

número de comorbilidades que presenta el paciente, al contrario de lo que inicialmente cabría esperar. La prevalencia de obesidad aumenta con el número de comorbilidades ($p < 0,001$). El control HbA_{1c} no se asocia significativamente con el número de comorbilidades ($p = 0,387$).

P-025. EVALUACIÓN DEL CRIBADO ANALÍTICO POBLACIONAL PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE DIABETES MELLITUS IMPLEMENTADO EN EL SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS DE NUESTRA ÁREA DE SALUD

E. Fernández Rubio^{a,b}, D. Jiménez González^c, I. Peña Pérez^c, J.I. Sampedro García^c, J. Pérez Yéboles^a, I. Gil González Pinto^a y N. Valdés Gallego^{a,b}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España. ^bBiocruces Bizkaia, Barakaldo, España. ^cServicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España.

Introducción: Las recomendaciones de la ADA 2020 para el diagnóstico de diabetes mellitus (DM) exigían 2 pruebas alteradas en diferentes analíticas. Dichos criterios han sido modificados en la nueva versión 2024. Ahora, el diagnóstico de DM puede establecerse con dos pruebas alteradas en una misma analítica, es decir, tener tanto la glucemia basal como la hemoglobina glicada (HbA_{1c}) elevadas, sin necesidad de realizar una nueva extracción. Esto reduce el retraso en el diagnóstico y disminuye los costos asociados.

Objetivos: Evaluar la estrategia de cribado poblacional implementada en 2022 por el Servicio de Análisis Clínicos para la detección de nuevos casos de DM, en consonancia con las recomendaciones de las guías de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) de 2020 y 2024.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado entre mayo de 2022 y mayo de 2024. Se implementó una regla en el Sistema Informático del Laboratorio para ampliar la determinación de HbA_{1c} en todos los pacientes ambulatorios con glucemia basal ≥ 126 mg/dL y sin una prueba de HbA_{1c} en el último año. Los resultados se acompañaron de un comentario explicativo. En el análisis de datos, se excluyeron pacientes oncológicos, fallecidos 1-2 meses después de la aplicación de la regla, pacientes cuyo seguimiento de atención primaria se realiza en otra comunidad autónoma, pacientes que no acudieron en ayunas y pacientes duplicados.

Resultados: Tras aplicar los criterios de exclusión, se analizaron los datos de 1.823 pacientes, 54,3% hombres, con una edad media de $65,57 \pm 15,9$ años. Se diagnosticó DM *de novo* en 438 pacientes (24%), siendo el 56,9% hombres con una edad media de $60,5 \pm 14,4$ años, inferior a la de las mujeres, $63,2 \pm 15,0$ años ($p < 0,015$). Los valores de glucemia y HbA_{1c} fueron mayores en los hombres ($179,0 \pm 65,3$ mg/dL vs. $166,9 \pm 51,8$ mg/dL, $p = 0,019$; $7,9 \pm 1,7$ vs. $7,6 \pm 1,4$, $P = 0,032$). La HbA_{1c} fue superior al 8% en 130 pacientes (29,7%), con una edad media de $55,3 \pm 17,0$ años frente a $64,1 \pm 13,3$ años ($p < 0,001$), predominando los hombres (63,8 vs. 36,2%, $p = 0,037$). En 51 pacientes, la HbA_{1c} superó el 10%, con una edad media de $48,8 \pm 16,7$ años frente a $63,1 \pm 13,8$ años ($p < 0,001$), sin diferencias significativas entre sexos. El 87,2% de los pacientes diagnosticados con DM *de novo* recibieron tratamiento (farmacológico y/o medidas higiénico-dietéticas).

Conclusiones: La ampliación del cribado poblacional, incluyendo la medición de HbA_{1c} en el mismo análisis, demuestra ser eficiente para el diagnóstico de DM, optimizando los recursos, reduciendo el tiempo de espera y evitando desplazamientos innecesarios para los pacientes. Esto es especialmente relevante, ya que un tercio de los pacientes presentaron un $HbA_{1c} > 8\%$ al momento del debut.

P-026. APUNTANDO AL OBJETIVO: RETOS EN EL (DES) CONTROL LIPÍDICO EN DIABETES MELLITUS

N. Salvador Peiró, I. Martín Timón, L. Rambla Aguilar, M.M. García González, L. Zeng Zhang, I. Romero Ruiz y C. Sevillano Collantes

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus (DM) es un factor independiente de riesgo cardiovascular. El cuidado de las personas con diabetes requiere atender factores de riesgo coexistentes como la dislipemia, considerando predictores de riesgo como las apolipoproteínas o la inflamación y combinando fármacos si es necesario. Nuestro objetivo fue estudiar el control de la dislipemia en pacientes diabéticos en el ámbito hospitalario y posibles factores asociados.

