

kg/m². Previo al inicio los pacientes presentaban un tiempo en rango (TIR) medio del 64,2% con un GMI del 7,12%, glucemia media (GM) de 158,65 mg/dl y coeficiente de variación (CV) de 36,9%. El tiempo por encima de rango (TAR) fue de 30,7% (21,8+8,9%) y el tiempo por debajo de rango (TUR) 4,9% (3,8+1,1%). El TITR fue de 41,1%. La dosis diaria total (DDT) de insulina era de 17,7 UI (0,25 UI/kg). A los 3 meses de inicio del asa cerrada se observó un aumento del 13% del TIR y del TITR en 12,2% junto con un descenso del 5,6% de tiempo \geq 250 mg/dl y 1,5% del tiempo entre 55 y 70 mg/dl siendo todos estos cambios significativos ($p < 0,05$). Se produjo un descenso significativo de glucemia media de 16,74 mg/dl, del GMI de 0,37%; del CV de 3,41% y un aumento de DDT de 24 UI (0,58 UI/kg). No hubo diferencias de control glucémico o de parámetros de configuración entre los primeros 15 días de ACH y los 3 meses por lo que el beneficio de control se evidenció desde el inicio del sistema. Los pacientes provenientes de MDI tenían un GMI basal de 7,85 vs. 6,96% en el grupo ISCI. Cada grupo lo redujo un 1,02 y 0,22% respectivamente a los 3 meses sin significación por falta de potencia estadística.

Conclusiones: Los resultados muestran mejoría significativa de parámetros glucométricos en los pacientes con ACH. La mejora del tiempo en rango se produce a expensas TITR en un 96%. La mejora del control se produce desde el inicio del sistema ACH y se mantiene a los 3 meses. La seguridad del sistema permite una reducción del tiempo en hipoglucemia a pesar de un aumento de DDT de insulina de 24UI con una mejora del control.

P-161. USO DE ISCI EN DOS CASOS DE DIABETES Y ELEVADA RESISTENCIA A LA INSULINA: 2 CASOS CLÍNICOS SINGULARES

M. Ozalla Ruiz-Rozas, P. Gil, A. Puig, V. Engracia Rodríguez, M. Sánchez, Á. Ortiz y O. Simó-Servat

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción: En pacientes con diabetes tipo 2 y alta resistencia a la insulina el uso de un dispositivo ISCI puede resultar útil para el control metabólico. Además, ofrece la ventaja de reducir el número de inyecciones de insulina. Describimos dos casos clínicos de pacientes con diabetes y elevada resistencia a la insulina que se trataron con ISCI durante la hospitalización para resolución de la hiperglicemia grave.

Casos clínicos: Caso clínico 1: Mujer de 29 años afecta de diabetes con resistencia a la insulina asociada a lipodistrofia secundaria a enfermedad mixta del tejido conectivo. La paciente estaba en seguimiento por endocrinología desde 2014, bajo tratamiento con insulina basal, pioglitazona, metformina y dapagliflozina. En los últimos controles requirió un incremento progresivo en los requerimientos de insulina (insulina degludec 100 UI/día, Insulina lispro > 200 UI/día), sin mejorar el control metabólico (HbA_{1c} 8,5%, TIR 26%). Se decidió ingreso hospitalario para insulino terapia endovenosa, precisando hasta 6 UI/kg peso al día. Se decidió probar tratamiento con ISCI sin catéter (Dispositivo Accu-chek Solo®) utilizando insulina lispro U200, con una excelente evolución (actualmente presenta HbA_{1c} 6,7%, TIR 83%, sin hipoglucemias). Caso clínico 2: Varón de 77 años con diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución, en tratamiento con múltiples dosis de insulina con buen control metabólico previo. Ingresó por descompensación hiperglucémica cetótica con requerimientos muy elevados de insulina endovenosa (10 UI/kg peso al día), diagnosticándose de un síndrome de resistencia tipo B. Tras instaurar tratamiento inmunosupresor, se pudo retirar la insulina endovenosa, pero presentaba difícil control con múltiples dosis de insulina (hiperglucemia persistente con hipoglucemias nocturnas). Se decide ensayar tratamiento con ISCI Medtronic 780® sin algoritmo de control con insulina rápida humana® (reacción inmune con los análogos de insulina rápida), consiguiendo un aceptable control (TIR 46%).

Discusión: La hiperglicemia grave asociada al síndrome de resistencia insulínica, independientemente de su etiología, el tratamiento inicial de elección es la insulino terapia endovenosa. Sin embargo, la implementación de ISCI permite una resolución más rápida de la hiperglicemia aguda, facilitando la suspensión de la insulina endovenosa. Además, la ISCI reduce los requerimientos insulínicos en comparación a MDI. Es fundamental individualizar objetivos de control glucémico y adaptar la educación diabetológica a las necesidades específicas del paciente. Asimismo, resulta prioritario formar al personal de Enfermería y médicos de planta en el manejo de ISCI y MCG con el fin de optimizar los resultados clínicos.

