

EDN

Endocrinología, Diabetes y Nutrición

www.elsevier.es/endo

Volumen 73 | Suplemento 1 | Abril 2026

English Text Available On-Line

Indexada en:

Index Medicus/MEDLINE,
Scopus,
EMBASE/Excerpta Medica,
Science Citation Index
Expanded (SciSearch®)
y Journal Citation Reports/
Science Edition

SEEN



Sociedad Española de
Endocrinología y Nutrición

www.seen.es



SED | SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE DIABETES

www.sediabetes.org

Órgano de expresión de la Sociedad Española
de Endocrinología y Nutrición
y de la Sociedad Española de Diabetes

Factor de impacto 2024: 1,8
© Clarivate Analytics

LA NUEVA ERA DE OZEMPIC®



- ✓ **CONTROL EFICAZ DE LA HbA_{1c} Y DEL PESO^{1-3*}**
- ✓ **BENEFICIO CV, RENAL Y EN ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA^{1,4-6S#}**
- ✓ **REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CUALQUIER CAUSA^{1,5}**

NUEVAS PRESENTACIONES¹



VER FICHA TÉCNICA



Presentaciones, precio y condiciones de prescripción y financiación: Ozempic 0,25 mg solución inyectable, envase con 1 pluma precargada y 4 agujas desechables NovoFine Plus. Ozempic 0,5 mg solución inyectable, envase con 1 pluma precargada de 1,5 ml y 4 agujas desechables NovoFine Plus. Ozempic 0,5 mg solución inyectable, envase con 1 pluma precargada de 3 ml y 4 agujas desechables NovoFine Plus. Ozempic 1 mg solución inyectable, envase con 1 pluma precargada y 4 agujas desechables NovoFine Plus. Financiados por el Sistema Nacional de Salud PVP/IVA: 117,89 €. Ozempic 1 mg solución inyectable, envase con 1 pluma precargada y 8 agujas desechables NovoFine Plus. Financiados por el Sistema Nacional de Salud PVP/IVA: 204,83 €. Ozempic 2 mg solución inyectable, envase con 1 pluma precargada y 4 agujas desechables NovoFine Plus. Financiados por el Sistema Nacional de Salud PVP/IVA notificado: 253,52€. Medicamento sujeto a prescripción médica. Cupón precinto con visado de inspección y aportación reducida. El uso de Ozempic está financiado para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en personas obesas con un índice de masa corporal igual o mayor de 30Kg/m² y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado. No se incluye en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud la posología de 2 mg una vez a la semana. La siguiente presentación no se encuentra comercializada: Ozempic 2mg.

Ozempic® está indicado para el tratamiento de adultos con diabetes tipo 2 mal controlada, como complemento de la dieta y el ejercicio.¹ *El tratamiento con semaglutida demostró reducciones continuadas, estadísticamente superiores y clínicamente significativas en la HbA_{1c} y en el peso corporal durante un periodo de hasta 2 años, en comparación con placebo y el tratamiento de control activo (sitagliptina, insulina glargina, exenatida de liberación prolongada (LP) y dulaglutida). Ozempic® mejora la capacidad de caminar y la calidad de vida en pacientes con EAP y DM2.¹ #Los beneficios incluyen una reducción probada del riesgo de eventos cardiovasculares y renales en estudios SUSTAIN-6 y FLOW. DM2: diabetes mellitus tipo 2; EAP: enfermedad arterial periférica; CV: cardiovascular; HbA_{1c}: hemoglobina glicosilada. & Ozempic® 2 mg está autorizado en España pendiente de comercialización.

Referencias: 1. Ficha técnica de Ozempic®. 2. Capenhorn MS et al. Diabetes Metab 2020;46(2):100-109. doi: 10.1016/j.diabet.2019.101117. 3. Lingvay I et al. Lancet Diabet Endocrinol 2019;7(11):834-844. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30311-0. 4. Marso SP et al. N Engl J Med. 2016;375(19):1834-1844. doi: 10.1056/NEJMoa1607141. 5. Perkovic V et al. N Engl J Med. 2024; 391(2):109-121. doi: 10.1056/NEJMoa2403347. 6. Bonaca MP et al. Lancet 2025;405(10489):1580 - 1593.



