

**Resultados:** n = 201 pacientes (49,3% mujeres; edad 44,13 ± 14 años, duración DM1 23,66 ± 13 años; 65,5% fast aspart). La tabla muestra resultados significativos. No hubo diferencias en dosis de insulina, TAR, TBR, glucosa media, GMI, CV, DS, M, LBGI, HBGI, ADDR, Madj, J-index, Hipo-%, Hiper-%, GRADE, MODD, DQOL preocupación por la DM, miedo a hipoglucemia. El análisis glucodensities mostró reducción de los valores de glucosa 240-300 mg/dl (p < 0,05). Omitieron alguna dosis de insulina basal (30%) y prandial (53%). Administraron alguna dosis tardía (77%). No hubo diferencias entre sujetos que omiten/retrasan dosis vs. los que no. El aspecto más valorado fue el visor trasero. Un 33,5% presentó problemas con la PIC (desabastecimiento de insulina, fallo descarga datos y del visor), con un 9% de abandonos.

**Conclusiones:** En este estudio prospectivo en vida real las PIC consiguieron mejor control glucémico, menor variabilidad, mejor percepción a hipoglucemias y mayor calidad de vida y satisfacción.

#### CO-051. IMPACTO DEL CAMBIO DE SISTEMA DE ASA CERRADA EN EL CONTROL DE LA DIABETES TIPO 1 Y EN LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO: ANÁLISIS MULTICÉNTRICO

P.I. Beato Víbora<sup>a</sup>, A. Chico<sup>b</sup>, J. Moreno Fernández<sup>c</sup>, S. Azriel Mira<sup>d</sup>, L. Nattero Chávez<sup>e</sup>, R. Vallejo Mora<sup>f</sup> y C. Quirós<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de Badajoz, España. <sup>b</sup>Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>c</sup>Hospital General Universitario de Ciudad Real, España. <sup>d</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España. <sup>e</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. <sup>f</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga, España. <sup>g</sup>Hospital Universitari Mútua de Terrassa, España.

**Objetivos:** Los sistemas de asa cerrada son el tratamiento más eficaz para la diabetes tipo 1. Existen diferentes sistemas y sus peculiaridades pueden satisfacer de forma diferente las necesidades de los usuarios. Cuando no se cumplen los objetivos, el cambio de sistema es una opción. El objetivo fue evaluar el impacto en control glucémico y en satisfacción de los usuarios del cambio de sistema de asa cerrada.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis transversal multicéntrico. Se incluyeron todas las personas con diabetes tipo 1, seguidas en los 16 centros participantes, que habían cambiado de sistema de asa cerrada por cualquier motivo. Se comparó el control glucémico antes

del cambio y después de 14 días y 3 meses de uso del nuevo sistema. Los participantes completaron una encuesta en la que evaluaron su experiencia con el nuevo sistema, comparándolo con el previo.

**Resultados:** Se incluyeron 96 sujetos (40,8 ± 11,5 años (13-78), 73% mujeres (n = 70), duración de la diabetes: 6,94 ± 0,68 años, HbA<sub>1c</sub>: 6,94 ± 0,68%). Los sistemas incluidos fueron Medtronic-780G, Diabeloop-DBLG1, Control-IQ y CamAPS-FX. El ICG (indicador del control de la glucosa) mejoró de 6,92 ± 0,49% a 6,71 ± 0,37% a los 14 días y a 6,68 ± 0,36% a los 3 meses, y el tiempo en rango (70-180 mg/dl) aumentó de 70,53 ± 11,43% a 75,73 ± 8,33% a los 14 días y a 75,65 ± 7,64% a los 3 meses de uso del nuevo sistema (p < 0,001 comparado con basal). La satisfacción con el nuevo sistema aumentó en la mayoría de los participantes. Las ventajas y desventajas más comunes estuvieron relacionadas con el tamaño del sistema (15%), las características del sensor (14%) y las especificidades del algoritmo de control (14%).

**Conclusiones:** El cambio de un sistema AID a otro puede mejorar aún más el control de la diabetes y aumentar la satisfacción del usuario, sin un deterioro transitorio en el control glucémico.

