Domínguez, B. Barquiel Alcalá y N. González Pérez de Villar

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Actualmente existe escasa evidencia científica acerca de la influencia del ciclo hormonal femenino sobre el control glucémico en pacientes con diabetes tipo 1 (DT1) y sus implicaciones en el tratamiento. Este estudio pretende evaluar la variabilidad en el control glucémico y de las necesidades de insulina durante el ciclo menstrual en mujeres con DT1 tratadas con un sistema híbrido de asa cerrada (HCL).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de mujeres en edad premenopáusica con DT1 y en tratamiento con HCL MiniMed™ 780G. Se recogieron y compararon los datos de monitorización continua de glucosa (MCG) y de la administración de insulina de las fases lútea tardía (FLT) (días -7 a -1) y folicular temprana (FFT) (días 1 a 7) de 3 ciclos menstruales de cada participante.

Resultados: Se incluyeron 48 ciclos de 17 mujeres con una media de edad de $39,9 \pm 6,3$ años con DT1 de $30,1 \pm 9,7$ años de evolución y un IMC medio de $25,7 \pm 3,6$ kg/m². Durante la FLT se obtuvo un menor %TIR (80,7 vs. 82,7) ($p < 0,05$) y mayor %TAR (17,3 vs. 14,6) ($p < 0,01$) con una glucosa promedio más elevada (141,4 vs. 135,5 mg/dL) ($p < 0,01$). En la FFT se observó mayor %TBR (2,8 vs. 2,0) ($p < 0,01$). La dosis diaria total de insulina (DDT) fue mayor durante la FLT (33,1 vs. 32,0 UI) ($p < 0,05$) a expensas de insulina prandial (19,5 vs. 18,6 UI) sin diferencias en insulina basal ni en bolos de autocorrección.

Conclusiones: Las mujeres con DT1 en tratamiento con HCL presentaron un peor control glucémico durante la FLT y mayores necesidades de insulina, a expensas de insulina prandial. Además, presentaron un mayor tiempo en hipoglucemia durante la FFT.

222. VALORACIÓN DE LOS CAMBIOS EN EL CONTROL GLUCÉMICO AL AUMENTAR LA PROPORCIÓN DE INSULINA PRANDIAL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1

R. Vegara Fernández, J.A. Rosado Sierra, M.F. Reinoso Gomezcoello, H. Urriza Blazquez, M. Merino Viveros, G. Guijarro de Armas, P. Iglesias Bolaños, M. Durán Martínez, C. Navea Aguilera e I. Pavón de Paz

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Getafe.

Introducción: La “sobrebasaización” se ha estudiado en pacientes con DM 2 y se trata de una dosis de insulina basal excesiva que no aporta beneficio.

Objetivos: Valorar la influencia de aumentar la proporción de la insulina prandial sobre el control glucémico en pacientes con DM 1.

Métodos: Estudio observacional-transversal de pacientes con DM 1 portadores de MCG en seguimiento en los centros de especialidades asociados al Hospital Universitario de Getafe. Recogimos variables demográficas, tratamiento, comorbilidades y datos glucométricos, al inicio de la MCG y pasados 1 y 2 años. Las variables cuantitativas fueron expresadas como media y desviación estándar; las cualitativas como porcentaje. Para ver la relación la glucométrica y la ratio insulina prandial/basal, se utilizó el test de t de Student o el de Fisher Pitman. Para ver la relación entre las comorbilidades y la ratio insulina prandial/basal se utilizó el test de ji cuadrado o el exacto de Fisher.

Resultados: Analizamos 190 pacientes (51% mujeres) con una media de 22 años de evolución de DM 1 y HbA1c media de 7,47%. El 75,93% tenían al inicio una ratio insulina prandial/basal < 1 . No se objetivan diferencias estadísticamente significativas en los datos de glucometría ni comorbilidades entre los dos grupos al inicio del estudio. En los datos recogidos al año y a los dos años y tras aumentar la proporción de insulina prandial sin llegar a una ratio de 1, no se objetivan diferencias significativas. Al año del inicio de la MCG y al aumentar la ratio insulina prandial/basal hasta > 1 , se objetiva mejora del TIR (59,5 vs. 67,5%) y disminución del tiempo en hiperglucemia. El análisis a los dos años es similar, mostrando además una disminución del tiempo en hipoglucemia un 1%.

Conclusiones: Pese a que no hemos encontrado resultados estadísticamente significativos dado el pequeño tamaño muestral; el aumento de la proporción de insulina prandial podría ser una estrategia para mejorar el control glucémico.

223. HIPERGLUCEMIA INDUCIDA POR ENFORTUMAB VEDOTINA: EVALUACIÓN E IMPACTO CLÍNICO EN NUESTRO CENTRO

S. Jiménez-Blanco¹, P. Toquero Díez², R. Martínez Hernández¹, V. Navas Moreno¹, A. Justel Enriquez¹, E. Carrillo López¹, C. Sager La Ganga¹ y A. Arranz Martín¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ²Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción: Enfortumab vedotina (EV) es un agente terapéutico utilizado en el cáncer urotelial avanzado. Se han reportado casos de hiperglucemia en pacientes tratados con este fármaco, pero el mecanismo subyacente a esta complicación metabólica aún no está aclarado, lo que representa un desafío clínico significativo. El objetivo de este trabajo es determinar la incidencia, el impacto clínico y las características de la hiperglucemia en los pacientes tratados con EV en nuestro centro.

Métodos: estudio observacional retrospectivo de 10 pacientes que inician tratamiento con EV entre octubre de 2022 y marzo de 2024 en el Servicio de Oncología Médica de nuestro hospital. Los datos se obtienen a través del programa de historia clínica informatizada HCIS® y el análisis estadístico se realiza con GraphPad Prism 9.

Resultados: la edad media de la muestra es de $70,6 \pm 7,6$ años y el 50% son mujeres. El 20% son fumadores activos, el 80% tienen hipertensión arterial y el 40% hipercolesterolemia. El índice de masa corporal (IMC) medio pretratamiento es de $27 \pm 4,5$ kg/m² y la hemoglobina glicada (HbA1c) media de $5,4 \pm 0,3\%$. Tras iniciar EV el 30% precisa tratamiento con hipoglucemiantes orales (metformina ± inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4) por hiperglucemia leve, con niveles de péptido C elevados ($9,7 \pm 3,2$ ng/mL) y autoinmunidad pancreática negativa. Se evidencia un incremento leve de la HbA1c postratamiento ($5,7 \pm 0,6\%$). No se observa correlación entre la administración de EV y la aparición de hiperglucemia grave o descompensaciones agudas. Ningún paciente suspende el fármaco ni fallece por hiperglucemia.

Conclusiones: EV no ha desencadenado descompensaciones hiperglucémicas agudas graves en nuestra cohorte y la hiperglucemia leve se ha controlado con antidiabéticos orales. Es mandatorio continuar la vigilancia y evaluar más pacientes para conocer la incidencia real, el manejo de la hiperglucemia asociada y su impacto en la calidad de vida y en los resultados clínicos.