Imagen de pacientes ficticios. Este material tiene carácter promocional y está dirigido exclusivamente a profesionales sanitarios con capacidad de prescribir o dispensar medicamentos y está desarrollado conforme a la normativa aplicable en materia de publicidad de medicamentos de uso humano, apoyándose en referencias bibliográficas válidas y relevantes. NN ha revisado el cumplimiento de lo anterior, así como la adecuación de la información presentada a las correspondientes Fichas Técnicas aprobadas. Si desea informarnos sobre un acontecimiento adverso o reclamación técnica, por favor, diríjase a la dirección 012_SpainFarmacov@novonordisk.com. Antes de prescribir, consulte la ficha técnica del producto. Novo Nordisk no recomienda el uso de sus productos en indicaciones diferentes a las incluidas en la ficha técnica. Este material está destinado exclusivamente a profesionales sanitarios, por lo que no se permite su difusión directa o indirecta a través de redes sociales u otros medios a público general. 2026 © Novo Nordisk A/S. ES260ZM00038



XXXVII CONGRESO DE LA FUNDACIÓN SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES

Sevilla, 15-17 de abril de 2026

Junta Directiva de la SED

Presidente

Fco. Javier Ampudia Blasco

Presidente electo

Dídac Mauricio Puente

Vicepresidenta 1.^a

M^a José Picón César

Vicepresidenta 2.^a

Petra I. Lorenzo Ovejero

Secretaria

Amparo Marco Martínez

Vicesecretaria

Ana Cebrián Cuenca

Tesorero

Luis Castaño González

Vocales

Jessica Ares Blanco

Elsa Fernández Rubio

Margarita Giménez Álvarez

Cintia González Blanco

Susana Pica Montesinos

Rocío Villar Taibo

Presidente Patronato FSED

Antonio Pérez Pérez

Comité Organizador

Presidenta

M.^a Asunción Martínez Brocca

Vocales

Mar Casado Naranjo

María Victoria Cózar León

Benoit Gauthier

Lucía Hidalgo Sotelo

Franz Martín Bermudo

Carmen Mateo Rodríguez

Mariola Méndez Muros

María José Picón César

Carmen Polvillo

Reyes Rave García

Pablo Rodríguez de Vera Gómez

Carmen Ruiz Trillo

María Eugenia Ruiz

Isabel Serrano Olmedo

Comité Científico

Presidenta

M.^a José Picón César

Vocales

Elsa Fernández Rubio

Cintia González Blanco

Petra I. Lorenzo Ovejero

Franz Martín Bermudo

M.^a Asunción Martínez Brocca

Susana Pica Montesinos

Isabel Serrano Olmedo

Volumen 73, Suplemento 1, Abril 2026

Sumario

XXXVII CONGRESO DE LA FUNDACIÓN SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES

Sevilla, 15-17 de abril de 2026

COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACIONES ORALES 01: DIABETES Y GESTACIÓN	1
COMUNICACIONES ORALES 02: COMPLICACIONES DE LA DIABETES	4
COMUNICACIONES ORALES 03: EXPERIMENTAL	7
COMUNICACIONES ORALES 04: MONITORIZACIÓN Y COMPLICACIONES DE LA DIABETES	10
COMUNICACIONES ORALES 05: TRATAMIENTO DIABETES TIPO 1	13
COMUNICACIONES ORALES 06: EDUCACIÓN TERAPÉUTICA	17
COMUNICACIONES ORALES 07: GENÉTICA Y EPIDEMIOLOGÍA	19
COMUNICACIONES ORALES 08: OBESIDAD Y TRATAMIENTO DM2	22
COMUNICACIONES ORALES 09: TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA DIABETES	25
COMUNICACIONES ORALES 10: MISCELÁNEA	29

