

**Material y métodos:** La integración en la historia clínica informática 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 ajena 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<sup>a</sup>, A.M. Hernández Martínez<sup>b</sup>, F.J. Ampudia-Blasco<sup>c</sup>, V. Bellido Castañeda<sup>d</sup>, J. Carretero Gómez<sup>e</sup>, F. Gómez Peralta<sup>f</sup> y P. Mezquita-Raya<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Cartagena Casco, Cartagena, España. <sup>b</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. <sup>c</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valencia, España. <sup>d</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. <sup>e</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Badajoz, España. <sup>f</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Segovia, España. <sup>g</sup>Servicio 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<sub>1c</sub> = 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 cardiaca [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<sub>1c</sub>, mediante el motor RECODE. En este modelo, FSL se asoció con una reducción

del -1,1% de HbA<sub>1c</sub>, -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 AVAC y 9,98 AVAC frente a 13,26 AVAC 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<sup>a</sup>, E.-J. Díaz López<sup>a</sup>, M.N. Caamaño-Lois<sup>a</sup>, M. Fernández-Argüeso<sup>a</sup>, O. Díaz-Trastoy<sup>a</sup>, P. Andújar-Plata<sup>a</sup> y M. Pazos-Couselo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), Santiago de Compostela, España. <sup>b</sup>Departamento 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

**Tabla P-165**

Parámetro	Inicio	3 meses	p
TIR (70-180 mg/dL) (%)	53 (39-65)	75 (61,75-79,75)	0,000
TAR1(> 180 mg/dL) (%)	23 (19-32)	18,5 (15,25-25,5)	0,004
TAR2 (> 250 mg/dL) (%)	14 (4-24)	4 (2,25-7)	0,000
TBR1 (< 70 mg/dL) (%)	3 (1-5)	2 (1-4)	0,103
TBR2 (< 54 mg/dL) (%)	0 (0-1)	0 (0-1)	0,169
Glucemia media (mg/dl)	174 (144-196)	146 (138,25-165)	0,000
CV (%)	38,95 (35,5-44,3)	33,95 (30,975-36,375)	0,006
GMI (%)	7,45 (6,8-8)	6,85 (6,62-7,27)	0,001

TIR: tiempo en rango; TAR: tiempo por encima del rango; TBR: tiempo por debajo del rango; CV coeficiente de variación; GMI: indicador de gestión media.

insulina. Esto mejora el control glucémico y reduce episodios de hipoglucemias e hiperglucemias en pacientes con diabetes. El estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto del cambio de un sistema de infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) con sensor no integrado a uno de asa cerrada en pacientes con diabetes tipo 1 (DM1), centrándose en parámetros clave de control glucémico.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo, se incluyeron 24 pacientes ambulatorios con DM1 atendidos en las consultas de Endocrinología del Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela que cambiaron de ISCI con sensor no integrado a sistema de asa cerrada. Se analizaron los datos glucométricos en el momento del cambio al sistema de asa cerrada y tres meses después. Los resultados se presentaron como mediana y rango intercuartílico (IQR) y se empleó el test de Wilcoxon para valorar diferencias en la evolución.

**Resultados:** En cuanto a los pacientes analizados: 66,7% eran hombres, con una edad mediana de 49 años (39-56) y un tiempo de evolución de la diabetes de 28,5 años (19,5-33,75). La HbA<sub>1c</sub> previa al cambio era de 7,8% (7-8,6). Entre las complicaciones prevalentes encontramos: retinopatía (7 pacientes: 29,2%), neuropatía (2: 8,3%) y enfermedad cerebrovascular (1: 4,2%). Los motivos del cambio fueron: mal control metabólico (15 casos: 62,5%), mejora en la calidad de vida (5: 20,8%), episodios graves de hipoglucemias (3: 12,5%) y variabilidad glucémica (1: 4,2%). Los sistemas que se iniciaron: 15 (62,5%) pasaron a Medtronic 780G + Guardian4, 5 (20,8%) a CamAPS+ FreeStyle Libre 3 y 4 (16,7%) a Control IQ + Dexcom G7. Las variables con significación estadística se muestran en la tabla.

**Conclusiones:** Los sistemas de infusión de insulina de asa cerrada han demostrado ser efectivos en el manejo de la DM1. Así, en nuestra serie de pacientes a tratamiento con ISCI y sensor no integrado tras el paso a sistemas de asa cerrada se han observado mejorías significativas en tiempo en rango, glucemia media y variabilidad glucémicas.

#### P-166. IMPACTO DE LA INGESTA DIARIA DE HIDRATOS DE CARBONO EN EL CONTROL GLUCÉMICO DE PACIENTES CON SISTEMA DE ASA CERRADA HÍBRIDA TANDEM CONTROL IQ

E. Serisuelo Meneu<sup>a</sup>, P. Abellán Galiana<sup>a,b</sup>, B. Pla Peris<sup>a</sup>, C. Bernús Mallén<sup>a</sup>, A. Rizo Gellida<sup>a</sup>, J.V. Gil Boix<sup>a</sup> y A.Á. Merchant Alfaro<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Hospital General Universitario de Castellón, España.

<sup>b</sup>Universidad CEU Cardenal Herrera, Castellón, España.

<sup>c</sup>Universidad Jaume I, Castellón, España.

**Introducción:** Las dietas “low carb” y “keto” se proponen como herramienta terapéutica para mejorar el control metabólico y disminuir la variabilidad en personas con diabetes.

Variable	HC	Media	Desv. estándar	Sig (ANOVA)
% muy alta (> 250 mg/dL)	1 2 3	9,56 4,39 0,71	8,66 3,02 0,75	0,000
% alta (181-250 mg/dL)	1 2 3	20,86 18,69 7,86	8,17 6,46 5,27	0,000
% TIR (70-180 mg/dL)	1 2 3	66,74 74,92 89,43	14,72 8,41 5,15	0,000
% baja (55-69 mg/dL)	1 2 3	2,21 1,61 1,71	1,45 1,26 1,97	0,117
% muy baja (< 55 mg/dL)	1 2 3	0,60 0,29 0,29	0,87 0,64 0,48	0,120
Glu. media (mg/dL)	1 2 3	160,35 149,10 129,14	27,76 11,22 9,90	0,000
% GMI	1 2 3	7,15 6,85 6,38	0,66 0,26 0,25	0,000
% coef. variación	1 2 3	37,36 31,76 24,38	5,05 5,16 2,74	0,000
Dosis ins. (UI/día)	1 2 3	47,70 37,78 34,04	19,86 15,31 13,34	0,013
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	1 2 3	25,96 25,68 26,17	3,20 4,34 1,79	0,909
Fac. Sens. (g HC/UI)	1 2 3	43,56 53,39 57,64	16,70 16,60 14,63	0,009

α de 0,05 (5%) para ANOVA.