224. EFECTOS DE LA DIABETES TIPO 2 EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS DE RECUPERACIÓN OPTIMIZADA (ERAS) TRAS LA CIRUGÍA COLORRECTAL

A.M. Moyano Sánchez¹, P. Vera González¹, A.D. Herrera Martínez¹, E.M. Torres Tordera², A. Castellano López², M.J. Molina Puerta¹ y M.Á. Gálvez Moreno¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El protocolo de recuperación optimizada (ERAS) es un conjunto de estrategias multimodales perioperatorias basadas en la evidencia, que buscan la modulación de la inflamación y la respuesta hipermetabólica a la cirugía con el objetivo de reducir las complicaciones posoperatorias y la duración de la estancia hospitalaria.

Objetivos: Determinar los efectos de la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) sobre la estancia posoperatoria y las complicaciones perioperatorias tras la cirugía colorrectal siguiendo un protocolo ERAS en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes que se sometieron a cirugía colorrectal electiva entre enero de 2021 a diciembre de 2023.

Resultados: Se evaluaron 537 pacientes, 64,8% varones (n = 348). 21,97% (n = 118) presentaban DMT2. Edad media a la cirugía 71,7 años en pacientes con DMT2, 64,7 años en pacientes sin DMT2 (p < 0,05). La primera determinación de glucemia en ayunas poscirugía fue mayor en pacientes con DMT2 frente a no DMT2 (155,8 vs. 97,6 mg/dl, p < 0,05). No hubo diferencias significativas en la estancia hospitalaria de los pacientes con DMT2 (6,4 ± 4,6 días) comparados con aquellos sin DMT2 (6,7 ± 6,9 días) (p = 0,67). No se observaron diferencias significativas en la tasa de complicaciones perioperatorias (tasa de reintervención, infección de la herida quirúrgica, dehiscencia de la herida, vómitos posoperatorio, neumonía, shock y fallecimiento) entre ambos grupos. Entre los sujetos del grupo DMT2, la HbA1c preoperatoria ≤ 7,0% o > 7,0% no influyó en la estancia hospitalaria (6,6 ± 4,9 frente a 5,9 ± 4,2 días, p = 0,46) ni en ninguna de las complicaciones analizadas (p > 0,05).

Conclusiones: Entre los pacientes sometidos a cirugía colorrectal en el marco del protocolo ERAS, la presencia de DMT2 no se asoció a una mayor duración de la estancia ni a una mayor tasa de complicaciones perioperatorias. Una HbA1c preoperatoria > 7% no afectó a la duración de la estancia hospitalaria en los pacientes con DMT2 ni a sus complicaciones.

225. MEJORÍA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1 MEDIANTE EL PROGRAMA DE ENLACE DE PSICOLOGÍA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD

M. Pasarón Fernández¹, C. Gándara Gutiérrez¹, G.O. Puente Barbé¹, L. Nozal García¹, R. Carbonell Hernández¹, M. Ablanedo Mingot², M.J. García Arias², R. Rodríguez Escobedo³, F.I. Ibáñez Pascual⁴ y M. Riestra Fernández³

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. ²Unidad metabólica, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición,

Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Grupo de investigación en Endocrinología, Diabetes y Obesidad, Instituto de Investigación del Principado de Asturias, Oviedo. ⁴Servicio de Salud Mental, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón.

Introducción: En el año 2019 se incorporó en nuestro hospital un programa de atención a la Salud Mental específico para personas con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). El objetivo de este estudio es describir las características de las personas atendidas en dicho programa y la repercusión en el control metabólico de la DM1.

Métodos: Se han incluido aquellas personas con DM1 atendidas en el programa de enlace de psicología clínica entre los años 2019-2023. Se excluyeron del análisis aquellos pacientes derivados en el momento de debut de la enfermedad. Se ha comparado el control metabólico antes y a los 6-12 meses de la primera consulta. Se ha realizado una encuesta al personal médico y de enfermería para valorar su satisfacción con el programa.

Resultados: Se han incluido 27 personas (70,4% mujeres) con edad media de 39 ± 13,5 años. Los motivos de consulta más frecuentes fueron ansiedad o depresión en relación con la DM1 (51,9%), mal control metabólico (22,2%) y miedo a las hipoglucemias (18,5%). El 60% de los encuestados ha percibido mejoría en la calidad de vida de los usuarios y en la forma de afrontar la enfermedad. El 90% derivarían a mayor número de pacientes si los recursos fueran mayores.

	Previo	6-12 meses Post	p
HbA1c%	8,50 [7,50-9,25]	7,85 [7,05-9,03]	0,177
GMI%	8,10 [7,50-8,68]	7,60 [7,15-8,75]	0,034
TIR* 70-180**	584 (345)	665 (400)	0,045
TAR1* > 180**	365 (194)	334 (192)	0,294
TAR2* > 250**	317 [158-447]	187 [50,3-418]	0,106
TBR1* < 70**	0 [0-36]	7,50 [0-43]	0,467
TBR2* < 54**	0 [0-0]	0 [0-0]	0,931

*Minutos **mg/dl.

Conclusiones: La intervención psicológica en pacientes con DM1 puede mejorar el control metabólico de la enfermedad y es percibido como beneficioso por el personal sanitario. La valoración psicológica es una herramienta útil en la atención a la DM1.

Una primera valoración de este programa fue presentada en el Congreso de la Sociedad Española de Diabetes de 2024. Esta comunicación amplía la previa y permite una mejor valoración del proyecto.

226. ¿TENEMOS EN CUENTA EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1? ESTUDIO OBSERVACIONAL Y DESCRIPTIVO EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS

K.D. Díaz Gorrín, P. León González, A.P. León Ocando, Ó. Quintero Rodríguez, S. Rodríguez Fernández, J. Panizo Fra, I. Aznar Ondoño y J.I. Márquez de La Rosa

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad metabólica crónica con elevado riesgo cardiovascular (RCV) en la que además de tener un buen control glucémico, se deben controlar los demás factores de RCV para disminuir el riesgo de complicaciones crónicas micro y macrovasculares.

Objetivos: Determinar si los pacientes en seguimiento en consultas de Endocrinología en el Complejo Hospitalario Universitario de Cana-

rias (CHUC) presentan cifras de LDL en el rango objetivo según su grupo de RCV y si tienen pautada alguna estatina. Conocer datos descriptivos de la población (edad, sexo, años de evolución de la DM).

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal sobre 89 pacientes en seguimiento en consultas externas de Endocrinología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). Se tomaron como referencia la última consulta y analítica de los pacientes que acudieron a consultas entre enero y mayo de 2024.

Resultados: La población tenía una edad media de 40,87 años, siendo un 52,8% mujeres y un 47,2% hombres, con $22,4 \pm 1,2$ años de evolución de DM1. Siguiendo las guías europeas, la estratificación del RCV de la población fue: muy alto el 61,8%, alto el 25,8% y moderado el 12,4%. La cifra de LDL determinada en la última analítica de los pacientes fue de < 55 mg/dl en el 4,5%, 55-69 mg/dl en el 12,4%, 70-99 mg/dl en el 30,3%, 100-115 mg/dl en el 19,1% y > 115 mg/dl en el 33,7%. Según su grupo de RCV, el porcentaje de pacientes que se encontró dentro de rangos objetivo de LDL fue: 5,4% en el grupo de riesgo muy alto, 17,39% en el grupo de riesgo alto y 36,36% en el grupo de riesgo moderado. Solo el 32,6% de la población tenía pautada una estatina.