PÓSTERES

01. EXPERIMENTAL	33
02. GENÉTICA E INMUNOLOGÍA	37
03. EPIDEMIOLOGÍA	40
04. DIABETES Y GESTACIÓN	52
05. MONITORIZACIÓN DE LA DIABETES	61
06. TRATAMIENTO DIABETES TIPO 1	70
07. TRATAMIENTO DIABETES TIPO 2	76
08. OBESIDAD	83
09. COMPLICACIONES DE LA DIABETES	85
10. EDUCACIÓN TERAPÉUTICA	103
11. TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA DIABETES	120
12. OTROS	137

ÍNDICE DE AUTORES	142
-------------------	-----

COMUNICACIONES ORALES

XXXVII Congreso de la Fundación Sociedad Española de Diabetes

Sevilla, 15-17 de abril de 2026

COMUNICACIONES ORALES 01:
DIABETES Y GESTACIÓNO-001. RELACIÓN ENTRE EXPOSICIÓN PRENATAL
A METALES PESADOS Y DIABETES GESTACIONAL

Ana Victoria García Gómez^a, Leire Cardo^b, Elsa Villa-Fernández^{a,c}, Miguel García-Villarino^{a,c}, Jessica Ares^{a,c,d}, Edelmiro Menéndez-Torre^{a,c,d} y Carmen Lambert^a

^aInstituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, España. ^bServicio de Bioquímica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ^cUniversidad de Oviedo, Oviedo, España. ^dServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Introducción y objetivos: La diabetes gestacional (DMG), con una incidencia del 15-20%, conlleva importantes riesgos tanto para la madre como para el feto. Aunque sus mecanismos fisiopatológicos no se conocen por completo, se sospecha que factores ambientales como los disruptores endocrinos podrían influir en su aparición. El impacto de la exposición a metales pesados antes del embarazo sigue siendo poco conocido. Este proyecto surge como subestudio del proyecto PI22/01125-DIABEST, y tiene como objetivo analizar si

la exposición prenatal a distintos metales pesados se correlaciona con la incidencia de DMG.

Material y métodos: Para llevar a cabo este estudio se han recogido muestras biológicas, y datos clínicos de 50 mujeres gestantes del Área IV de Asturias desde marzo de 2025. Se les realizó un cuestionario de hábitos de vida y alimenticios previos a la gestación. El análisis de 13 metales en sangre (arsénico (As), cadmio (Cd), plomo (Pb), mercurio (Hg)), suero (Cobre (Cu), selenio (Se), Zinc (Zn)) y orina [cromo (Cr), cobalto (Co), níquel (Ni), As, Cd, Hg, Pb] se llevó a cabo mediante espectrometría de masas con plasma de acoplamiento inductivo en el Servicio de Bioquímica del HUCA.

Resultados: La edad media es de 34,81 años con un IMC medio de 25,02 y una incidencia de DMG del 14,28%. Las gestantes con DMG presentaron niveles mayores de peso, IMC y peso del recién nacido ($p = 0,056$; $p = 0,033$; $p = 0,02$), respectivamente. Se han observado concentraciones más altas de Zn en suero en las mujeres con DMG ($p = 0,036$). Por otra parte, las gestantes fumadoras presentan concentraciones más elevadas de Pb en orina ($p = 0,02$) y más bajas de Cu en suero ($p = 0,007$). Se establecieron correlaciones entre la frecuencia de ingesta de determinados alimentos y la concentración de metales pesados, observándose correlaciones positivas en los pares descritos en la tabla. Finalmente, las gestantes con niveles alterados de As presentaron una mayor ingesta de arroz ($p = 0,025$).