P-162. APP SERGAS DIABETES: UN AVANCE TECNOLÓGICO PARA FACILITAR LA GESTIÓN DE LA DIABETES

C. Santiago Vázquez, N. Palacios Paíno y B. Portela Martín-Esperanza

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, España.

Objetivos: El objetivo principal consiste en desarrollar una aplicación, dirigida tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios, que permita facilitar la gestión de la diabetes y el acceso a la información de manera segura. Esto será posible mediante la integración de la *app* con la historia clínica electrónica del Servicio Gallego de Salud (SERGAS).

Material y métodos: SERGAS Diabetes se basa en un sistema multiplataforma formado por un *backend* desarrollado en JAVA (encargado de gestionar toda la lógica del sistema), una aplicación web implementada con el *framework* de Javascript React JS (que permite a los facultativos realizar el seguimiento de los pacientes) y, por último, una *app* móvil desarrollada en React Native compatible con iOS y Android donde los usuarios registran todos los valores relevantes para el autocontrol de la patología. La plataforma cuenta con un sistema de interoperabilidad que le permite integrar la información de otros sistemas SERGAS y nubes de proveedores.

Resultados: A través de la aplicación móvil "Sergas Diabetes" es posible la integración con dispositivos de medición de glucosa mediante conexión bluetooth, así como con bombas de insulina y con diversas aplicaciones de salud (iOS Health y Google Fit). Esta aplicación se integrará con cualquier sistema de información del SERGAS y permitirá la unificación de entrega de resultados de numerosas variables clínicas. Por otra parte, permitirá el empoderamiento del paciente y una mejora en la calidad de vida, unificando diferentes herramientas que aportan beneficios en la vida diaria de los usuarios. Estas herramientas estarán relacionadas con distintos aspectos, como son la gestión de la actividad física, el conteo de raciones de hidratos de carbono y la posibilidad de seguimiento por parte de los cuidadores.

Conclusiones: El desarrollo de aplicaciones tecnológicas como "Sergas Diabetes" facilita la autogestión de la diabetes por parte de los pacientes. Además de esto, permite la unificación de la información, lo que facilita en última instancia el seguimiento conjunto por parte de los distintos profesionales sanitarios.

P-163. TELEASISTENCIA: UN PASO ADELANTE EN EL MANEJO DE LA DIABETES

B. Portela Martín-Esperanza, C. Santiago Vázquez y N. Palacios Paíno

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, España.

Objetivos: El objetivo principal consiste en demostrar la utilidad de la implantación de un sistema de teleasistencia que facilite el manejo y seguimiento de la diabetes.

Material y métodos: La integración en la historia clínica informatizada de todos los datos relacionados con la diabetes es posible gracias a una nueva versión del sistema informático del SERGAS (IANUS 5) junto con la plataforma TELEA, que consiste en una plataforma de telemonitorización domiciliaria capaz de recibir variables y generar informes AGP.

Resultados: A través de la teleasistencia, tanto los pacientes como sus cuidadores dispondrán de un único dispositivo que facilitará un mejor control y gestión de la diabetes, el cual consiste en una aplicación móvil que engloba múltiples aspectos relacionados con la diabetes (deporte, alimentación, control glucémico...). Por otra parte, la teleasistencia facilita el trabajo y la labor asistencial de los profesionales al disponer de los datos de los pacientes en tiempo real, integrados en la historia clínica sin tener que depender de aplicaciones o webs ajenas y con diferentes sistemas. Otra de las ventajas atribuibles al IANUS 5 es la implantación de un sistema de entrega y recogida de los dispositivos de monitorización continua de glucosa y sistemas de infusión subcutánea de insulina a domicilio.

Conclusiones: El desarrollo de un sistema de teleasistencia es beneficioso tanto para los pacientes como para los profesionales. A los pacientes les facilita la gestión de su diabetes mediante la *app* SERGAS Diabetes y por medio de la recepción a domicilio de todo el material que precisan, mientras que a los profesionales les facilita el seguimiento al disponer de toda la información en una misma plataforma.

P-164. ANÁLISIS DE COSTE-UTILIDAD EN ESPAÑA DE LOS SISTEMAS FREESTYLE LIBRE FRENTE A LA AUTOMONITORIZACIÓN DE LA GLUCOSA CAPILAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON INSULINA BASAL Y MAL CONTROL GLUCÉMICO

A. Cebrián Cuenca^a, A.M. Hernández Martínez^b, F.J. Ampudia-Blasco^c, V. Bellido Castañeda^d, J. Carretero Gómez^e, F. Gómez Peralta^f y P. Mezquita-Raya^g

^aCentro de Salud Cartagena Casco, Cartagena, España. ^bServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. ^cServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valencia, España. ^dServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ^eServicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Badajoz, España. ^fServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Segovia, España. ^gServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España.