Conclusiones: En la mayoría de los casos, la cifra de LDL de los pacientes no se encontraba dentro del rango objetivo de su grupo de RCV. Proponemos reflejar en la historia clínica el grupo de RCV del paciente y abordar el tratamiento hipolipemiente como parte del manejo metabólico integral de los pacientes con DM1.

227. EVOLUCIÓN EN LA UTILIZACIÓN Y RESULTADOS HOSPITALARIOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN ESPAÑA, 2016-2022

A. López-de-Andrés¹, J.J. Zamorano-León¹, N. Cuadrado-Corrales¹, D. Carabantes-Alarcón¹, V. Hernández-Barrera², J. de-Miguel-Diez³, A. Jiménez-Sierra⁴ y R. Jiménez-García¹

¹Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. ²Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid. ³Hospital Gregorio Marañón, Madrid. ⁴Universidad San Pablo CEU, Madrid.

Introducción: El impacto de la diabetes tipo 2 (DM2) y de la obesidad han sido relevantes en el auge de la cirugía bariátrica. Entre las técnicas de cirugía bariátrica más utilizadas destaca la gastrectomía en manga (GM) así como el *bypass* gástrico en Y de Roux (BPG-YR). A lo largo del tiempo, la utilización de estas técnicas ha ido cambiando. El objetivo de este estudio es evaluar la incidencia en la hospitalización en pacientes con DM2 sometidos a cirugía bariátrica en España entre 2016 y 2022.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de base poblacional utilizando como fuente de datos el Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD). Se analiza, entre otras variables, la severidad de la intervención (admisión en la unidad de cuidados intensivos o mortalidad intrahospitalaria).

Resultados: Se han realizado un total de 9.287 intervenciones de cirugía bariátrica en pacientes con DM2, 60,67% correspondieron a BPG-YR y 39,33% a GM. La incidencia de la cirugía bariátrica aumentó a lo largo del periodo de estudio (19,61 y 15,12 por 100.000 habitantes en 2016 para BPG-YR y GM, respectivamente vs. 36,03 y 19,02 en 2022). La incidencia de la cirugía bariátrica es mayor en las mujeres que en los hombres para BPG-YR: (IRR 1,89; IC95% 1,79-2,00) y para GM: (IRR 1,72; IC95% 1,61-1,84). La gravedad de BPG-YR fue de 9,55% y la de GM fue de 13,47%.

Conclusiones: En España, entre 2016 y 2022, el número de procedimientos realizados de cirugía bariátrica está aumentando entre los pacientes con DM2. Se realizan más intervenciones en las mujeres y el procedimiento más frecuente es el BPG-YR.

Acción financiada por la Comunidad de Madrid a través del Convenio Plurianual con la Universidad Complutense de Madrid en su línea Programa de Excelencia para el profesorado universitario, en el marco del V PRICIT (V Plan Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica).

228. IMPACTO DEL ESTILO DE VIDA Y ANGUSTIA POR ENFERMEDAD EN EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1

P. Pérez Reyes¹, D.L. Marginean¹, V. Torres Herrera² y R. Palomares Ortega¹

¹UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Universidad de Córdoba.

Introducción: Este estudio pretende analizar la relación entre el control glucémico de pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) y la adherencia a dieta mediterránea, dieta por raciones, intensidad de ejercicio físico y angustia por enfermedad.

Métodos: Estudio analítico, observacional y transversal en personas con DM1, portadores de monitorización continua de glucosa del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Se analizaron variables glucométricas durante 90 días, coincidiendo con la determinación de HbA1c, y los datos de tres cuestionarios: Internacional de Actividad Física (IPAQ), Cumplimiento de la Dieta Mediterránea (Predimed) y Escala de Angustia por DM1 (DDS-1). Análisis estadístico realizado con SPSS v.25.

Resultados: 202 pacientes (47,5% hombres, 52,5% mujeres) con DM1, con una edad media de $40,27 \pm 11,44$ años, un IMC de $26,37 \pm 4,51$ kg/m² y un tiempo medio de evolución de la DM1 de $20,03 \pm 10,47$ años. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre GMI (durante 90 días, en concordancia con HbA1c) y actividad física ($p = 0,010$). No se encontraron diferencias significativas entre GMI y grado de angustia por enfermedad, adherencia a dieta mediterránea ni dieta por raciones ($p = 0,069$; $p = 0,098$; $p = 0,892$; respectivamente). En cuanto a las hipoglucemias, también se encontraron diferencias significativas entre GMI y actividad física ($p = 0,020$). No se encontraron diferencias entre hipoglucemias y grado de angustia por enfermedad, adherencia a dieta mediterránea ni dieta por raciones ($p = 0,592$; $p = 0,944$; $p = 0,831$; respectivamente).

Conclusiones: En nuestra muestra, la actividad física moderada se relaciona con mejor control glucémico con respecto al GMI, y una mayor intensidad del ejercicio aumenta el tiempo en hipoglucemia. La adherencia a dieta mediterránea, la dieta por raciones y la angustia por enfermedad no influyen en el control glucémico de nuestra muestra.

229. EFECTO SOBRE DIETA MEDITERRÁNEA, ACTIVIDAD FÍSICA, GLUCEMIA Y PESO DEL TALLER PARA PERSONAS CON ALTO RIESGO DE DIABETES TIPO 2 DE MADRID SALUD EN 2023

D. Ochoa Esteban¹, N. Calle Fernández², C. Berlinches Zapero¹, M. Caballero Jáuregui¹, M.J. Majárrez Arias¹, M. Martínez Cortés¹, R. Pino Díaz¹, S. Pino Vega¹, V. Sanz Martín¹ y S. Sanz Martín Villamuelas¹

¹SG de Prevención y Promoción de la Salud, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid. ²Unidad de Diabetes, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

Introducción: La adherencia a la dieta mediterránea promueve la salud y reduce la prevalencia de enfermedades crónicas. El programa de Alimentación, Actividad Física y Salud (ALAS) desarrolla

una intervención en personas con alto riesgo de diabetes desde el 2011. Su objetivo es reducir el peso, mediante la mejora de hábitos de alimentación y actividad física para prevenir diabetes.

Objetivos: Evaluar el efecto de la intervención en la adherencia a la dieta mediterránea, actividad física, estatus glucémico, peso y perímetro abdominal de las personas participantes.

Métodos: Evaluamos a 64 hombres y 281 mujeres de 35-69 años con IMC \geq 27 que participaron en la estrategia de alto riesgo en 2023. La intervención combina visitas individuales y taller grupal estructurado de 10 sesiones de 2h durante 6 meses. La adherencia a dieta mediterránea se evaluó con el índice MEDAS (14 ítems, 0-14 puntos) y la actividad física con el cuestionario IPAQ.