Conclusiones: La cohorte presentó una incidencia de DMG acorde con la literatura y un perfil metabólico desfavorable, con mayor IMC materno y peso neonatal. El análisis estadístico muestra una relación entre la DMG y niveles anómalos de metales como el Zn, lo que su-

	Metal/Alimento	Almejas	Salmón	Pez espada	Atún rojo	Marisco	Arroz
Sangre	As	** $r = 0,439$				* $r = 0,361$	
	Hg	*** $r = 0,510$	** $r = 0,452$				
Suero	Se	** $r = 0,394$					
Orina	Cr				* $r = 0,322$		
	As	** $r = 0,367$					** $r = 0,421$
	Cd			** $r = 0,381$			
	Pb			** $r = 0,417$			

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

giere una influencia de la exposición ambiental. La dieta emerge como una vía relevante de exposición prenatal, destacando el consumo de arroz con concentraciones elevadas de As. No se identificaron correlaciones entre la zona de residencia o la exposición laboral a químicos y las concentraciones de metales en las muestras biológicas. Estos resultados preliminares, basados en las primeras 50 muestras analizadas, subrayan la importancia de seguir ampliando la cohorte, lo que permitirá obtener conclusiones más robustas.

O-002. IMPACTO DE LA DIABETES GESTACIONAL EN EL PERFIL LIPÍDICO MATERNO Y LOS BIOMARCADORES CARDÍACOS. DATOS DEL ESTUDIO EPI-DG

Alberto Piserra-López, Manuel Jesús Oneto Fernández, María Pozo, Ana Fernández, Ángel López, María José Picón César y Sonsoles Morcillo Espina

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Objetivos: Evaluar el perfil lipídico y biomarcadores cardiacos en la mitad de la gestación para identificar alteraciones cardiometabólicas tempranas en mujeres con diabetes gestacional (DG).

Material y métodos: Estudio prospectivo de casos y controles que incluyó 295 gestantes (111 con DG y 184 controles), reclutadas entre 2019 y 2024. El diagnóstico de DG se realizó mediante sobrecarga oral de glucosa de 100 g a las 24-28 semanas, según criterios NDDG. En el momento del diagnóstico se determinaron colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, apolipoproteína A-I (ApoA-I), apolipoproteína B (ApoB), lipoproteína (a) [Lp (a)], troponina ultrasensible I (hs-TnI) y NT-proBNP. Se compararon variables continuas y categóricas mediante pruebas estadísticas apropiadas.

Resultados: Las características basales fueron similares entre grupos. Las mujeres con DG presentaron con mayor frecuencia antece-

dentos personales de DG y cifras ligeramente superiores de presión arterial sistólica. En el análisis bioquímico, la DG se asoció con un perfil lipídico desfavorable, caracterizado por menores concentraciones de colesterol HDL y ApoA-I, y mayores niveles de triglicéridos. No se observaron diferencias significativas en colesterol total, LDL, ApoB ni Lp (a). La mayoría de las determinaciones de hs-TnI y NT-proBNP se situaron por debajo del límite de detección (tabla).

Conclusiones: Las mujeres con diabetes gestacional presentan alteraciones lipídicas tempranas, con descenso de HDL y ApoA-I y aumento de triglicéridos, que podrían contribuir a su mayor riesgo cardiovascular a largo plazo. Los biomarcadores no mostraron diferencias relevantes durante la gestación. Estos hallazgos apoyan la necesidad de estrategias preventivas precoces en este grupo de alto riesgo.

O-003. RESULTADOS PERINATALES EN MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL Y ANTECEDENTE DE CIRUGÍA BARIÁTRICA: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Irene Vinagre Torres^a, Mariona Estapé^a, Alba Andreu^a, Clara Murillo^b, Marta Guilleumes^b, Margarita Giménez^a y Federico Migliorelli^b

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic, Barcelona, España. ^bBCNatal - Barcelona Center for Maternal-Fetal and Neonatal Medicine (Hospital Clínic i Hospital Sant Joan de Déu), Barcelona, España.

Introducción y objetivos: La diabetes gestacional (DG) representa una de las complicaciones más frecuentes del embarazo y se asocia con un aumento de la morbimortalidad materno-fetal. La cirugía bariátrica (CB) ha demostrado mejorar el perfil metabólico y reducir la incidencia de DG, aunque se asocia a otras complicaciones como recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG).

