

NO-RAM, y 283 (6,98%) durante el periodo RAM ( $p = 0,961$ ). Sin embargo, en el grupo MUS, 3.380 mujeres (10,8%) fueron diagnosticadas de DMG durante el periodo NO-RAM, y 554 (15,0%) durante el periodo RAM ( $p < 0,001$ ). Se realizó un modelo de regresión logística para determinar el efecto del periodo RAM sobre la probabilidad de ser diagnosticada de DMG, y se observó una asociación significativa entre RAM y un mayor riesgo de DMG en las mujeres MUS ( $OR = 1,46$ ;  $IC95\%: 1,32-1,60$ ;  $p < 0,001$ ) en comparación con NO-MUS ( $OR = 0,68$ ;  $IC95\%: 1,32-1,60$ ;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** En mujeres originarias de países islámicos se produce un aumento del 35,2% en la incidencia de la DMG durante el periodo del ramadán, lo que probablemente refleja un sobrediagnóstico de DMG. Es probable que este hecho se deba a la interferencia preanalítica del ayuno y otras prácticas del ramadán en las pruebas de diagnóstico de la DMG. Aunque estos hallazgos se basan en datos indirectos, su consistencia justifica una investigación más profunda y, por el momento, sería recomendable diagnosticar la DMG fuera del periodo de la práctica del ramadán.

lina y las mujeres embarazadas. Se analizaron las tasas de hospitalización por CAD antes y después del inicio de isCGM. Los resultados se expresaron como número de eventos por cada 10.000 personas-año.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 13.616 individuos (edad promedio  $43,7 \pm 13,5$  años, 46,9% mujeres, duración promedio de la enfermedad  $20,1 \pm 12,7$  años). La implementación del sistema isCGM redujo significativamente la tasa de hospitalización por CAD, disminuyendo de 79,26 eventos por cada 10.000 personas-año a 40,28 eventos por cada 10.000 personas-año tras el uso de estos dispositivos. La reducción fue más pronunciada en personas mayores (RR: 0,35 [0,11; 1,08]), mujeres (RR: 0,46 [0,33; 0,64]), individuos con  $HbA_{1c}$  inicial < 7% (RR: 0,11 [0,02; 0,48]) y aquellos con un uso del sensor  $\geq 70\%$  (RR: 0,40 [0,26; 0,59]). Así mismo, la implementación de isCGM se asoció con una reducción media de hemoglobina glicada ( $HbA_{1c}$ ) de 0,35% [ $IC95\%: 0,3; 0,38$ ] ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La implementación de isCGM en el marco de un sistema sanitario público se asocia a una reducción significativa de las tasas de hospitalización por CAD en personas adultas con DM1 y en terapia con MDI.

## COMUNICACIONES ORALES 04: MONITORIZACIÓN DE LA DIABETES

### CO-019. LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA SE ASOCIA A UNA REDUCCIÓN DE LOS INGRESOS POR CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1 EN MÚLTIPLES DOSIS DE INSULINA: UN ESTUDIO POBLACIONAL

B. Rodríguez Jiménez<sup>a</sup>, P. Rodríguez de Vera Gómez<sup>a</sup>, E. Mayoral Sánchez<sup>b</sup>, F. Jódar Sánchez<sup>c</sup>, R. Ravé García<sup>a</sup>, G. Umpierrez<sup>d</sup> y M.A. Martínez-Brocca<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. <sup>b</sup>Plan Integral de Diabetes de Andalucía, Consejería de Salud y Consumo, Sistema Sanitario Público de Andalucía, Sevilla, España. <sup>c</sup>Departamento de Estadística y Economía, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Málaga, España. <sup>d</sup>División de Endocrinología, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Emory, Atlanta, Emory, EE. UU.

**Introducción y objetivos:** La monitorización continua de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés) ha surgido como una herramienta particularmente beneficiosa para el control glucémico de personas con diabetes mellitus en general (DM) y, en particular, aquellas con tipo 1 (DM1). En los últimos años, cada vez contamos con mayor evidencia de que los dispositivos CGM, tanto en su modalidad de “tiempo real” (rtCGM) como de “escaneo intermitente” (isCGM) o *flash*, contribuyen de manera significativa a mejorar el control glucémico y la calidad de vida de estas personas. Objetivo principal: evaluar el cambio en las tasas de hospitalización por cetoacidosis diabética (CAD) en una población adulta con DM1 en terapia con múltiples dosis de insulina (MDI) tras la implementación de dispositivos isCGM en un sistema de salud pública con cobertura universal en Andalucía (SSPA).