Resultados: Al inicio, la media de MEDAS fue de 8 puntos (adherencia moderada). Se observó baja ingesta de frutas ($>$ 3/día 21,7%), legumbres ($>$ 3/semana 17%), verduras ($>$ 2/día 27,8%) y pescados ($>$ 3/semana 52,2%) y una alta ingesta de carnes rojas y procesadas (\geq 1/día 61%). Tras el taller el 58,8% mejoró 2+ puntos el MEDAS (aumento medio de 2 puntos), el 64,3% pasó de actividad física baja a moderada-alta, el 35,6% perdió un 5% o más de peso (media de 3,9 kg), el 77% disminuyó perímetro de cintura (media de 4,6 cm) y el 18,6% de personas con prediabetes normalizaron glucemia.

Conclusiones: El consumo de algunos grupos de alimentos típicamente mediterráneos, como verduras, frutas y legumbres, sigue siendo bajo, mientras que el consumo de carnes rojas es alto. La mejora de hábitos, entre ellos, el aumento en dos puntos el índice de adherencia a la dieta mediterránea (MEDAS) a través de un taller estructurado de educación grupal, puede ser una estrategia factible para mejorar la salud de personas con alto riesgo de diabetes tipo 2 con sobrepeso u obesidad.

230. CONTROL GLUCÉMICO EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS CON DIABETES TIPO I

I. Jiménez Varas¹, L. Ávila Antón¹, P. Abad¹, N. Sánchez-Maroto¹, I. Serrano², M. Díez Esteban¹, A.P. Loscos Sanz¹, I. Sanz Graciani¹, M.V. Partida Menéndez¹ y M. Cuesta Hernández¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Servicio de Estadística, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El número de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) de edad avanzada está en aumento y supone todo un reto mantener un buen control glucémico en este grupo poblacional dada su heterogeneidad.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Con la conformidad del Comité Ético, se recogieron los datos clínicos y demográficos de 49 pacientes mayores de 65 años con DM1.

Resultados: Se han incluido pacientes entre 65 y 85 años. El 75% sigue tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI) y monitorización de glucosa, mientras que el 25% se beneficia de la terapia con sistemas híbridos de asa cerrada (780G). La variable principal a estudio es el tiempo en rango (TIR), cuyo valor medio a los 6 meses del tratamiento en el grupo de 780G, es del 79,80%; con una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p = 0,010$). Además, se observan mejoras en la HbA1c posterior al tratamiento, siendo la media de 7,37% en el grupo 1 (MDI) y 7,03% en el grupo 2 (780G), con una disminución estadísticamente significativa para el segundo grupo respecto a la HbA1c previa al tratamiento (diferencia de 0,52%; $p = 0,011$).

Conclusiones: El uso de sistemas de asa cerrada como es 780G en personas mayores es seguro y supone una mejora del control glucémico, más eficaz clínicamente que otras terapias hasta ahora utilizadas.

231. OBJETIVOS GLUCÉMICOS ESTRICTOS EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN DM1 CON SISTEMAS HÍBRIDOS DE ASA CERRADA (SHAC)

A.C. Rodríguez Dehli, A. Pérez Pérez, R. García García, J. Pérez Gordón, B. Mayoral González, M. Cortés Suárez, G. Sala Álvarez del Manzano e I. Riaño Galán

Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: Un buen control de la DM1 durante la infancia y adolescencia es fundamental no solo para la prevención de complicaciones sino también para un adecuado crecimiento y desarrollo. Actualmente se plantea la posibilidad de unos objetivos más estrictos durante esta etapa: HbA1c $<$ 6,5% en pacientes individualizados si pueden lograrse sin hipoglucemia significativa u otros efectos adversos del tratamiento (ADA 2024) y tiempo en rango estrecho (TIER) entre 70-140 mg/dL.

Objetivos: Valorar la optimización de tratamiento con SHAC aplicando los nuevos criterios: HbA1c $<$ 6,5% y TIR 70-140 mg/dL. Estudio retrospectivo de los pacientes $<$ 18 años con DM1 con SHAC de una Unidad de Diabetes Pediátrica acreditada.

Resultados: La muestra está constituida por 47 pacientes, 21 varones, con edad de 2 a 17 años (media 11,4 años, 29 entre 2-13 años y 18 entre 14 y 17 años). El tiempo medio desde el debut fue 7,6 años (rango 1-14 años). La HbA1c media fue 6,9% (rango 5,7-9%), 12 $<$ 6,5%, 15 entre 6,5-7%, 10 entre 7-7,5% y 10 \geq 7,5%. El TIER 70-140 mg/dL $>$ 50% fue del 45,6%, y $>$ 55% en el 28,3%.

Conclusiones: Las nuevas tecnologías con los sistemas híbridos de asa cerrada permiten optimizar el control de la DM1 en la infancia y adolescencia, alcanzando unos objetivos glucémicos más estrictos, con los beneficios para la salud a largo plazo incluyendo en el desarrollo cerebral, la función cognitiva, el estado de ánimo y la calidad de vida.

232. EFECTIVIDAD DE SEMAGLUTIDA ORAL EN VIDA REAL EN MUJERES CON DIABETES TIPO 2: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO A MEDIO PLAZO (WOMEN_ENDO2S-RWD)

R. Reyes García¹, C. Guillén Morote², C. Casado Cases³, J. Cárdenas³, I. Modrego Pardo⁴, N. Arias Mendoza⁵, C. Tejera Pérez⁶, J.C. Fernández García⁷ y Ó. Moreno-Pérez⁸

¹Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²Departamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante. ³Departamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

⁴Departamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. ⁵Departamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario de Elda. ⁶Departamento de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. ⁷Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁸Departamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante, Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, Alicante.

Introducción: El beneficio clínico de los arGLP1 en la diabetes tipo 2 (DM 2) puede ser diferente según el género.

Métodos: Estudio observacional multicéntrico retrospectivo de pacientes con prescripción de SEMAo en España (11.2021-11.2022). Estadística: prueba de Wilcoxon para datos pareados, modelos de regresión logística multivariante [OR ajustado (IC95%)]. Aprobación comité de ética Ref.: 2022-0386.

Resultados: 468 mujeres con DM2 (46% de la muestra global), mediana de edad 62 [54-71] años, IMC 34,4 [31,2-40,1] Kg/m², evolución de la DM2 7 [2,0-12,7] años, HbA1c 7,7 [6,8-8,6]%, 17,6% ECV, 39,2% ERC. El tratamiento se suspendió en el 18,5% de los casos (intolerancia digestiva en la mitad de los casos). No eventos adversos graves. Principales resultados clínicos (reducción). A los 3-6 meses: HbA1c 0,7 [0,1-1,3]%, 4,6 [2,0-7,9]% de pérdida de peso corporal (13,7% porcentaje pérdida ponderal > 10%) y PAS 5 [1,0-19,5] mmHg, todos p < 0,001. A los 6-12 meses: HbA1c 0,9 [0,2-1,5]%, 7,26 [2,5-10,9]% de pérdida de peso corporal (29,8% porcentaje pérdida ponderal > 10%), y PAS 5 [-1,14,5] mmHg todos p < 0,001. Objetivos combinados (HbA1c \geq 1% + pérdida de peso \geq 5%) 23,5% y 29,8% a los 6 y 12 meses, respectivamente. En las mujeres con DM2 con una HbA1c basal \geq 8% a probabilidad de alcanzar el criterio de valoración primario combinado fue mayor [ORa 4,4 (2,1-9,3)], el IMC \geq 35 kg/m² [ORa 2,0 (0,98- 4,1)] se aproximó a la significación; sin embargo, la edad > 65 años [ORa 0,38 (0,17-0,86)], y la prescripción de semaglutida oral desde Atención primaria [ORa 0,08 (0,007-0,93)] disminuía esa probabilidad. No se encontraron factores asociados a la persistencia.