Material y métodos: Se tomaron datos de pacientes de la consulta de endocrinología de un hospital madrileño, de manera retrospectiva, entre marzo de 2023 y noviembre de 2024. Las variables recogidas fueron: edad, género, tipo y tiempo de duración de la DM, IMC, antecedentes de hipertensión, consumo tabáquico, enfermedad vascular, lesiones de órgano diana, tratamiento hipolipemiente, HbA_{1c} , función renal y perfil lipídico. Se calculó la LDL con las fórmulas de Friedewald y Martin-Hopkins. Se clasificó los pacientes según su riesgo cardiovascular. Se realizó la estadística descriptiva con Microsoft Excel y la analítica con las técnicas de chi cuadrado y t-Student.

Resultados: Se obtuvieron datos de 104 pacientes. El 39,42% eran mujeres. La edad media era 59,89 años. El 72,12% tenían DMII, el 44,23% obesidad y el 55,77% hipertensión. El 69,23% tenían una $HbA_{1c} \geq 7\%$. 24 pacientes (el 23,08%) tenían un riesgo alto y 80 (el 76,92%) muy alto. El porcentaje de pacientes que no cumplían objetivos era 74,04% (fórmula de Friedewald) y 83,65% (Martin-Hopkins). Era el caso del 93,75% de los pacientes en prevención secundaria (el 14,42% del total). El 11,54% tenían la Lp(a) elevada, el 15,38% la PCR, el 44,23% la ApoB y el 69,23% la homocisteína. Muchos de ellos tenían mal control lipídico (más del 80% en el caso de la homocisteína, del 90% de la Lp(a) o PCR y el 100% de la ApoB). La terapia hipolipemiente más común fue la atorvastatina en monoterapia (41,34%). Se encontraron diferencias significativas en niveles de LDL entre pacientes en monoterapia con estatina y biterapia añadiendo ezetimiba ($p = 0,0244$ con la fórmula de Friedewald, $p = 0,0031$ con la de Martin-Hopkins).

Conclusiones: La dislipemia es un problema importante para la salud cardiovascular de la población diabética. En la muestra obtenida, un elevado número de pacientes no cumplían objetivos de prevención (el 74,04% según la fórmula de Friedewald, el 83,65% según la de Martin-Hopkins). Se encontraron niveles de LDL por encima de los recomendados en los pacientes con Lp(a), ApoB, PCR u homocisteína altas. Fue significativa la diferencia en valores de LDL según recibían monoterapia o biterapia, denotando la importancia de escalar el tratamiento en pacientes que no cumplan objetivos.

P-027. IMPACTO DEL USO DE ISGLT2 EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON INGRESO POR CETOACIDOSIS DIABÉTICA

S. Khoruzha Aleksandrovych, P. Gorostiaga Ramos, F. Vidal-Ostos de Lara, Á. Alcalá Artal, P. Cebrián López, R. Niddam y M. Botella Serrano

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España.

Introducción y objetivos: La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación aguda de la diabetes mellitus asociada con una elevada morbilidad y mortalidad. Los inhibidores de SGLT2 (iSGLT2) han

mostrado beneficios en la reducción de eventos cardiovasculares y renales, aunque su relación con la duración de la hospitalización y el ingreso en UCI en pacientes con CAD sigue siendo controvertida. Este estudio tiene como objetivo analizar el impacto del uso de iSGLT2 y el tiempo en tratamiento con estos fármacos sobre la estancia hospitalaria y la probabilidad de ingreso en UCI en pacientes con CAD.

Material y métodos: Se realizó un análisis observacional retrospectivo de una base de datos de un hospital de segundo nivel, entre los años 2019 a 2024. En este estudio se incluyó 196 ingresos por CAD, de los cuales 35 pacientes estaban en tratamiento con iSGLT2 y se analizaron las características clínicas, los motivos de CAD y el tratamiento antidiabético. Para el análisis multivariable se utilizó un modelo de regresión lineal con la duración de la estancia hospitalaria como variable dependiente, considerando las siguientes variables independientes: tiempo desde el inicio de iSGLT2, uso de iSGLT2, edad y sexo.

Resultados: En el grupo de pacientes con iSGLT2 (N = 35), la edad media fue de 62 años, con predominio masculino (57,14%). Los principales motivos de CAD fueron infección (51,4%) y transgresión (25,7%). El 71,43% de los pacientes tenían diabetes tipo 2, y el 77,14% recibían insulino terapia. La estancia hospitalaria media fue de 11,29 días, y el 54,29% requirió ingreso en UCI. Se objetivó que el uso de iSGLT2 tuvo un coeficiente de 4,21 con un $p = 0,013$, asociando un incremento significativo en la duración de la estancia hospitalaria. En cambio, en el modelo de regresión lineal multivariable, el tiempo desde el inicio de iSGLT2 mostró un coeficiente de 0,0024 con un $p = 0,133$, lo que indica una ausencia de diferencias en cuanto a la duración de la estancia hospitalaria por cada día adicional en tratamiento previo con iSGLT2. La edad presentó un coeficiente de 0,11 con una $p < 0,001$, reflejando un aumento significativo de los días de ingreso por cada año adicional de edad y el sexo mostró un coeficiente de 1,14 con un $p = 0,326$, sin alcanzar significancia estadística.

