

implantación de sistemas de monitorización *flash* de glucosa (MFG) en la población adulta con diabetes tipo 1 (DM1) en Andalucía.

**Material y métodos:** Estudio cuasiexperimental de base poblacional. Se incluyeron adultos (> 18 años) con diagnóstico definitivo de DM1, en tratamiento con insulina en múltiples dosis (MDI), que iniciaron el uso de la MFG con financiación del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2021. Se excluyeron personas con menos de un año desde el diagnóstico de la DM1, mujeres gestantes y usuarios de bombas de insulina. Para cada participante se analizó el número de ingresos por CAD en el periodo desde el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2022, clasificando cada uno de ellos como anterior o posterior al inicio de MFG, y calculando las tasas de incidencia (expresadas por 10.000 personas-año). Los costes de hospitalización fueron estimados mediante las tarifas públicas del SSPA (1.010,88 €/día en hospitalización convencional, y 1.613,93 €/día en UCI). Los resultados fueron desagregados por sexo, edad, tiempo de evolución de la DM1 y HbA<sub>1c</sub> basal.

**Resultados:** 13.616 personas fueron incluidas (edad promedio: 43,7 años (DE 13,5), 46,9% mujeres, 20,11 (DE 12,7) años de evolución de DM1, 7,92% HbA<sub>1c</sub> media (DE 1,6)). La implementación del sistema isCGM redujo significativamente la tasa de hospitalización por CAD (79,26 eventos por cada 10.000 personas-año en el periodo pre-MFG, 40,28 eventos por cada 10.000 personas-año pos-MFG). El coste total estimado asociado a las hospitalizaciones disminuyó de 1.458.446,85€ en el periodo pre-MFG a 675.610,04€ en el periodo posterior, generando ahorros de 782.836,81€. Ajustado para una cohorte de 10.000 personas-año, el gasto se redujo de 550.481,90€ (pre-isCGM) a 242.999,00€ (pos-isCGM), lo que resultó en ahorros estimados de 307.482,90€ por cada 10.000 personas-año. Estos ahorros se debieron a la reducción en el número total de hospitalizaciones, sin observar diferencias en la duración promedio de la estancia hospitalaria. Al desagregar los resultados, los mayores ahorros se observaron en pacientes con HbA<sub>1c</sub> basal ≥ 10% (1.561,820€ por 10.000 personas-año) y en aquellos con menos de 5 años de duración de la DM1 (492.868,10€ por 10.000 personas-año).

**Conclusiones:** La implantación de MFG en la población adulta con DM1 se asoció a una reducción de costes directos asociados a la disminución de ingresos hospitalarios por CAD.

## CO-012. REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 1: ESTADO ACTUAL

J. Corcuera Tejada<sup>a</sup>, R. Cardona Hernández<sup>b</sup>, L. Castaño González<sup>c</sup>, A. Chico Ballesteros<sup>d</sup>, F. Gómez Peralta<sup>e</sup>, F. Merino Torres<sup>f</sup>, J. Pérez Sánchez<sup>g</sup> y Grupo de Registro Nacional de Pacientes con Diabetes tipo 1 de España

<sup>a</sup>IIS BIOBIZKAIA, CIBERDEM, CIBERER, Barakaldo, España. <sup>b</sup>Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España. <sup>c</sup>UPV/EHU, IIS BIOBIZKAIA, CIBERDEM, CIBERER, Endo-ERN, Barakaldo, España. <sup>d</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>e</sup>Hospital General de Segovia, España. <sup>f</sup>Hospital La Fe, Valencia, España. <sup>g</sup>Hospital Parc Taulí, Sabadell, España.

**Introducción:** El Foro Europeo de Diabetes destaca la disponibilidad de Registros de la enfermedad, junto con la tecnología y el cuidado integral claves para mejorar el cuidado de las personas con diabetes. Asimismo, la disponibilidad de datos a través de registros permite disponer de datos epidemiológicos y facilitar estrategias de investigación. Son pocos los países que disponen de registros nacionales de Diabetes (Suecia, Finlandia, Dinamarca, etc.). España, según el informe de la OMS de 2021, dispone de algunos datos locales de diabetes, pero no de un Registro nacional. Estos datos, recogidos de forma diferente, y fundamentalmente de origen pediátrico (salvo alguna excepción como los recogidos en Navarra), muestran

gran heterogeneidad en la incidencia (11-12 casos/100.000 hab. en menores de 15 años en regiones del Norte, frente a más de 25 casos en Andalucía o Canarias). Para disponer de datos recogidos con la misma metodología la Sociedad española de Diabetes (SED), Sociedad española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) y Sociedad española de Endocrinología Pediátrica (SEEP) ponen en marcha el Registro nacional de Diabetes tipo 1 en España (RNDM1Spain).