Conclusiones: En vida real, SEMA oral es efectivo en mujeres con DM2, con reducciones clínicamente relevantes de HbA1c, pérdida de peso media del 7% a medio plazo, y con consecución de pérdida de peso mayor del 10% en casi un tercio de los casos.

233. IMPACTO DE LA SEMAGLUTIDA ORAL EN LA FUNCIÓN RENAL EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO NACIONAL (RENAL_ENDO2S-RWD)

Ó. Moreno Pérez¹, C. Guillén-Morote², I. Modrego-Pardo³, V.K. Doulatram Gamgaram⁴, C. Casado Cases⁵, S. Martínez-Fuster⁶, B. Lardiés-Sánchez⁷, P. Pinés⁸, M. Gargallo⁹ y R. Reyes-García¹⁰

¹Departamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante, Universidad Miguel Hernández, Alicante.

²Departamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante. ³Departamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁵Departamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

⁶Departamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario de Elda. ⁷Departamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital Obispo Polanco, Teruel. ⁸Departamento de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ⁹Departamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

¹⁰Unidad de Endocrinología, Hospital Universitario de Torrecárdenas, Almería.

Introducción: Semaglutida 1 mg sc ha demostrado la reducción del riesgo de eventos clínicos renales (MARE) y la reducción del cociente albumina/creatinina en orina (CACo), pero carecemos de datos en vida real de semaglutida oral (SEMAo) en la gestión del riesgo residual en enfermedad renal crónica (ERC), pese al empleo de iSGLT2.

Métodos: Estudio observacional multicéntrico retrospectivo de pacientes con prescripción de SEMAo en España (11,2021-11,2022) y disponibilidad de datos de función renal (CACo y/o filtrado glomerular estimado (FGe)). Objetivo principal: cambio CACo y en la curva de FGe a medio plazo. Objetivos secundarios: impacto ERC en persistencia y efectividad de SEMAo; presencia de MARE (criterios FLOW trial más ERC *de novo*). Estadística: prueba de

Wilcoxon para datos pareados y modelos de regresión logística múltiple.

Resultados: De la cohorte inicial de 1.018 PDM2, 819 personas fueron incluidas. En 605 disponíamos de información completa (CACo y FGe), con una prevalencia de ERC del 47,2% (IC95% 43,3-51,2). La persistencia en el tratamiento con SEMAo no se vio influida por la presencia de ERC; no hubo tampoco diferencias en efectividad en términos de control metabólico o pérdida ponderal. En cuanto a los cambios en CACo: 1. Subpoblación CACo \geq 30 mg/g, descenso de 32,0 y 45 mg/g a los 3-6 m y 6-12 m (p = 0,000); 2. Subpoblación CACo \geq 300 mg/g, descenso de 174,0 y 425 mg/g a los 3-6 m y 6-12 m (p = 0,000). La existencia de iSGLT2 al inicio de SEMAo no influyó en la respuesta. No hubo cambios en el FGe A los 6 y 12 meses, independientemente del CACo basal. La presencia de MARE fue de 2,6% y 4,7% a los 3-6 m y 6-12 m, respectivamente.

Conclusiones: En PDM2 en práctica clínica habitual, SEMAo conlleva reducciones clínicamente significativas de albuminuria, siendo una opción terapéutica útil para gestionar el riesgo residual asociado a la ERC. Su efectividad metabólica-ponderal y persistencia no se ve influenciadas por la presencia de ERC.

234. EFECTO DEL TRATAMIENTO CON SEMAGLUTIDA SOBRE EL GROSOR ÍNTIMA MEDIO CAROTÍDEO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

M.A. Tomás Pérez, M.D. Espín García, M. Marco Menárguez, P. Cuenca García, A. Martínez González, M.J. López López y F. Illán Gómez

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: La medición del grosor íntima media de la arteria carótida (GIMc) mediante ecografía representa un marcador subrogado de enfermedad cardiovascular precoz. El tratamiento farmacológico de diferentes factores de riesgo consigue la regresión del GIMc. El objetivo de este trabajo es evaluar el efecto de semaglutida sobre el GIMc en pacientes con DM2.

Métodos: Estudio piloto, observacional y prospectivo antes-después de una cohorte consecutiva de 35 pacientes con DM2 que iniciaron tratamiento con semaglutida en el servicio de Endocrinología del Hospital Morales Meseguer, Murcia. A todos se les realizó una ecografía carotídea con medición de GIMc medio y máximo en ambas carótidas. El periodo de seguimiento abarcó mínimo un año.

Resultados: Se evaluaron a 35 pacientes, 21 que iniciaron semaglutida subcutánea y 14 semaglutida oral. El 48,6% eran mujeres, con una mediana de edad de 62,5 (56-67,5) años, peso 93,3 (86-102,8) kg, IMC 34,6 (32-37,9) kg/m² y cintura 114 (111-122) cm. El 82,9% era hipertenso, el 77,1% tenía dislipemia, el 20% enfermedad cardio-cerebrovascular, el 17,1% retinopatía, el 28,6% nefropatía y el 11,4% neuropatía. El 71,4% tomaba metformina, el 62,9% un inhibidor de SGLT2 y el 54,3% estaba insulinizado. Tras un año de tratamiento con semaglutida hubo una reducción significativa en el GIMc izquierdo tanto en el valor medio 0,87 (0,78-1,01) mm vs. 0,84 (0,75-0,91) mm (p 0,002) como en el máximo 1,01 (0,93-1,19) mm vs. 0,98 (0,85-1,09) mm (p 0,003), mientras que en el lado derecho el GIMc medio pasó de 0,82 (0,67-0,93) mm a 0,81 (0,63-0,89) mm (p 0,049) y el máximo de 0,98 (0,83-1,12) mm a 0,97 (0,8-1,1) mm (p 0,055). El 62,9% presentaba ya presentaba placas de ateroma en la bifurcación carotídea.

Conclusiones: El tratamiento con semaglutida en pacientes con DM2 mejora los valores medios y máximos del GIMc derecho e izquierdo, siendo esta mejora significativa en la arteria carótida izquierda y en el valor medio del lado derecho.