Tabla O-002

Características basales

Características	Control (N = 184)	DG (N = 111)	Total (N = 295)
Edad (años)	33,2 ± 5,4	33,9 ± 4,7	33,5 ± 5,1
Altura (cm)	162,7 ± 5,7	161,6 ± 5,8	162,3 ± 5,7
Peso pregestacional (kg)	71,9 ± 16,8	72,1 ± 16,2	72,0 ± 16,6
IMC (kg/m ²)	27,2 ± 6,2	27,8 ± 5,8	27,4 ± 6,1
PAS (mmHg)	110,3 ± 12,7	116,4 ± 13,0	112,5 ± 13,2
PAD (mmHg)	71,0 ± 8,8	73,2 ± 9,6	71,8 ± 9,1
Gestaciones previas (mediana)	2 [1-2]	2 [1-3]	2 [1-3]
Nulíparas (%)	56	49	53

Variables lipídicas y biomarcadores cardiacos

Características	Control (N = 184)	DG (N = 111)	P valor
Colesterol total (mg/dL)	254,7 ± 46,2	252,2 ± 42,8	0,65
Triglicéridos (mg/dL)	185 [154-215]	204 [163-235]	0,013
HDL (mg/dL)	76,1 ± 16,2	69,3 ± 15,0	< 0,001
LDL (mg/dL)	140,8 ± 39,6	141,0 ± 39,7	0,98
ApoA-I (mg/dL)	225,5 ± 34,0	217,3 ± 34,0	0,044
ApoB (mg/dL)	129,2 ± 29,5	131,9 ± 28,2	0,43
Lp (a) (mg/dL)	18,4 [5,4-37,8]	15,1 [5,2-35,4]	0,49
hs-TnI detectable (%)	9,2	9,9	> 0,99
NT-proBNP detectable (%)	41	42	> 0,99

Sin embargo, existen pocos datos sobre el impacto que tiene la CB en los resultados del embarazo en mujeres que desarrollan DG. El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias en los resultados perinatales entre mujeres con DG con y sin antecedente de CB.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles en mujeres con DG atendidas en un hospital de tercer nivel entre el 2006 y 2024. Los casos correspondieron a mujeres con antecedente de CB y los controles a mujeres sin CB, apareados por edad materna e índice de masa corporal (IMC) pregestacional. Se evaluaron variables antropométricas y metabólicas basales y al final de la gestación, parámetros de control glucémico, complicaciones maternas, características del parto y resultados neonatales. El análisis estadístico se realizó utilizando el test exacto de Fisher y la prueba de Wilcoxon (para variables cuantitativas) para muestras independientes, considerando estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 88 gestantes con DG ($n = 44$ con antecedente de CB), con una mediana de edad al inicio de la gestación de 36,7 años y un IMC de 30,4 kg/m². El grupo con CB presentó menor proporción de recién nacidos grandes para la edad gestacional (4,5 vs. 25,0%, $p = 0,014$) y de macrosomía (0 vs. 13,6%, $p = 0,026$), con una menor tasa de cesáreas (25 vs. 47,7%, $p = 0,045$) en comparación con el grupo control. Aunque la diferencia en la proporción de PEG no alcanzó significación estadística, se observó una tendencia a mayor prevalencia en el grupo con CB (27,3 vs. 9,1%; $p = 0,051$). Las gestantes con antecedente de CB consiguieron mejor control glucémico (HbA_{1c} en el tercer trimestre: 4,9 vs. 5,6%; $p < 0,001$), sin diferencias en la tasa de insulínización (52,3 vs. 36,4%; $p = 0,198$) ni en el incremento ponderal gestacional (8,9 vs. 7,2 kg; $p = 0,302$). No se encontraron diferencias significativas en otras complicaciones maternas ni neonatales, incluyendo preeclampsia, ingreso en UCI neonatal, anomalías morfológicas, distrés respiratorio o prematuridad.

Conclusiones: La DG tras CB se asocia con mejor control glucémico durante la gestación y menor riesgo de macrosomía y cesárea, sugiriendo un efecto beneficioso sobre ciertos resultados perinatales. Sin embargo, la tendencia a un mayor porcentaje de recién nacidos PEG plantea la hipótesis de un posible sobrediagnóstico de DG en esta población al aplicar umbrales glucémicos no adaptados. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias diagnósticas y terapéuticas específicas para gestantes pos-CB.

