

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 ± 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^a, M. Romero González^a, H. Sardà Simó^{a,b}, N. Abalde Zayas^a, A. López Argudo^a, I. Pujol Jiménez^a y A. Chico Ballesteros^{a,b,c}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bDepartamento de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallès, España. ^cCentro 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 ± 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 (≥ 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 hipoglicemia 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 hipoglicemia inferior y mayor tiempo de hipoglicemia, 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 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 _{1c}	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 (p = 0,45)	0,24 $\pm$ 0,09
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

a la consulta. Se realizó un modelo multivariante de regresión lineal múltiple mediante el método *step-wise*, tomando como variable dependiente el TIR. Las variables independientes fueron seleccionadas entre aquellas con significación $p < 0,1$ en el análisis de correlación univariante. Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío (código 2214-N-22).

Resultados: 7.822 personas fueron incluidas. La edad media fue de 43,5 años (desviación estándar (DE) 19,1), con un 45,4% de mujeres ($n = 3.548$). El tiempo medio de evolución de la diabetes fue de 23,6 años (DE 14,2). El nivel medio de HbA_{1c} fue 7,5% (DE 1,11), con un TIR medio de 55,4% (DE 19,5), $T > 180$ mg/dl 40,4% (DE 20,9), $T < 70$ mg/dl 4,24% (DE 5,2), GMI 7,45% (0,9), glucemia media 175,4 mg/dl (43,4) y coeficiente de variación 37% (7,5). Previa comprobación de supuestos de regresión lineal múltiple se desarrolló el modelo que se presenta en la tabla. El coeficiente de determinación (R^2) fue 0,941, $p < 0,001$.

	Coeficiente Beta [CI95%]	p
Edad	0,054 [0,044; 0,063]	< 0,001
Sexo: mujer	0,569 [0,325; 0,813]	< 0,001
HbA_{1c} (%)	-0,146 [-0,278; -0,15]	0,029
Número de lecturas/24 h	0,02 [0,014; 0,025]	< 0,001
Tiempo sensor activo (%)	0,031 [0,025; 0,037]	< 0,001
Tiempo > 180 mg/dl (%)	0,883 [0,89; 0,875]	< 0,001

Conclusiones: La edad, sexo, nivel de HbA_{1c} , el número de lecturas diarias, el porcentaje de tiempo de sensor activo y el tiempo en hiperglucemia (> 180 mg/dl) permiten predecir el TIR de forma independiente en adultos con DM1 en tratamiento con múltiples dosis de insulina y usuarios de MFG.

CO-023. PERFIL GLUCÉMICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES PANCREATOPRIVA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Objetivos: La diabetes mellitus tipo 3c (DMT3c) se define como una disfunción del control glucémico derivado de las enfermedades pancreáticas, representando el 5-10% de todos los casos de DM. La monitorización *flash* de glucosa (MFG) ha demostrado beneficios en la práctica clínica en personas con DM1, pero existe escasa evidencia en diabetes pancreatopriva. Analizar el control glucémico en adultos con diabetes pancreatopriva tras la implantación de MFG.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con DMT3c en tratamiento con multidosis de insulina entre enero del 2021 y noviembre de 2024. Se recogieron características basales, datos de la MFG (14 días) a los 15 días y 6 meses tras implantación. Las variables cualitativas se describen como n (%); las cuantitativas como P50 (P25-P75).

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes (59% de los pacientes fueron varones), con una edad media $60,24 \pm 12,61$ años y un tiempo de evolución de $8,44 \pm 7,86$ años. La etiología principal fue la pancreatitis crónica (34,6%), seguido de la pancreatomectomía (29,5%). El 34,6% presentaba hipertensión arterial y el 42,3% dislipemia. El 12,8% presentó complicaciones microvasculares y 20,5% complicaciones macrovasculares. La HbA_{1c} preimplantación fue 7,3% (6,7-8,6) y 7,1% (6,7-8) a los 6 meses. Antes de la implantación, el nivel de HbA_{1c}

mostró diferencias entre los diferentes grupos ($p = 0,036$); a los 6 meses, la mediana de HbA_{1c} se homogeniza y disminuye en todos los grupos, a excepción de los pancreatomectomizados (tabla). El tiempo en rango (TIR) global fue 67% (47-82) a los 15 días y 65% (49-82) a los 6 meses ($p > 0,05$). Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas para tiempo por encima de rango global (TAR, TAR > 250 mg/dl) ni para tiempo por debajo de rango (TBR, TBR < 54 mg/dl), con un coeficiente de variación $< 36\%$ en todos los subgrupos analizados. Por último, se objetivó un aumento en la duración de hipoglucemias a los 6 meses, 64 minutos (15-113,5); respecto a los 15 primeros días, 45 minutos (0-111); ($p = 0,033$).

	HbA_{1c} presensor (%)	HbA_{1c} postsensor (%)
Fibrosis quística	7 (6,6-7,1)	6,9 (6,1-7,0)
Pancreatitis crónica	7,7 (6,8-9,2)	7,1 (6,6-8,2)
Pancreatomectomizados	7 (6,3-8,7)	7,1 (6,8-8,3)
Adenocarcinoma de páncreas	8,3 (7,5-9,6)	7,2 (6,7-7,9)

Conclusiones: El control glucémico de los pacientes DM3c no alcanza los objetivos de los estándares del consenso internacional de glucometría (TIR $> 70\%$). Sin embargo, el control glucémico medido por HbA_{1c} mejora en gran parte de los pacientes DM3c tras la implantación de la MFG, en detrimento de una mayor duración de las hipoglucemias.

CO-024. PERCEPCIÓN DE HIPOGLUCEMIAS, COMORBILIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 3C USUARIOS DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA

M. Antequera González, C. Dameto Pons, M. Casado Rodríguez, D. Ariadel Cobo, D.E. Barajas Galindo, E. González Arnáiz y M. Ballesteros Pomar

Complejo Asistencial Universitario de León, España.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 3c (DM3c) es una forma compleja de diabetes caracterizada por insuficiencia pancreática exocrina, riesgo elevado de hipoglucemias graves y una alta carga de comorbilidades, lo que afecta significativamente el control glucémico y la calidad de vida.

Objetivos: Analizar los parámetros de glucometría en adultos con DM3c que usan monitorización *flash* de glucosa (MFG) y evaluar la calidad de vida, percepción de hipoglucemia e índice de comorbilidades en esta cohorte de pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron 31 pacientes DM3c del Complejo Asistencial Universitario de León entre los meses de mayo de 2023 y mayo de 2024. Se recogieron características basales, datos de MFG de 14 días tras 3 meses desde el inicio de su uso, y realizaron cuestionarios de vida específico para diabetes (DQOL), percepción de hipoglucemia (test de Clarke) e índice de comorbilidad (Charlson) previos a la implantación del sensor.

Resultados: Se analizaron datos de 31 adultos, siendo el 71,4% hombres con una edad media de $54,5 \pm 10,3$ años. La principal etiología de la DM3c fue pancreatitis crónica en un 63,1% con una media de $9,2 \pm 10$ años de evolución y HbA_{1c} 8,7% (DE 2,3). Se trataron con multidosis de insulina, con una dosis total de insulina media de $43,4 \pm 19,8$, basal $24,8 \pm 11,2$ y prandial $18,3 \pm 12,4$. El 47,6% presentó dislipemia, 21% hipertensión arterial, 14,2% nefropatía diabética, 9,5% retinopatía diabética y el 9,5% enfermedad cardiovascular. Según el cuestionario DQOL, la puntuación total fue de 92,09 puntos, indicando una calidad de vida moderada; obteniendo puntuaciones más bajas