235. FACTORES DETERMINANTES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA DIABETES EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1

S. Belmonte Lomas y Á.M. Mesa Díaz

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

Introducción: La diabetes tipo 1 (DM1) es una enfermedad con gran influencia en la vida de los pacientes. Por ello el objetivo de este estudio es identificar variables relacionadas con la calidad de vida en adultos con DM1, evaluada mediante el cuestionario Es-DQOL (calidad de vida relacionada con diabetes).

Métodos: Estudio de corte transversal incluyó adultos con diagnóstico de DM1 y seguimiento regular en nuestra unidad. Se excluyeron pacientes con menos de un año desde el diagnóstico. La selección muestral se realizó de forma sistemática y consecutiva. Todos los pacientes incluidos cumplimentaron los cuestionarios: Es-DQOL, DTSQ-S (satisfacción relacionada con el tratamiento), FH15(miedo a hipoglucemias) y test de Clarke (hipoglucemias inadvertidas). Se recogieron variables clínicas y sociodemográficas así como de glucometría de los dispositivos FreeStyle Libre 2 (AGP de 14 días previos desde el momento de la cumplimentación de los cuestionarios).

Resultados: 168 participantes fueron incluidos, con una media de edad de 41,8 años y un 46,9% de mujeres. Respecto a los varones, las mujeres obtuvieron puntuaciones indicativas de menor calidad de vida en Es-DQOL ($p = 0,007$). Con relación al control glucémico, el nivel de HbA1c mostró correlación directamente proporcional con las puntuaciones en EsDQOL ($p = 0,001$); igual con el tiempo en hiperglucemia nivel I ($p = 0,001$) e hiperglucemia nivel II ($p = 0,01$). El tiempo en rango mostró asociación inversamente proporcional con el nivel de calidad de vida ($p = 0,003$). No se encontró asociación estadísticamente significativa con el porcentaje de tiempo en hipoglucemia ($p = 0,13$). Las puntuaciones en FH15 fueron inversamente proporcionales a las obtenidas en ESDQOL ($p < 0,001$), al igual que con el test de Clarke ($p = 0,083$).

Conclusiones: El sexo masculino, valores reducidos de hiperglucemia y HbA1c, así como niveles bajos de miedo a hipoglucemias e hipoglucemias inadvertidas se asocian a mayor calidad de vida relacionada en adultos con DM1.

236. ¿SIGUE SIENDO EL TEST DE CLARKE UN BUEN PREDICTOR DE HIPOGLUCEMIAS GRAVES EN LA ERA ACTUAL DE DISPOSITIVOS DESTINADOS A LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA?

N. Sánchez-Maroto García¹, M. Aguilar Ruíz², M.A. Saavedra Vázquez³, M.V. Partida Menéndez⁴, I. Sanz Graciani⁴, A.P. Loscos Sanz⁴, M. Díez Esteban⁴, I. Serrano García⁵, I. Jiménez Varas⁴ y M. Cuesta Hernández⁴

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Universidad Complutense de Madrid. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Asistencial Universitario de León. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁵Unidad de apoyo metodológico a la investigación, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El test de Clarke es una herramienta diagnóstica para detectar hipoglucemias inadvertidas en pacientes con diabetes, siendo uno de los principales factores de riesgo de hipoglucemia severa. El test de Clarke se validó en la era de la glucometría capilar, su utilidad en la era de la monitorización continua de glucosa (MCG) con alarmas en límites preventivos de hipoglucemia está por demostrar. El objetivo del estudio es valorar la asociación entre un test de Clarke patológico y la presencia de hipoglucemia severa el año previo.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado a 105 pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 1 en tratamiento con múltiples dosis de insulina y con sensor (Freestyle Libre 2 o 3), valorados de noviembre/2023 hasta marzo/2024. Se describen variables demográficas, clínicas y metabólicas, recogiendo la información de las historias clínicas y de la plataforma de descarga Libreview. Se utilizó SPSS.

Resultados: De los 105 pacientes, el 58,8% eran mujeres. La edad media fue de 45 (DE = 15) años. El tiempo de evolución medio de la diabetes era de 24,1 años (DE = 15,5). El test de Clarke resultó con una puntuación ≥ 4 puntos en el 17,9%. De estos, el 43% habían presentado un episodio de hipoglucemia severa en el año previo comparado con el 14,1% de los que presentaban un test de Clarke < 4 . La media de %tiempo < 70 mg/dL fue del 3,3 (DE = 2,73) y de %tiempo < 54 mg/dL fue de 0,38 (DE = 0,74). Se ha valorado la relación entre hipoglucemia severa en el último año con las variables edad, tiempo de evolución, test de Clarke patológico (≥ 4) y %tiempo < 70 mg/dL y < 54 mg/dL. Solo se ha encontrado asociación estadísticamente significativa en aquellos pacientes con test de Clarke patológico ($p = 0,023$), aunque existía cierta tendencia en pacientes con hipoglucemia grave a un mayor %tiempo < 54 mg/dL ($p = 0,08$).

Conclusiones: El test de Clarke continúa siendo una herramienta útil en nuestro centro para poder identificar a los pacientes de mayor riesgo de hipoglucemia grave.

237. PATRONES DE PRÁCTICA ACTUAL Y OPORTUNIDADES PARA MEJORAR EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 EN PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR Y/O RENAL

I. Modrego-Pardo¹, A.J. Blood², L.S. Chang², C. Colling³, G.M. Stern², D. Gabovitch², D.J. Zelle², C.P. Cannon², D.J. Wexler³ y B.M. Scirica²

¹Sección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. ²Cardiovascular Division, Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, EE. UU. ³Diabetes Unit, Department of Medicine, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, EE. UU.

Introducción: Los inhibidores de SGLT2 (iSGLT2) y los agonistas del receptor de GLP-1 (arGLP-1) han demostrado reducir eventos cardiovasculares (CV) y mejorar resultados renales en personas con diabetes tipo 2 (DM2) con riesgo cardiaco o renal elevados. Las tasas de prescripción son bajas a pesar de que las guías recomiendan su uso. Nuestro objetivo fue evaluar la elegibilidad/utilización de iSGLT2 y arGLP-1 en la práctica clínica real.

Objetivos: Determinar la prevalencia de comorbilidades CV y renales en personas con DM2 y los patrones actuales de uso de medicamentos dentro de un sistema de atención médica urbano.

Métodos: En este análisis transversal del sistema de salud Mass General Brigham de 2020 a 2023, identificamos a todos los pacientes con DM2 que cumplían con los criterios de elegibilidad actuales de las guías para iSGLT2i y/o arGLP-1. Las indicaciones para la terapia incluían enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD), insuficiencia cardiaca, enfermedad renal o alto riesgo de desarrollar ASCVD, determinados por datos de la historia clínica electrónica. Se evaluaron datos demográficos, farmacológicos y de laboratorio, así como las comorbilidades.

Resultados: Se analizaron 148.046 personas con DM2 y una HbA1c determinada en los últimos 3 años. 12.202 (83%) tenían > 1 comorbilidad CV o renal: 60.168 (41%) con alto riesgo de desarrollar ASCVD, 51.014 (34%) con ASCVD, 17.875 (12%) con insuficiencia cardiaca, 63.996 (43%) con enfermedad renal y 60.947 (41%) con > 2 comorbilidades. De los 122.202 pacientes con una indicación, 22.945 (19%) tenían prescrito un iSGLT2, 32.382 (26%) un arGLP-1, y 8.194 (7%) ambos.