Conclusiones: Parece ser que existe una relación directa y estadísticamente significativa entre utilizar iSGLT2 y la duración de la estancia en el hospital, pero no existe una relación directa respecto al tiempo de uso previo de los iSGLT2. La edad también influye de manera significativa en la duración del ingreso, prologando este, mientras que el sexo no mostró una relación estadísticamente significativa en cuanto a la hospitalización. Este estudio resalta la necesidad de evaluar cuidadosamente el uso de iSGLT2 en pacientes, sobre todos si han presentado una CAD, ya que puede influir en su estancia en el hospital, con los riesgos que conlleva de aumento de infecciones, etc. Asimismo, se debe poner especial énfasis en pacientes mayores y frágiles, ya que en dichos pacientes influye negativamente en su estancia hospitalaria.

04. DIABETES Y GESTACIÓN

P-028. MES DE LA DIABETES GESTACIONAL. HACIÉNDOLA VISIBLE EN LA COMUNIDAD

M.S. María Tablado^a, E. del Campo Carretero^b, S. Rademaker Martín-Municio^c y N. García de la Torre Lobo^d

^aCS Canillejas, Madrid, España. ^bAsociación Diabetes Madrid, España. ^cCentro Psicológico SMC, Madrid, España. ^dCentro Creciendo, Madrid, España.

Introducción: En nuestra asociación de pacientes (APP) con diabetes cada año coincidiendo con el Día Internacional de la Mujer se

diseñan actividades (mujer con diabetes tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional DG). Estas son actividades de divulgación para el autocuidado y educación en el manejo de la diabetes. Este año la jornada principal fue el día 6 de marzo con la realización de un webinar que resultó un éxito y entre sus conclusiones quedó pendiente la realización de un monográfico en la asociación sobre DG. Para ello durante el mes de septiembre se plantearon en paralelo varias actividades que incluyeron material informativo en la web de la asociación y difusión por redes sociales (RRSS). Además, se propuso un webinar con participación de pacientes y profesionales para poner en valor el material elaborado y resolver dudas y se expusieron distintos puntos de vista de la diabetes gestacional: el seguimiento y/o tratamiento por endocrinología y obstetricia, el papel del médico y enfermera de familia, el seguimiento posparto de todos ellos y los componentes psicológico/afectivos de estas pacientes.

Material y métodos: El webinar fue publicitado a través de RR. SS. de APP y de una sociedad científica (SC) de médicos de familia, redes de enfermeras de atención primaria, matronas de atención primaria, medicas de atención primaria. Se recogieron previamente preguntas y sugerencias para debatir, con estas preguntas se elaboró un guion: Causa y prevención DG. Sentimiento de culpa. Profesionales implicados. Mejorar la coordinación. Tratamiento: Estilos de vida. Apoyo familiar. Lactancia. Seguimiento posparto. Complicaciones posparto. Duración de 60 minutos con una moderadora (APP) y tres ponentes (endocrinóloga, psicóloga, médico de familia).

Resultados: El número de personas que hicieron preguntas para debatir (10) entre estas preguntas algunas fueron relacionadas con la dieta, lactancia y complicaciones posteriores y segundos embarazos. El número de personas participantes 17, de ellas pacientes 3, profesionales 14, de los profesionales la mayoría enfermeras. En directo también hubo preguntas, algunas se quedaron sin respuesta por falta de tiempo. Quedó grabado para formar parte del material presente en la página web de la APP y SC. Consideramos un éxito por parte de organizadores y encuesta de satisfacción.

Conclusiones: Una interesante actividad que dio visibilidad a la DG. Se puso en valor el necesario seguimiento de estas pacientes a medio y largo plazo en atención primaria. Se visibilizó el componente psicológico que tiene esta patología. Fue muy positivo aunar esfuerzos de SC y APP con un objetivo común, el beneficio de este perfil de pacientes. Aplicabilidad: repetir esta actividad en marzo de 2025 dentro del ciclo "Mujer con Diabetes" de la APP actualizando los materiales y dándole más publicidad. Invitar a otras CCAA a realizar experiencias similares.

P-029. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA MUJER CON DIABETES GESTACIONAL EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA DEL HOSPITAL CAMPO ARAÑUELO

M.C. Fuentes Durán

Hospital Campo Arañuelo, Navalmoral de la Mata, España.

Introducción y objetivos: En el Área de Salud de Navalmoral de la Mata, la atención de enfermería a la mujer embarazada con diabetes gestacional es realizada por la enfermera educadora, en colaboración con los/as obstetras e internistas. Justificación: La atención de enfermería a la mujer con diabetes gestacional se realiza con celeridad, sin listas de esperas, por la enfermera educadora en diabetes. Cuando la mujer precisa iniciar insulinización es valorada por Internistas y el seguimiento es continuado por la enfermera educadora. Objetivo: Dar a conocer la atención de enfermería, a la mujer con diabetes gestacional realizada en la Consulta de Enfermería de Educación Diabetológica, del Hospital Campo Arañuelo desde el 1 de enero del año 2016 hasta el 31 de diciembre del año 2024.