

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, $p < 0,001$.

	Coefficiente 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 pancreatomecía (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 pancreatomecizados (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)
Pancreatomecizados	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

en los apartados de “preocupación social y relacionada con la diabetes” y puntuaciones más elevadas en “satisfacción e impacto” de la enfermedad. El test de Clarke objetivó que el 29,03% de los pacientes mostraba hipoglucemias inadvertidas y que, según índice de comorbilidad de Charlson, la puntuación media obtenida fue de 3,9 puntos; lo que implica una alta comorbilidad alta en estos pacientes.

N = 31

Lecturas promedio (n)	7 (DE 2,7)
Glucosa promedio (mg/dL)	190,7 (DE 31,7)
CV (%)	36,3 (DE 7,9)
GMI (%)	8,1 (DE 0,9)
Tiempo > 180 mg/dL (%)	28,6 (DE 8,6)
Tiempo > 250 mg/dL (%)	20,5 (DE 19)
Tiempo 70-180 mg/dL (%)	46,4 (DE 23)
Tiempo < 70 mg/dL (%)	3,4 (DE 4,1)
Tiempo < 54 mg/dL (%)	1,1 (DE 1,8)
Nº de hipoglucemias (n)	3,1 (DE 2,1)
Tiempo medio en hipoglucemia (min)	87,6 (DE 33,2)

Conclusiones: Los pacientes con DM3c presentan una alta carga de comorbilidades y una moderada calidad de vida, todo ello asociado a baja preocupación en relación a la diabetes, lo cual repercute negativamente en el control glucémico. Un porcentaje significativo no percibe las hipoglucemias, lo que junto al tiempo elevado en hipoglucemia, resalta la necesidad de optimizar el tiempo en rango e implementar intervenciones en educación diabetológica incluyendo el adecuado uso de la tecnología disponible.

COMUNICACIONES ORALES 05: TRATAMIENTO DIABETES TIPO 2

CO-025. RESULTADOS CARDIOVASCULARES CON SEMAGLUTIDA EN FUNCIÓN DEL ESTADO BASAL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PARTICIPANTES CON DIABETES TIPO 2 Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: RESULTADOS DEL ENSAYO FLOW

Alicia Justel Enríquez^a, Kenneth W. Mahaffey^b, Katherine Tuttle^{c,d}, Florian M.M. Baeres^e, George Bakris^f, Thomas Idorn^g, Vlado Perkovic^g, Ida Kirstine Bull Rasmussen^h, Søren Rasmussen^h, Peter Rossing^{h,i}, Ekaterina Sokareva^e, Johannes Mann^{j,k} y Richard Pratley^l

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España. ^bStanford Center for Clinical Research, Department of Medicine, Stanford School of Medicine, Palo Alto, CA, EE. UU. ^cDivision of Nephrology, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA, EE. UU. ^dProvidence Medical Research Center, Providence Inland Northwest Health, Spokane, WA, EE. UU. ^eNovo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ^fDepartment of Medicine, AHA Comprehensive Hypertension Center, University of Chicago Medicine, Chicago, IL, EE. UU. ^gUniversity of New South Wales, Sydney, NSW, Australia. ^hSteno Diabetes Center Copenhagen, Herlev, Dinamarca. ⁱDepartment of Clinical Medicine, University of Copenhagen, Dinamarca. ^jKfH Kidney Centre, München, Alemania. ^kUniversity Hospital, Friedrich-Alexander University, Erlangen, Alemania. ^lAdventHealth Translational Research Institute, Orlando, FL, EE. UU.

Objetivos: El estudio FLOW demostró que semaglutida reduce los eventos renales y cardiovasculares (CV), así como la mortalidad, en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) y enfermedad renal crónica (ERC). El objetivo de este análisis preespecificado fue examinar los efectos de semaglutida en resultados CV y muerte por cualquier causa en función de la albuminuria o la función renal basales.

Material y métodos: En el ensayo FLOW, participantes con DM2 y ERC fueron aleatoriamente asignados a recibir semaglutida 1,0 mg una vez a la semana o placebo. Los participantes tenían ERC con una tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) de 50-75 ml/min/1,73 m² y un cociente albúmina-creatinina en orina (UACR) > 300- < 5.000 mg/g, o una TFGe de 25- < 50 ml/min/1,73 m² y un UACR de > 100- < 5.000 mg/g. Para estos análisis, se evaluó el efecto de semaglutida sobre un compuesto de muerte cardiovascular, infarto de miocardio (IM) no mortal y accidente cerebrovascular no mortal, así como la muerte por cualquier causa de acuerdo con el estado basal de la ERC clasificada por TFGe < 60 o ≥ 60 ml/min/1,73 m², UACR < 300 o ≥ 300 mg/g, o la escala de riesgo KDIGO.

Resultados: En total, 3.533 participantes fueron aleatorizados con una mediana de seguimiento de 3,4 años, después de que un Comité de Monitorización de Datos independiente recomendara la finalización anticipada del estudio. La TFGe y el UACR basales fueron registradas en 3.532 (99,97%) participantes. En total, 242 (6,9%) participantes presentaban un estadio KDIGO basal que indicaba riesgo bajo o moderado; 878 (24,9%) tenían un riesgo KDIGO alto; y 2.412 (68,3%) presentaban un riesgo KDIGO muy alto. En general, el compuesto de muerte cardiovascular, IM no mortal o accidente cerebrovascular no mortal se redujo en un 18% (HR 0,82; intervalo de confianza [IC] del 95% 0,68-0,98; p = 0,03) con consistencia en todos los niveles de TFGe y UACR y clasificación de riesgo de KDIGO (p de interacción > 0,13). La muerte por cualquier causa se redujo un 20% (HR 0,80; IC95% 0,67-0,95; p = 0,01) con efectos consistentes entre los grupos definidos por TFGe (p de interacción = 0,21) y la clasificación de riesgo KDIGO (p de interacción = 0,23) pero no por UACR (p de interacción = 0,01).

Conclusiones: Semaglutida redujo significativamente el riesgo de eventos CV y muerte por cualquier causa, con efectos consistentes independientemente del estado basal de la ERC en participantes con DM2.

CO-026. ESTUDIO DEL ESTADO COGNITIVO DE LA POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA CON DIABETES MELLITUS QUE INICIA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Abad Martín^a, M. Sánchez^b, M. Dos Santos^{a,b}, P. Gil^b, C. Hernández^{a,b}, R. Simó^a y O. Simó-Servat^{a,b}

^aUnidad de Investigación en Diabetes y Metabolismo, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, España. ^bServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción: La diabetes aumenta el riesgo de deterioro cognitivo incipiente (DCI) y demencia. Aunque las guías actuales recomiendan el estudio del estatus cognitivo en la población mayor de 65 años con diabetes, no existe en la actualidad una herramienta de screening que se utilice de forma generalizada. En estudios previos hemos observado que la microperimetria, que estudia la funcionalidad de la retina, puede ser una buena herramienta para identificar el DCI en la población con diabetes. Actualmente existe financiación pública para la monitorización continua de glucosa (MCG) en la población con diabetes tipo 2 (DM2) que sigue tratamiento con múltiples dosis de insulina. En esta población, la presencia de deterioro cognitivo puede ser una barrera para el uso correcto de la MCG.