Conclusiones: Continúa el uso limitado de fármacos con beneficios CV y renales demostrados entre los pacientes con DM2 a pesar de

las recomendaciones de las guías. Son necesarias estrategias novedosas para superar las barreras que impiden que los pacientes obtengan mejores resultados.

Presentada previamente en AHA 2023.

238. ANÁLISIS DEL PERFIL GLUCOMÉTRICO DE PACIENTES CON MONITORIZACIÓN INTERMITENTE DE GLUCOSA Y EVOLUCIÓN DEL CONTROL METABÓLICO TRAS SU INSTAURACIÓN

P. León González¹, Ó. Quintero Rodríguez¹, M. Arbelo Rodríguez², L. Mora Martín², J. López Fernández¹ y J.G. García Oliva²

¹Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. ²Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife.

Introducción: El sistema de monitorización tipo *flash* de glucemia (SMG) permite hacer un seguimiento continuo de parámetros glucométricos.

Objetivos: Análisis de los parámetros analíticos y el perfil glucométrico. Complicaciones crónicas en pacientes con perfil glicosilador alto, normal y bajo.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal retrospectivo de 858 pacientes del área de salud de Tenerife con DM en tratamiento insulínico y portadores de SMG Freestyle libre 2. Se valoró el control metabólico en términos de reducción de la HbA1c entre 2018 y la fecha de obtención de los parámetros glucométricos (TIR, TBR, TAR, CV y GMI), así como HbA1c, tipo de DM, tiempo de evolución, complicaciones crónicas, promedio de lecturas/día, porcentaje de tiempo activo, número de eventos de hipoglucemia/día, perfil lipídico y función renal.

Resultados: El control glucométrico óptimo de todos los objetivos solo se consigue en el 17,7%. Sin embargo, el porcentaje que logran tiempos en hipoglucemia (TBR) < 4% es elevado (76,5%), así como aquellos con baja variabilidad glucémica (56,9%). El TIR ≥ 70% es el parámetro de más difícil consecución (solo lo logra alcanzar el 28,1%). Con la MFG se mostró una reducción de la HbA1c del 0,7 ± 1,8% (7,6 ± 1,3 vs. 8,3 ± 1,7%, p < 0,001) mostrando una relación lineal entre el GMI y la HbA1c, siendo la diferencia media entre estos valores de 0 ± 0,8%. Los glicadores bajos mostraron menor prevalencia de nefropatía (11,9 vs. 19,2%, p = 0,029) y de retinopatía (23,2 vs. 33,3%, p = 0,014) con respecto a los glicadores altos, mostrando mayor prevalencia de nefropatía (24,4 vs. 14,4%, p = 0,04) y de retinopatía (39,4 vs. 26,9%, p = 0,03).

Conclusiones: Los sistemas de MFG aportan importantes ventajas en el abordaje del paciente diabético, se asocian con mejor control metabólico y mejora en la calidad de vida. Es imprescindible una buena educación terapéutica, de tal forma que permita al paciente una mejor autogestión de la enfermedad con la información suministrada por el sensor.

239. EFECTO DE LA MONITORIZACIÓN CON SENSOR DE GLUCOSA FREESTYLE LIBRE 2 EN LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. ESTUDIO EXPLORATORIO EN PACIENTES QUE INICIAN MONITORIZACIÓN

N. Mangas Fernández¹, M.J. Martínez Roldán², N. Abrahams Zayas², M. Ramos Fortes², A. López Argudo², M.C. Martínez Melgar², F. Rene Acosta², I. Pujol², D. Mauricio³ y R. Corcoy⁴

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. Institut de Recerca Sant Pau, Barcelona. ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. ³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Institut de Recerca Sant Pau. CIBERDEM, Universitat de Vic. ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Institut de Recerca Sant Pau. CIBER-BBN,

Barcelona. Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.

Introducción: La aceptabilidad y efectividad de la monitorización continua *flash* de glucosa (MCG *flash*) está bien documentada tanto en personas con diabetes mellitus tipo 1 como 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).

Métodos: Variable principal: Satisfacción con el tratamiento según Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ), validado en español (0 puntos satisfacción mínima; 36 puntos, máxima). Variables secundarias: Preguntas individuales que computan para el puntaje DTSQ. Preguntas 2 y 3 del DTSQ. Diferencia de HbA1c, % de problemas locales, n cambios de tratamiento, visitas totales y duración del seguimiento. Diseño: ensayo clínico unicéntrico aleatorizado, paralelo, abierto y exploratorio en proporción 1:1 de tres meses de duración. Aleatorización computarizada con sobres opacos y sin enmascaramiento. Intervención: MCG *flash* de glucosa; Control: GC. Tamaño muestral: 50 pacientes. Análisis estadístico: Las variables cuantitativas se han comparado según Mann-Whitney y las cualitativas con test de ji-cuadrado. La significación se ha establecido en un valor de p bilateral < 0,05.

Resultados: Variable/MCG *flash*/GC/Valor de p. Cuestionario DTSQ/34 (31,5-36)/25 (13-30,5)/< 0,01. Pregunta 2 DTSQ/1 (0-2)/0 (0-1)/0,46 (frecuencia azúcar inaceptablemente alto).

Conclusiones: Los PcD2 que iniciaron monitorización con MCG *flash* de glucosa tuvieron una satisfacción más alta que el grupo control, con una diferencia clínicamente relevante. La frecuencia percibida de hipoglucemia inaceptablemente alta fue baja en ambos grupos pero superior en el grupo intervención. No se observaron diferencias significativas en las demás variables secundarias informadas.

Análisis descriptivo y resultados parciales de variables en SED2024.

240. CARACTERIZACIÓN DE LA DIABETES TIPO 3C EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.C. Sánchez Chiriboga, C. Casado, Á. Fernández, V. Pérez de Arenaza Pozo, C. Luengo, B. Baraia y C. Vázquez

Endocrinología, Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Introducción y objetivos: La diabetes tipo 3c es una forma secundaria de diabetes resultante de enfermedades del páncreas exocrino. Este estudio tiene como objetivo describir las características clínicas y metabólicas de los pacientes con diabetes tipo 3c en nuestro centro, tanto al diagnóstico como en la actualidad.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo utilizando datos de 50 pacientes. Se recopilaron datos demográficos, historial médico y parámetros clínicos al diagnóstico y en la actualidad en nuestro centro médico.