**Material y métodos:** Estudio observacional de cohortes con base poblacional, en el que se incluyeron personas adultas (> 18 años) diagnosticadas de DM1 en MDI que comenzaron a utilizar dispositivos isCGM con financiación pública entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2021 en el SSPA y con al menos 12 meses de seguimiento antes y después de su inicio. Se excluyeron las personas con duración de diabetes menor a un año, aquellas que utilizaban bombas de insu-

### CO-020. PRIMERA EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN EN LOS USUARIOS CON MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA (MGC) TRAS LA ACTUALIZACIÓN A UN SISTEMA DE NUEVA GENERACIÓN

M.M. Guijarro Chacón, J. González Prieto, L. Babiano Benito, L. Martín Flores y P.I. Beato Víbora

Hospital Universitario de Badajoz, España.

**Introducción:** El uso de la monitorización continua de glucosa (MGC) se ha convertido en una práctica habitual en el tratamiento de la diabetes tipo 1 (DMT1). La evaluación de la satisfacción del usuario es crucial para optimizar la implementación de la MGC. El objetivo del estudio fue evaluar la experiencia del usuario al cambiar de un sistema de MGC de antigua generación a uno de nueva generación.

#### Puntuación del cuestionario GME

	Con Dexcom G6	Tras 3 meses con Dexcom G7	p
Dominio	$4,40 \pm 0,48$	$4,98 \pm 0,44$	< 0,01
Efectividad	$3,87 \pm 0,49$	$4,98 \pm 0,81$	< 0,01
Conveniencia	$2,52 \pm 0,76$	$1,21 \pm 0,30$	< 0,01
Intrusividad	$3,98 \pm 0,42$	$4,93 \pm 0,09$	< 0,01
Grado satisfacción global			

n = 30. GME-Q (Cuestionario de experiencia en el control de la glucosa): las puntuaciones más altas reflejaban un mayor nivel de satisfacción, excepto en el dominio de la intrusividad, en el que las puntuaciones más altas reflejaban un menor nivel de satisfacción.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo con pacientes con DMT1 en tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI) que cambiaron de Dexcom G6 a Dexcom G7. Para evaluar la satisfacción con cada sistema completaron el cuestionario GME-Q traducido y validado al español por nuestro grupo de trabajo del Hospital Universitario de Badajoz. El cuestionario incluye 23 preguntas en

una escala Likert de 5 puntos, que evalúan la satisfacción total y tres dominios específicos: efectividad, conveniencia e intrusividad.

**Resultados:** Se incluyeron 30 sujetos: edad  $40 \pm 11$  años, 60% varones. Cada evaluación fue realizada por un investigador independiente, ninguno de los cuales estaba implicado en el tratamiento del paciente. La puntuación en la pregunta específica sobre la prevención de episodios de hipoglucemia diurna mejoró de  $3,8 \pm 0,83$  a  $4,9 \pm 0,72$  ( $p < 0,005$ ) con Dexcom G7.

**Conclusiones:** Se demostró una mayor aceptación de los usuarios con Dexcom G7 en comparación con Dexcom G6, en lo que respecta a la satisfacción global, eficacia y conveniencia. Dexcom G7 se consideró menos intrusivo para las personas con diabetes que Dexcom G6 y mostró una ventaja adicional en la prevención de hipoglucemias.

#### CO-021. RELACIÓN ENTRE CONTROL GLUCÉMICO Y USO DE ALARMAS EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 1 USUARIAS DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA

A. Martínez Díaz<sup>a</sup>, M. Romero González<sup>a</sup>, H. Sardà Simó<sup>a,b</sup>, N. Abraldes Zayas<sup>a</sup>, A. López Argudo<sup>a</sup>, I. Pujol Jiménez<sup>a</sup> y A. Chico Ballesteros<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>b</sup>Departamento de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallès, España. <sup>c</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red - Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina (CIBER-BBN), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

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

**Material y métodos:** Evaluación retrospectiva de personas DM1 usuarias de MCG (FreeStyle Libre 2) atendidas en nuestro hospital. Recogida de datos de la diabetes, uso y umbral de alarmas, datos glucométricos (14 días previos a la visita), hipoglucemias graves (HG) en los últimos 6 meses y percepción de hipoglucemias (cuestionario de Clarke).

**Resultados:** Inclusión de 109 pacientes (51 mujeres), edad media  $53,4 \pm 16$  años, duración de DM1  $25 \pm 14$  años. El 95,4% usuarios de múltiples dosis de insulina y el 4,6% de sistema de infusión continua de insulina. El 2,75%, 7,4% y 14,7% de pacientes tenían desactivadas las alarmas de hipoglucemia, hiperglucemia y ambas respectivamente. Un 23,7% de pacientes referían que siempre o a veces no les ad-

vertían las alarmas, siendo esto independiente del tipo de medición [flash (69,7%)/tiempo real (30,3%)]. El umbral más frecuente de hiperglucemia fue 240 mg/dl (46,6%) y de hipoglucemia 70 mg/dl (66,3%). Se observó una tendencia a peor control glucémico en los sujetos que tenían alguna o ambas alarmas inactivas. Nueve pacientes presentaron una HG, sin relación con la activación/ inactivación de alarmas. El test de Clarke fue indeterminado/ patológico ( $\geq 3$ ) en 24 sujetos, sin observarse diferencias en la activación de alarmas ni HG respecto a sujetos con Clarke normal. Los pacientes con test de Clarke patológico presentaron de forma significativa un umbral de hipoglucemia inferior ( $66,4 \pm 15$  vs.  $71,9 \pm 7$  mg/dl;  $p = 0,026$ ) y un tiempo de hipoglucemia entre 70-54 mg/dl superior ( $3,9 \pm 0,8$  vs.  $2,3 \pm 0,3$ ;  $p = 0,008$ ) respecto a pacientes con test de Clarke normal.