#### CO-052. IMPACTO DEL TRASPLANTE DE PÁNCREAS EN EL CONTROL GLUCÉMICO EVALUADO MEDIANTE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A UN TRASPLANTE RENOPANCREÁTICO

C. Solà<sup>a</sup>, P. Ventura-Aguilar<sup>b</sup>, J. Ferrer-Fàbrega<sup>c</sup>, M. Giménez<sup>a</sup>, C. Figueredo<sup>a</sup>, E. Esmatjes<sup>a</sup> y A.J. Amor<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Diabetes, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, España. <sup>b</sup>Servicio de Nefrología y Trasplante Renal, Hospital Clínic de Barcelona, España. <sup>c</sup>Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático-Pancreático, Hospital Clínic de Barcelona, España.

**Introducción y objetivos:** La nueva propuesta de criterios de Igls 2.0 recomienda incorporar métricas de monitorización continua de glucosa (MCG), como el tiempo en rango (TIR) y el tiempo por debajo del rango (TBR), para evaluar la función de un trasplante de páncreas, si bien su uso ha sido muy poco extendido. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto del trasplante renopancreático (TRP) en el control glucémico mediante MCG, así como valorar la funcionalidad del injerto según los criterios Igls 2.0.

Tabla CO-051

Variables glucométricas y parámetros de uso del sistema al inicio, 14 días y 3 meses después del cambio del sistema de asa cerrada

	Basal	14 días	3 meses	p	p†
ICG (%)	6,92 ± 0,49	6,71 ± 0,37	6,68 ± 0,36	< 0,001	< 0,001
Glucosa del sensor (mg/dl)	150,30 ± 20,82	142,36 ± 14	141,31 ± 15,53	< 0,001	< 0,001
CV (%)	32,45 ± 4,91	34,69 ± 4,95	33,87 ± 4,69	< 0,001	0,002
Dosis total de insulina (U/kg/día)	0,58 ± 0,21	0,56 ± 0,16	0,59 ± 0,19	0,304	0,593
Insulina basal (%)	39,26 ± 15,24	51,37 ± 12,49	52,57 ± 13,50	< 0,001	< 0,001
Insulina en bolos (%)	60,74 ± 15,24	48,63 ± 12,49	47,43 ± 13,50	< 0,001	< 0,001
Uso del sensor (%)	90,79 ± 11,52	96,06 ± 5,39	95,35 ± 7,42	< 0,001	0,003
Tiempo en modo automático (%)	91,95 ± 8,39	92,08 ± 9,37	94,25 ± 8,99	0,872	0,042
Carbohidratos ingeridos (g/día)	130,98 ± 50,78	145,23 ± 58,98	133,48 ± 57,79	0,002	0,469

n = 96. ICG: indicador del control de la glucosa; CV: coeficiente de variación de la glucosa del sensor. Los datos se expresan como media ± desviación estándar, p: 14 días comparado con basal, †p: 3 meses comparado con basal.

**Tabla CO-052**

	Basal	+1m	+3m	+6m	+12m	+24m
HbA <sub>1c</sub> (%)	7,77 ± 1,19	5,42 ± 1,14*	5,69 ± 1,14	5,63 ± 1,16	5,66 ± 0,72	5,23 ± 0,26
GMI (%)	7,46 ± 0,88	6,38 ± 0,81*	6,20 ± 0,49	6,44 ± 1,01	5,98 ± 0,44	6,03 ± 0,42
Diferencia GMI-HbA <sub>1c</sub>	-0,29 ± 0,9	1,12 ± 0,78*	0,43 ± 1,02	0,67 ± 0,43	0,53 ± 0,43	0,73 ± 0,43
CV (%)	40,11 ± 6,62	26,45 ± 6,03*	28,79 ± 9,22	24,58 ± 9,80	23,77 ± 10,27*	25,62 ± 14,70
HBGI	9,89 ± 6,29	3,16 ± 4,22*	2,20 ± 2,22	3,78 ± 5,71	1,24 ± 1,85	1,30 ± 1,14
TBR< 54 mg/dL (%)	0,91 ± 0,95	0,07 ± 0,14**	0,11 ± 0,14	0,14 ± 0,17	0,20 ± 0,39	0,05 ± 0,08
TBR< 70 mg/dL (%)	4,69 ± 3,25	1,66 ± 2,24*	1,79 ± 1,87	1,38 ± 0,98	2,81 ± 2,39	2,19 ± 1,97
TIR 70-180 mg/dL (%)	54,77 ± 16,20	83,85 ± 19,75**	88,81 ± 10,25	83,21 ± 23,82	92,34 ± 10,81	92,24 ± 7,06
ITIR 70-140 mg/dL (%)	33,99 ± 14,89	69,77 ± 27,07**	75,02 ± 19,81	69,85 ± 31,36	81,79 ± 18,83	80,86 ± 13,78
TAR 180-250 mg/dL (%)	24,33 ± 8,51	10,83 ± 14,15*	7,51 ± 7,98	9,97 ± 14,59	4,04 ± 7,00	4,55 ± 4,48
TAR> 250 mg/dL (%)	15,28 ± 12,57	3,59 ± 6,86*	1,78 ± 2,67	5,29 ± 9,72	0,61 ± 1,26	0,97 ± 1,59

TTR: time in tight range; TAR: time above range. \*p &lt; 0,05; \*\*p &lt; 0,01.