Objetivos: Realizar un análisis coste-utilidad de los sistemas FreeStyle Libre (FSL) frente a la automonitorización de glucosa capilar (AMGC) en adultos con diabetes tipo 2 (DM2) tratados con insulina basal (IB) y mal control glucémico.

Material y métodos: Utilizando el modelo DEDUCE adaptado para estimar costes (€,2024) y años de vida ajustados por calidad (AVAC) en un horizonte temporal de 50 años, desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud Español, se generó una cohorte hipotética de 10.000 pacientes a partir de características basales extraídas de la literatura: HbA_{1c} = 9,2%, edad = 62,9 años. La incidencia, costes y disutilidades de eventos agudos (hipoglucemias leves (HL) [17,02 eventos/personas-año], graves (HG) [2,5 eventos/personas-año], cetoacidosis (CAD) [0,0025 eventos/personas-año]), y de complicaciones crónicas (insuficiencia renal [IR], ceguera, ictus, insuficiencia cardíaca [IC] e infarto de miocardio [IM]) se obtuvieron de trabajos publicados. El modelo simuló la aparición de complicaciones crónicas a partir de características basales y niveles de HbA_{1c} , mediante el motor RECODE. En este modelo, FSL se asoció con una reducción

del -1,1% de HbA_{1c} , -58% de HL/HG y -68% de CAD conforme estudios de vida real. Según recomendaciones clínicas nacionales, la AMGC requiere 2,5 tiras/lancetas diarias (0,55 €/tira; 0,14 €/lanceta). FSL necesita 26 sensores/año (3,00 €/sensor-día) y reduce el uso de tiras/lancetas un 83%. Se aplicó una tasa de descuento del 3% anual. Los parámetros utilizados fueron validados por expertos. Adicionalmente, se realizaron análisis de sensibilidad (AS).

Resultados: FSL se asoció a una ganancia de 13,86 AVG y 9,98 AVAC frente a 13,26 AVG y 9,18 AVAC asociados a la AMGC. El coste/paciente resultó 60.196 € para FSL y 74.992 € para AMGC. En comparación con AMGC, FSL presentó mayores costes de monitorización (+8.458 €), pero se asoció con una reducción de los costes de manejo de eventos agudos en -19.296 € (HL: -471 €; HG: -18.769 €; CAD: -56 €) y de complicaciones crónicas en -3.958 € (IR: -502 €; Ceguera: -254 €; IM: -1.843 €; Ictus: -930 €; IC: -429 €). Frente a AMGC, FSL resultó ser una alternativa dominante por el incremento de AVAC (+0,80) y la reducción del coste total (-14.797 €). Los AS demostraron la robustez de los resultados.

Resultados

	FSL	AMGC	Incremental (FSL vs. AMGC)
AVAC totales	9,98	9,18	+0,80
Costes totales	60.196 €	74.992 €	-14.797 €
Monitorización	17.037 €	8.580 €	+8.458 €
Complicaciones crónicas	28.983 €	32.940 €	-3.958 €
IR	4.680 €	5.183 €	-502 €
Ceguera	3.998 €	4.253 €	-254 €
IM	13.674 €	15.516 €	-1.843 €
Ictus	3.062 €	3.992 €	-930 €
IC	3.569 €	3.997 €	-429 €
Eventos agudos	14.176 €	33.472 €	-19.296 €
HL	370 €	841 €	-471 €
HG	13.779 €	32.548 €	-18.769 €
CAD	27 €	83 €	-56 €
RCEI (€/AVAC)	Dominante		

Conclusiones: En personas con DM2 tratadas con IB y mal control glucémico, los sistemas FSL representan una alternativa eficiente para monitorización de la glucosa, ya que reducen los costes sanitarios asociados al tratamiento de las complicaciones agudas y crónicas.

P-165. IMPACTO DEL CAMBIO A SISTEMAS DE INFUSIÓN DE INSULINA DE ASA CERRADA EN EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 A TRATAMIENTO CON BOMBA DE INSULINA

I. Fernández-Xove^a, E.-J. Díaz López^a, M.N. Caamaño-Lois^a, M. Fernández-Argüeso^a, O. Díaz-Trastoy^a, P. Andújar-Plata^a y M. Pazos-Couselo^b

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), Santiago de Compostela, España. ^bDepartamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidades de Santiago de Compostela, España.

Introducción y objetivos: Los sistemas de infusión de insulina de asa cerrada, combinan una bomba de insulina, un sensor de glucosa y un algoritmo de control para ajustar automáticamente la dosis de