

nosticados de EC potencial, presentando valores de tTG-A elevados (aunque menores a 10 veces el LSN) a los 3, 4 y 10 años del diagnóstico de DM1 respectivamente, con haplotipos HLA de alto riesgo y biopsia intestinal Marsh 0-1.

Conclusiones: La autoinmunidad para EC puede ser transitoria al diagnóstico de DM1 por lo que es necesario su seguimiento y diagnóstico en evolución. El hallazgo de niveles de tTG-A superior a 10 veces el LSN puede ser suficiente para el diagnóstico de EC en pacientes con DM1. El cribado de EC es fundamental durante los 5 primeros años tras el diagnóstico de DM1, pero debe continuarse más allá de este intervalo durante la edad pediátrica.

CO-058. ESTUDIO EN VIDA REAL SOBRE EL MOMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE INSULINA EN PERSONAS CON DIABETES EN TRATAMIENTO CON MÚLTIPLES DOSIS DE INSULINA EN ESPAÑA

A. Galdón Sanz-Pastor, A. Sánchez Bao, A. Justel, R. Quílez, B. González, J. Ares y F.J. Ampudia Blasco

Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España.

Objetivos: Evaluar el momento de administración de insulina y sus consecuencias en personas con diabetes en tratamiento con múltiples dosis (MDI) en España.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, realizado mediante encuesta en línea distribuida a través de una plataforma de pacientes (Canal Diabetes). Como criterios de inclusión, se incluyeron individuos de 18-65 años con diabetes tipo 1 (DM1), tipo 2 (DM2) u otras formas de diabetes en tratamiento con MDI. Se recopilaron datos sociodemográficos, clínicos y relacionados con el tratamiento. Las variables cuantitativas se describieron mediante medias y desviaciones estándar, las categóricas como frecuencias relativas. Se utilizó SPSS 23 para el análisis estadístico. Se realizaron pruebas de chi-cuadrado y t de Student para comparar variables categóricas y continuas, respectivamente, con un nivel de significación del 5%.

Resultados: Se obtuvieron encuestas de 288 personas (71,1% mujeres), con una media de edad de $43,7 \pm 14,7$ años. El 74,7% tenía DM1, el 17% DM2 y el 8,3% otras formas de diabetes con una duración de la enfermedad de $17,8 \pm 14,7$ años. El 83,3% de los participantes refirió administrarse la insulina prandial antes de las comidas, pero solo el 71,2% lo hacía al menos 15 minutos antes, como recomiendan las guías. El momento de administración de insulina prandial se relacionó de forma significativa con los resultados glucémicos ($p < 0,05$), tal y como muestra la tabla. Un 41,2% reportaron el uso de plumas/capuchones inteligentes, y en ellos se observó una menor incidencia de hipoglucemias leves a moderadas (68,8 vs. 81,3%, $p = 0,021$). Los errores de dosificación fueron comunes: un 26,7% reportó dosis excesivas y un 38,5% dosis insuficientes de insulina, en más de 5 ocasiones en el último mes. Por último, el 55,1% de los participantes reconoció haber omitido alguna dosis de insulina prandial en la última semana y el 27,5% refirió el olvido de al menos una dosis de insulina basal en el mismo periodo.

Resultados glucémicos según el momento de administración de insulina prandial

Indicador	Antes de comida	Durante/después de comida
HbA _{1c} (%)	7,1	7,8
Tiempo en rango (TIR, %)	75,3	68,9
Glucosa media (mg/dL)	142	158

Conclusiones: Este estudio en vida real, en pacientes en tratamiento con MDI en España, demuestra la notable variabilidad en el momento de administración de insulina. La administración de insulina prandial al menos 15 minutos antes de las comidas y el uso de plumas inteligentes se asociaron con mejor control glucémico y/o menor riesgo de hipoglucemias. Estos hallazgos confirman la importancia de la educación terapéutica estructurada y del uso de tecnologías avanzadas para optimizar el control de la diabetes.

CO-059. CONTROL METABÓLICO, SATISFACCIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 QUE INICIAN MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA

M.O. Nieto de la Marca^{a,b}, A. Collantes Matallana^a, S. del Amo Simón^a, M. Sánchez Ibáñez^{a,b}, B. Torres Torres^{a,b}, A. Ortolá Buigues^{a,b} y G. Díaz Soto^{a,b}

^aHospital Clínico Universitario de Valladolid, España. ^bINENA Universidad de Valladolid, España.

Introducción y objetivos: La monitorización flash de glucosa (isCGM) ha demostrado mejorar la satisfacción de las personas con diabetes tipo 2 (DM2) reduciendo el número de autoanálisis siendo necesaria la formación en consulta de Educación terapéutica en diabetes (ETD). El objetivo del presente estudio fue evaluar el control metabólico, la satisfacción y la calidad de vida en personas con DM2 que iniciaron tratamiento con isCGM.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en todas las personas con DM2 en tratamiento con múltiples dosis de insulina o mezclas, que iniciaron isCGM en consulta de ETD del HCUV desde julio 2023 hasta febrero 2024. Se recogieron variables clínicas/antropométricas iniciales (edad, sexo, IMC, años de evolución) y HbA_{1c} (a los 0 y 3 meses). Se analizaron parámetros de control metabólico (a los 0 y 3 meses) extraídas desde la plataforma LibreView. Se estudiaron (a los 0 y 3 meses) la calidad de vida mediante el cuestionario Diabetes Quality of Life (DQoL) y la satisfacción con isCGM por medio de la Escala Visual Analógica (EVA).

Resultados: 37 pacientes aceptaron participar en el estudio, 52,2% hombres. La edad media fue de $68,35 (9,18)$ años con $20,93 (12,37)$ años de evolución en su DM2, el IMC era de $30,15 (6,12)$ kg/m². Al comparar los resultados al inicio y 3 meses del uso de la isCGM se observó una mejoría significativa tanto en la HbA_{1c} media [$8,23 (1,03)$ vs. $7,90 (1,02)$], $p = 0,001$ como en la satisfacción de las personas con DM2: EVA [$4,98 (3,30)$ vs. $8,69 (1,69)$] puntos p180 [$28,19 (10,05)$ vs. $27,92 (11,94)$] ns y en TAR > 250 [$13,19 (17,83)$ vs. $11,97 (14,70)$] ns.

Conclusiones: Las personas con DM2 en tratamiento con isCGM aumentan su satisfacción con la isCGM y mejoran el control metabólico sin alterar su calidad de vida.

CO-060. MANEJO DEL SÍNDROME CARDIO-RENAL-METABÓLICO: UN CONSENSO DELPHI MULTIDISCIPLINAR ESPAÑOL

D. Orozco-Beltrán^a, V. Bellido^b, T. Benedito Pérez de Inestrosa^c, A. Esteban-Fernández^d, A. Lorenzo Almorós^e, B. Quiroga^f y J.C. Romero-Vigara^g

^aUniversidad Miguel Hernández de Alicante, Sant Joan d'Alacant, España. ^bUnidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla, España. ^cCentro de Salud Roquetas Norte, Almería, España. ^dServicio de Cardiología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España. ^eServicio