O-004. DISGLUCEMIA A LARGO PLAZO EN MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL: RELEVANCIA DE LA GLUCEMIA 1 H POSTSOBRECARGA

Ana Carolina Serrano Coello^a, María Bonet Quiroga^a, Mónica Escribano Lociga^a, Montserrat Ramos Fortes^a, Isabel M. Pujol Jiménez^a, Lilian Cristina Mendoza Mathison^{a,b,c,d} y Rosa Corcoy Pla^{a,b,c,d}

^aHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

^bIRHSCSP, Barcelona, España. ^cCIBER-BBN, Barcelona, España.

^dDepartament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España.

Introducción: La glucosa plasmática a 1 hora (GP1h) elevada en el test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG) con 75 g se asocia a menor secreción y mayor resistencia a la insulina, así como con un mayor riesgo de enfermedad micro y macrovascular a largo plazo, incluso con valores basales y a las 2 h normales. Al ser la GP1h más sensible que los criterios convencionales (glucemia basal alterada (GBA), GP2h, HbA_{1c}), el Documento de Posicionamiento de la International Diabetes Federation (IDF) de 2024 la incluye como criterio diagnóstico para hiperglucemia intermedia (HI) (GP1h ≥ 155 mg/dL) y diabetes mellitus (DM) (GP1h ≥ 209 mg/dL). Sin embargo, hay pocos estudios que evalúen el impacto de estos criterios en el riesgo de disglucemia a largo plazo en mujeres con diabetes gestacional (DMG).

Objetivos: Evaluar el tiempo hasta el desarrollo de disglucemia en mujeres con DMG, seguidas a largo plazo, utilizando los criterios IDF2024 (basal + GP1h), Expert Committee 2003 (EC2003; basal + GP2h) o alguno de los dos e identificar variables predictoras.

Material y métodos: Estudio de supervivencia hasta el desarrollo de DM o HI/DM posparto en 2.731 mujeres con DMG según criterios EC2003, IDF 2024 o alguno de los dos (EC2003/IDF2024). Evaluación de predictores de disglucemia. Análisis estadístico: Curvas de Kaplan-Meier; regresión de Cox analizando variables intragestación como predictoras de HI/DM según EC2003/IDF 2024.

Resultados: Al inicio de la gestación, la edad media fue de 32,3 años, y el índice de masa corporal (IMC) 24,2 kg/m²; etnia 98,6% caucásica. La tabla muestra el análisis de supervivencia hasta el desarrollo de disglucemia según los criterios diagnósticos (tabla). En la regresión de Cox multivariante, el riesgo de HI/DM posparto aumentó con etnia no caucásica, antecedente de DMG, mayor edad e IMC maternos, tabaquismo pregestacional y valores elevados de GP2h en el TTOG intragestacional.

	N	Tiempo hasta el desarrollo de disglucemia (años)	
		Mediana	Intervalo de confianza 95%
DM			
EC2003	2.723	17,8	17,4-18,3
IDF2024	2.722	11,9	10,8-13,0
EC2003/IDF2024	2.703	11,9	10,7-13,1
HI/DM			
EC2003	2.731	7,7	7,3-8,1
IDF2024	2.731	4,3	3,5-5,0
EC2003/IDF2024	2.703	3,9	3,2-4,6

Conclusiones: En mujeres con DMG, la valoración de la tolerancia a la glucosa posparto, incluyendo la medición a 1 h tras la sobrecarga, reduce de forma clínicamente relevante el tiempo hasta el desarrollo de disglucemia. La alteración de la GP2h durante el embarazo, junto con factores clínicos y antecedentes maternos, predice el riesgo de HI/DM posparto.

O-005. GLUCEMIA A 1 HORA COMO PREDICTOR DE DIABETES A LARGO PLAZO TRAS DIABETES GESTACIONAL

Nerea Tomàs Ripollés, Nerea Vilanova Ricart, Luis Herrador de Soto Bravo, Maria de la Salut Castell Albert, Ariadna Prats Custal, Silvia Daniela Näf Cortés y Ana Megia Colet

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Joan XXIII, Universitat Rovira i Virgili, IRB CatSud. Ciberdem, Tarragona, España.