**Material y métodos:** El registro incorpora personas al diagnóstico de diabetes tipo 1 (DT1) y < 40 años. El registro es prospectivo, de casos incidentes y electrónico (RedCap). Incorpora datos clínicos y muestra biológica (suero y sangre total con EDTA). Se incorporan datos periódicamente (diagnóstico, a los dos años, a los 5 años y cada 5 años desde diagnóstico). La incorporación de centros se está haciendo en tres fases: en la fase 1 se incorporaron Asturias, Cantabria, País Vasco, La Rioja, Navarra y Andalucía; en la Fase 2, los centros del resto de CC. AA. excepto Madrid y Barcelona, que se incorporarán en la fase 3. Datos actuales: La incorporación de centros se inicia en 2024 y hasta el momento, participan centros sanitarios de 6 Comunidades Autónomas (CC. AA.) (Asturias, Cantabria, País Vasco, La Rioja, Navarra, y Andalucía). A finales de 2024 se han incorporado 244 personas, siendo el 56% < 16 años; el 60% son varones. El 86% son de origen europeo caucásico. En cuanto a los parámetros analíticos, los pacientes incorporados presentaron una media de glucosa al diagnóstico de 406,7 mg/dl (± 148,5), y una HbA<sub>1c</sub> de 11,8% (± 2,4). Cetoacidosis al diagnóstico se presentó en el 42% y el 12% precisó ingreso en UCI (17% en < 16 años, frente a 5% a los mayores).

**Conclusiones:** Se ha iniciado el Registro de diabetes tipo 1 en España (RNDM1Spain). La estrategia permitirá disponer de datos de pacientes con DT1 a nivel estatal, y analizar las características clínico-analíticas de la DT1 entre regiones o áreas, evaluar los cambios epidemiológicos a lo largo de los años, y realizar análisis comparativos con los datos de otros países.

## COMUNICACIONES ORALES 03: DIABETES Y GESTACIÓN

### CO-013. COMPARACIÓN DE RESULTADOS MATERNO-FETALES Y GLUCOMÉTRICOS EN MUJERES EMBARAZADAS CON DIABETES TIPO 1 Y TIPO 2: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

M.J. Carmona Rico, G. López Gallardo, A. Piñar Gutiérrez, S. Amuedo Domínguez, N. Gros Herguido, V. Bellido Castañeda y A.M. Soto Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

**Objetivos:** La diabetes durante el embarazo se asocia con resultados perinatales adversos. El objetivo del estudio fue comparar los resultados glucométricos y materno-fetales entre mujeres embarazadas con diabetes tipo 1 (DT1) y diabetes tipo 2 (DT2).

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes atendidas en una unidad de referencia para diabetes y embarazo entre 2017 y 2024. Las variables continuas se describieron como media ± desviación estándar (DE) y las variables categóricas como números y porcentajes (%). Las diferencias entre grupos se evaluaron mediante la prueba t de Student para variables continuas y chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher para variables dicotómicas.

**Resultados:** Las características basales, las complicaciones materno-fetales y los resultados de glucometría se muestran en la tabla.

**Características basales y complicaciones materno-fetales**

	DT1 (n = 70)	DT2 (n = 29)	p
Edad (años)	32 ± 4	35 ± 6	0,020
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	27 ± 5	36 ± 2	0,060
Historia de obstetricia			
Gestación programada	37 (52,9%)	4 (13,8%)	0,001
Abortos previos	21 (30%)	10 (34,5%)	0,613
Cesáreas previas	21 (30%)	11 (37,9%)	0,296
Nacimientos pretérmino	21 (30%)	3 (10,3%)	0,027
Cesárea	55 (78,6%)	23 (79,3%)	0,614
Grande para la edad gestacional	42 (60%)	14 (48,3%)	0,107
Distocia de hombros	6 (8,6%)	1 (3,4%)	0,485
Hipoglucemia neonatal	21 (30%)	0 (0%)	0,001
Ingreso en UCI neonatal	3 (4,3%)	0 (0%)	0,247
Mortalidad perinatal	3 (4,3%)	0 (0%)	0,247

**Resultados de glucometría**

	DT1 1T (n = 53)	DT1 2T (n = 64)	DT1 3T (n = 64)
TIR, %	55 ± 15	57 ± 16	58 ± 17
TAR, %	49 ± 18	34 ± 18	37 ± 18
TBR, %	7 ± 7	6 ± 7	4 ± 10
HbA <sub>1c</sub>	6,9 ± 0,9	6 ± 7	6,6 ± 0,7
	DT2 1T (n = 3)	DT2 2T (n = 10)	DT2 3T (n = 12)
TIR, %	52 ± 24	70 ± 16	72 ± 17
TAR, %	43 ± 27	18 ± 15	21 ± 19
TBR, %	4 ± 3	5 ± 7	4 ± 5
HbA <sub>1c</sub>	6,8 ± 1,5	5,8 ± 0,5	6 ± 0,7

1T: primer trimestre de embarazo; 2T: segundo trimestre de embarazo; 3T: tercer trimestre de embarazo; DT1: diabetes tipo 1; DT2: diabetes tipo 2; HbA<sub>1c</sub>: hemoglobina glicosilada; p: significación estadística; TAR: tiempo por encima de rango; TIR: tiempo en rango; TBR: tiempo por debajo de rango.