**Conclusiones:** Un porcentaje elevado de pacientes con DM1 usuarios de MCG desactivan las alarmas o tienen problemas con ellas. Se observa una tendencia a peor control glucémico en los pacientes sin alarmas, pero sin significación estadística, probablemente debido al tamaño muestral. Los pacientes con test de Clarke patológico presentan umbral de hipoglucemia inferior y mayor tiempo de hipoglucemia, respecto a sujetos con Clarke normal.

#### CO-022. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES PREDICTIVAS DEL TIEMPO EN RANGO EN PERSONAS ADULTAS CON DIABETES TIPO 1

P. Rodríguez de Vera Gómez, Á.M. Mesa Díaz, S. Belmonte Lomas, R. Ravé García y M.A. Martínez Brocca

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

**Objetivos:** Identificar variables con capacidad de predicción de tiempo en rango objetivo (TIR, 70-180 mg/dl) en adultos con diabetes tipo 1 (DM1) en tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI) usuarios de sistemas de monitorización flash de glucosa (MFG).

**Material y métodos:** Estudio observacional, de corte transversal, desarrollado en Andalucía (España). Incluimos adultos ( $> 18$  años) con diagnóstico definitivo de DM1, de al menos un año de evolución, en tratamiento con MDI, usuarios de sistemas de MFG, con financiación pública del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Excluimos mujeres gestantes, usuarios de bombas de insulina, menos de un año de uso continuado de MFG y uso de sensor  $< 70\%$ . En el análisis incluimos variables sociodemográficas básicas (edad, sexo y tiempo de evolución de la diabetes), nivel de  $\text{HbA}_{1c}$ , y datos de glucometría (Ambulatory Glucose Profile) de MFG para 14 días previos

Tabla CO-021

	Total (n = 109)	Ambas alarmas activas (n = 83)	Solo una alarma activa (n = 10)	Ambas alarmas inactivas (n = 16)	Una o ninguna alarma activa (n = 26)
%TIR	$60,1 \pm 16$	$61,7 \pm 16$	$54,5 \pm 17$	$55,8 \pm 17$	$55,3 \pm 17$
%TAR1	$24,5 \pm 9$	$24 \pm 9$	$27,4 \pm 10$	$24,8 \pm 9$	$25,8 \pm 9$
%TAR2	$12,3 \pm 11$	$11,4 \pm 11$	$14,8 \pm 13$	$15,3 \pm 13$	$15,1 \pm 13$
%TBR1	$2,9 \pm 2,8$	$2,7 \pm 2,8$	$2,7 \pm 3$	$3,6 \pm 2,8$	$3,3 \pm 2,9$
%TBR2	$0,37 \pm 0,9$	$0,35 \pm 0,6$	$0,3 \pm 0,6$	$0,23 \pm 0,43$	$0,42 \pm 0,9$
Glucosa media (mg/dl)	$167 \pm 31$	$164 \pm 29$	$176 \pm 32$	$177 \pm 41$	$177 \pm 37$
%GMI	$7,3 \pm 0,7$	$7,2 \pm 0,69$	$7,5 \pm 0,78$	$7,5 \pm 0,77$	$7,48 \pm 0,76$
%CV	$35,6 \pm 5,8$	$35,4 \pm 5,8$	$34,9 \pm 6,2$	$37,2 \pm 5,3$	$36,3 \pm 5,7$
%HbA <sub>1c</sub>	$7,5 \pm 0,89$	$7,4 \pm 0,88$	$7,55 \pm 0,88$	$8 \pm 0,87$	$7,82 \pm 0,88$
Insulina prandial (UI/kg/día)	$0,27 \pm 0,12$	$0,27 \pm 0,13$	$0,23 \pm 0,05$	$0,25 \pm 0,10$	$0,24 \pm 0,09$
					( $p = 0,45$ )
Insulina basal (UI/kg/día)	$0,29 \pm 0,11$	$0,27 \pm 0,1$	$0,29 \pm 0,14$	$0,34 \pm 0,14$	$0,32 \pm 0,014$
Insulina total (UI/kg/día)	$0,55 \pm 0,18$	$0,55 \pm 0,19$	$0,49 \pm 0,10$	$0,56 \pm 0,19$	$0,53 \pm 0,16$