**Material y métodos:** Estudio observacional y prospectivo en pacientes con diabetes mellitus (DM) y enfermedad renal avanzada sometidos a TRP entre 2021-2024, usuarios de MCG (FreeStyle Libre 2(R)). Los datos, analizados mediante GlyCulator, incluyeron períodos de 14 días para las evaluaciones basales y al mes pos-TRP, y de 90 días para los 3, 6, 12 y 24 meses pos-TRP. Se definió la funcionalidad óptima del injerto (Igls 2,0) como un TIR > 80% y un TBR < 54 = 0%, además de una HbA<sub>1c</sub> < 6,5%.

**Resultados:** Se incluyeron 14 pacientes (35,7% mujeres, 85,7% con DM tipo 1, edad 47,3 ± 7,8 años, evolución diabetes 30,6 ± 9,5 años), previo al TRP, los pacientes presentaban un mal control metabólico (HbA<sub>1c</sub> 7,77 ± 1,19%, TIR 54,77 ± 16,20%), alta variabilidad glucémica (VG; CV 40,11 ± 6,62%, HBGI 9,89 ± 6,29%) y mínimas diferencias entre GMI y HbA<sub>1c</sub>. Tras el TRP, se observó una mejora global en el control glucémico (tabla), incluyendo una reducción de la VG con cambios evidentes desde el primer mes y estables durante el seguimiento. Pos-TRP, el GMI fue consistentemente superior a la HbA<sub>1c</sub>, especialmente en los primeros meses. Los criterios de Igls 2,0 (TIR, TBR< 54 y HbA<sub>1c</sub>) se alcanzaron a los 3 meses pos-TRP en un 91,7%,

50% y 72,7%, y a los 6 meses en un 71,4%, 28,6% y 66,7%, respectivamente.

**Conclusiones:** El TRP mejora el control glucémico y reduce la VG con efectos mantenidos hasta los 24 meses. Datos adicionales de la MCG, como el GMI o el CV pueden constituir herramientas útiles para una evaluación más precisa de la función del injerto pancreático.

#### CO-053. COMPARACIÓN DE DOS SISTEMAS DE ASA CERRADA EN GESTANTES CON DIABETES TIPO 1

M. de las Cuevas López, L. Rincón García, L.M. Tafur García, V.I. Linares Khamiso, V. Martín Borge, J.A. Balsa Barro y S. Azriel Mira

Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España.

**Objetivos:** Evaluar y comparar el control glucémico/glucométrico y las complicaciones materno-fetales en gestantes con DM1 utilizando dos sistemas híbridos de asa cerrada (AID): CamAPSFX y MiniMed780G.

**Tabla CO-053**

Control glucémico	MM780G			CamAPS			p		
	1°T	2°T	3°T	1°T	2°T	3°T	1°T	2°T	3°T
HbA <sub>1c</sub>	6,3%	6,3%	6,4%	6,1%	5,4%	5,5%	0,184	0,001	0,001
TIRp	71%	71%	78%	76%	74%	77%	0,265	0,396	1,00
TBR1p	1%	1%	1%	2%	1%	1%	0,094	0,289	0,459
TBR2p	0%	1%	0%	1%	1%	1%	0,049	0,635	0,163
TAR1p	28%	27%	21%	21%	23%	20%	0,100	0,202	0,958
TAR2p	1%	0%	0%	0%	1%	1%	0,626	0,581	0,059
Peso	70,3	74,5	80,8	70,2	74,5	79,9	0,894	0,681	0,874
Dosis de insulina	31,9	40,1	46,9	42,2	45,8	60,6	0,174	0,536	0,47
Complicaciones materno-fetales									
Cesárea	5			1			0,103		
Preeclampsia	1			1			1,00		
Peso al nacer (g)	3.194			3.224			0,755		
Macrosomía	0			1			1,00		
Hipoglucemias neonatal	5			3			0,592		
UCI neonatal	0			1			1,00		