**Conclusiones:** El porcentaje de embarazos planificados en mujeres con DT2 fue muy bajo. El porcentaje de macrosomía fetal y cesáreas fue alto y similar en ambos grupos. Los hijos de mujeres con DT1 presentaron con mayor frecuencia hipoglucemias neonatales. En el tercer trimestre, el porcentaje de tiempo en rango (TIR) fue significativamente mayor en el grupo de DT2 (72% ± 17%) en comparación con el grupo de DT1 (58% ± 17%) (p = 0,04).

#### CO-014. COMPARACIÓN DE TRES SISTEMAS DE ASA CERRADA DURANTE LA GESTACIÓN EN MUJERES CON DIABETES TIPO 1 EN VIDA REAL. ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

C. Quirós López<sup>a</sup>, A.M. Wäagner<sup>b</sup>, S. Azriel<sup>c</sup>, B. Soldevila<sup>d</sup>, P.I. Beato Víbora<sup>e</sup>, M.T. Herrera<sup>f</sup> y V. Perea<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, España. <sup>b</sup>Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias, Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias (IUIBS), Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España.

<sup>c</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Infanta Sofía, Universidad Europea de Madrid, España.

<sup>d</sup>Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Barcelona, España.

<sup>e</sup>Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Badajoz, España. <sup>f</sup>Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

**Objetivos:** Comparar el control glucémico y las complicaciones materno-fetales en gestantes diabetes tipo 1 (DT1) tratadas con diferentes sistemas de asa cerrada (SAC) disponibles en España.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo multicéntrico (27 hospitales) que incluyó gestantes con DT1 en tratamiento con uno de los siguientes SAC: Minimed 780G (MM780), Tandem Control-IQ (CIQ) o CamAPS FX (CamAPS). Se evaluaron HbA<sub>1c</sub>, tiempos dentro (TIR), por debajo (TBR) y por encima (TAR) de rango específico para gestación (63-140 mg/dL) en cada trimestre y complicaciones materno-fetales.

	MM780G	CamAPS	CIQ	p
<b>Control glucémico</b>				
<b>Trimestre 1</b>				
HbA <sub>1c</sub> (%)	6,3 (5,9-6,7)	6,0 (5,8-6,6)	6,1 (5,4-6,4)	0,047
TIR (%)	64,0 ± 12,3	67,2 ± 14,1	66,7 ± 18,2	0,594
TBR (%)	2 (1-5)	3 (2-5)	3 (1-5)	0,155
TAR (%)	32,1 ± 12,0	28,4 ± 14,5	30,3 ± 19,5	0,384
<b>Trimestre 2</b>				
HbA <sub>1c</sub> (%)	6,1 (5,7-6,7)	5,6 (5,2-6,1)	5,4 (5-6)*	< 0,001
TIR (%)	64,5 ± 11,6	70,0 ± 11,4	70,6 ± 13,5	0,033
TBR (%)	2 (1-3)	3 (1-4)	2,5 (2-4)	0,089
TAR (%)	32,8 ± 12,2	26,6 ± 11,3*	26,4 ± 14,9	0,020
<b>Trimestre 3</b>				
HbA <sub>1c</sub> (%)	6,2 (6-6,7)	5,7 (5,5-6,2)*	5,8 (5,3-6,5)	0,004
TIR (%)	70,1 ± 12,1	74,1 ± 12,0	71,3 ± 13,7	0,277
TBR (%)	1 (0-2)	2 (1-5)	2,5 (1-3)	0,004
TAR (%)	27,8 ± 12,4	22,0 ± 12,8	26,4 ± 14,1	0,081

**Complicaciones materno-fetales**

Cesárea	54 (63,5)	18 (48,7)	8 (57,1)	0,305
Preeclampsia	13/82 (15,9)	6/37 (16,2)	2/14 (14,3)	0,986
Peso al nacer (g)	3671 ± 557	3324 ± 459*	3447 ± 779	0,009
GEG	52/83 (62,7)	13/34 (38,2)	5/13 (38,5)	0,028
Macrosomía (≥ 4.000 g)	2483 (28,9)	1/34 (2,9)*	3/13 (23,1)	0,008
Hipoglucemia neonatal	28/82 (34,2)	8/35 (22,9)	4/14 (28,6)	0,472
UCI neonatal	14/83 (16,9)	1/35 (2,9)	0	0,033

\*p < 0,05 respecto a MM780G.

**Resultados:** Se incluyeron 137 mujeres (34,2 ± 4,8 años; 19,1 ± 8,3 años de DT1), 32 de ellas iniciaron SAC durante el embarazo a las 17,5 ± 5,7 semanas de gestación (SG) y 13 cambiaron de SAC a las 12,8 ± 8,2 SG. Los sistemas utilizados al finalizar la gestación fueron 85 (62%) MM780G, 38 (27,7%) CamAPS y 14 (10,2%) CIQ. No se objetivaron diferencias basales entre grupos. A lo largo de la gestación, el grupo MM780G presentó una HbA<sub>1c</sub> superior en todos los trimestres (tabla). Respecto a los datos de sensor, el grupo