Resultados: Edad media: 62,93 años. Predominantemente hombres (86%). Diagnóstico previo de DM: no 53,5%, DM1 2,3%, DM2 20,9%, prediabetes 23,3%. Etiología: no identificada 4,7%, pancreatitis crónica 30,2%, cáncer de páncreas 30,2%, fibrosis quística 4,7%, pancreatitis aguda necrohemorrágica o grave 20,9%, pancreatitis agudas de repetición 4,65%, pseudoquistes pancreáticos 4,65%. La forma de presentación fue hiperglucemia simple en el 92,3% de los casos, cetoacidosis en el 5,1% y trastorno mixto en el 2,6%. Tratamiento actual: solo fármacos hipoglucemiantes no insulínicos (FHNI) 14,3%; terapia basal ± FHNI 21,4%; régimen bolo-basal ± FHNI 64,3%. FHNI: metformina 35,7%, iDPP4 16,7%, iSGLT2 7,1%, aGLP1 4,8%, otros 9,5%. Además, el 11,9% ha presentado cetoacidosis, el 4,8% un síndrome hiperosmolar y el 7,3% un trastorno mixto durante el seguimiento.

Parámetro	Al diagnóstico	En la actualidad
Glucosa basal (mg/dl)	185,06 ± 82,43	125,06 ± 33,80
HbA1c (%)	8,132 ± 2,4	7,45 ± 2,027
Péptido C (ng/mL)	1,39 ± 0,78	1,18 ± 0,93

Conclusiones: Los pacientes con diabetes tipo 3c en nuestro centro presentan una variedad de causas subyacentes. La mayoría requiere tratamiento con insulina y enzimas pancreáticas. Este estudio resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario para el manejo de estos pacientes, enfocándose tanto en el control glucémico como en la causa subyacente de la insuficiencia pancreática.

NUTRICIÓN

241. CORRELACIONES CLÍNICAS ENTRE MEDIDAS DE COMPOSICIÓN CORPORAL DETERMINADAS MEDIANTE DEXA, BIOIMPEDANCIOMETRÍA ELÉCTRICA, ECOGRAFÍA NUTRICIONAL Y TEST FUNCIONALES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

C. Muñoz Jiménez¹, C.M. Alzás Teomiro¹, C. Zurera Gómez¹, J. López Aguilera², M. Crespín², J.A. Vallejo-Casas³, M.Á. Gálvez Moreno¹, M.J. Molina Puerta¹ y A.D. Martínez Herrera¹

¹UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²UGC Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³UGC Medicina Nuclear, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El *screening* de desnutrición en pacientes con IC es esencial, pero su diagnóstico debe hacerse de manera precisa, al asociarse a un aumento de la actividad inflamatoria que afecta a la distribución corporal, funcionalidad y a parámetros nutricionales, que interpretados de manera aislada, pueden desembocar en diagnósticos erróneos.

Objetivos: Realizar una evaluación morfofuncional y nutricional completa usando diferentes técnicas de valoración de la composición corporal, para determinar entre ellas la correlación, exactitud y fiabilidad en el diagnóstico.

Métodos: 38 pacientes incluidos con hospitalización reciente por IC. Valoraciones antropométricas (DEXA, BIA, ecografía nutricional) y test funcionales (dinamometría y test TUG). Análisis mediante SSPS v.20.

Resultados: La masa celular corporal (BCM) medida por BIA se correlacionó positivamente con masa total y magra (LM) de brazos y piernas; con masa total, grasa (FM), magra y concentración mineral ósea (CMO) del tronco por DXA. FM en BIA se correlacionó con FM por DXA. Masa libre de grasa (FFM) por BIA también con masa total y LM por DXA. El ángulo de fase (PA) se correlacionó con LM brazos y piernas, masa total piernas y con LM hemicuerpo derecho. El tejido adiposo preperitoneal abdominal en ecografía se correlacionó con masa total del tronco. El tejido adiposo del recto femoral (RF) se correlacionó con FM de las piernas; y el área muscular del RF con LM de los brazos. Correlaciones negativas entre TUG y LM de brazos y piernas. Correlación positiva entre dinamometría y LM de brazos, piernas e índice relativo de masa musculoesquelética (RSMI).

Conclusiones: Los parámetros de composición corporal según BIA y DEXA presentan correlaciones significativas, sobre todo al evaluar la masa grasa y magra en pacientes con IC, siendo métodos fiables

para el diagnóstico. La ecografía presentó menos correlaciones y más débiles con el *gold standard* (DEXA), siendo su aplicabilidad actual más limitada para el diagnóstico.

242. EXPERIENCIA CLÍNICA CON NUTRICIÓN ENTERAL POSPILÓRICA

C. Fernández López, B. de León Fuentes, E. Diego Perojo, L. Isasa Rodríguez, A. Monzón Mendiola, E. González Estella y N. Valdés Gallego

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: La nutrición enteral (NE) es el tratamiento nutricional adecuado si el paciente no puede cubrir sus necesidades nutricionales por vía oral. Cuando la anatomía y/o función gástrica se ven alteradas, es necesaria la infusión pospilórica de NE para cubrir los requerimientos nutricionales. El objetivo del estudio es analizar los datos de los pacientes que han recibido NE pospilórica valorados en 2023.

Métodos: Se realiza análisis descriptivo de datos epidemiológicos, diagnóstico, motivo de NE, tipo de sonda, fórmula de NE utilizada.

Resultados: Los datos corresponden a diez pacientes, cuatro de ellos mujeres, con una edad media de 59 años. Las patologías que motivaron la NE fueron: 6 pacientes con tumores gastrointestinales: tres por complicaciones posquirúrgicas, dos por estenosis y uno de ellos por desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) grave. 2 pacientes con disfgias neurógenas: uno con parálisis cerebral de la infancia con reflujo gastroesofágico y uno con disautonomía por daño de barorreceptor post radioterapia. 1 paciente con hipoglucemias reactivas post-bypass gástrico. 1 paciente con carcinoma escamoso de laringe con fistula gastroesofágica. En 4 de los pacientes se optó por la infusión a yeyuno tras un primer intento de NE a nivel gástrico que fue mal tolerado. Las sondas utilizadas fueron: 40% yeyunocath, 40% sondas de gastroyeyunostomía y 20% sondas nasoyeyunales. El tipo de fórmula prescrita fue polimérica en el 80% de los pacientes (70% hipercalórica hiperproteica -20% con aporte de fibra). En el 60% de los pacientes se requirió un cambio de fórmula de NE para poder cubrir requerimientos y asegurar una adecuada tolerancia.

Conclusiones: Las complicaciones secundarias a tumores gastrointestinales han sido la causa fundamental de NE pospilórica. Las fórmulas poliméricas, hiperproteicas e hipercalóricas son adecuadas para infundir la NE en el menor tiempo posible, lo que ayudar a preservar la calidad de vida de los pacientes.

243. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN GESTANTES DE MELILLA (INUGES-MELILLA)

E. Fernández Gómez¹, M. López Bueno¹, A. Martín Salvador², M. López Olivares³, M. Mohatar Barba¹ y T. Luque Vara¹

¹Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de Melilla, Campus de Melilla, Universidad de Granada, Melilla.

²Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada. ³Departamento de Nutrición y Bromatología, Campus de Melilla, Universidad de Granada, Melilla.

Introducción: La educación nutricional (EN) constituye una herramienta imprescindible que permite reforzar y/o modificar las conductas alimentarias. El aumento de peso y el déficit de micronutrientes son los principales problemas a tratar en el control prenatal mediante la EN. Tras un estudio previo que muestra que los hábitos alimentarios en las gestantes de la ciudad de Melilla no son