Introducción: La Federación Internacional de Diabetes (IDF) ha recomendado la glucemia a 1 hora (G1h) tras una sobrecarga oral de glucosa (SOG) de 75 g como un método útil para identificar personas con mayor riesgo de desarrollar diabetes. La reclasificación posparto de las mujeres con diabetes gestacional (DMG) se realiza habitualmente mediante una SOG de 75 g. La determinación de la G1h podría simplificar este procedimiento si demuestra una mayor sensibilidad para identificar a las mujeres con mayor riesgo de desarrollar diabetes (DM) a largo plazo. El objetivo de este estudio fue evaluar el valor de la G1h, utilizando el punto de corte establecido por la IDF, para identificar a las mujeres que desarrollan DM a largo plazo.

Material y métodos: Doscientas treinta y una mujeres con DMG fueron reevaluadas en el posparto mediante SOG de 75 g e invitadas a realizar un seguimiento al año, y a los 4, 7 y 10 años posparto. Se consideró hiperglucemia un valor de glucemia a 1 hora ≥ 155 mg/dl y a las 2 horas (G2h) ≥ 140 mg/dl. Ambos parámetros se evaluaron como predictores de DM a largo plazo. Se utilizaron la prueba de chi-cuadrado y el área bajo la curva (AUC) de las curvas ROC para determinar la precisión diagnóstica. Se emplearon curvas de Kaplan-Meier para estimar el riesgo dependiente del tiempo de desarrollar DM. Asimismo, se realizó una regresión de Cox ajustada por etnia, índice de masa corporal y antecedentes familiares de DM.

Resultados: En la evaluación posparto, 16 y 7 mujeres presentaban DM según los valores de G1h y G2h, respectivamente, mientras que 94 y 46 presentaban hiperglucemia ($p < 0,001$). Durante el seguimiento, 16 mujeres adicionales desarrollaron DM; de ellas, 15 presentaban hiperglucemia en la G1h y 10 en la G2h. La sensibilidad y especificidad de la G1h fueron del 93,9% y 57,7%, respectivamente, y las de la G2h del 62,5% y 82,7%. El AUC fue de 0,757 para la G1h y de 0,726 para la G2h. El tiempo libre de DM fue mayor en las mujeres con hiperglucemia en la G1h que en aquellas con hiperglucemia en la G2h ($92,5 \pm 6,2$ frente $86,3 \pm 9,9$ meses). En el modelo de regresión de Cox, tanto la G1h como la G2h se asociaron de forma independiente con un mayor riesgo de desarrollar DM.

Conclusiones: La G1h tras la SOG, utilizando el punto de corte recomendado por la IDF, mostró una mayor sensibilidad que la G2h para identificar a mujeres con DMG con mayor riesgo de desarrollar DM a largo plazo, con una capacidad predictiva comparable. Estos resultados respaldan el valor potencial de la G1h como herramienta para la reclasificación posparto e identificación temprana de mujeres con alto riesgo metabólico.

Financiado ISCII PI21/1479 y PI24/01451 y Fondos FEDER.

O-006. IMPACTO DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN GESTANTES CON DIABETES TIPO 2: ESTUDIO DE COHORTES MULTICÉNTRICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Berta Soldevila Madorell^{a,*,} Ana María Wägner^{b,} Ana Megía^{c,*,} María José Picón^{d,h,} María Goya^{e,i,} Gabriela Monroy^k y Verónica Perea^f

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol, Badalona, España. ^bServicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria, España. ^cServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España. ^dServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Virgen de la Victoria, Málaga, España. ^eServicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. ^fServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa, España. ^gCIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Madrid, España. ^hBiomedical Research Institute-IBIMA Plataforma BIONAND, Málaga, España. ⁱInstitut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Reus, España. ^jUniversitat Autònoma de Barcelona, España. ^kServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Objetivos: Evaluar el impacto del uso de la monitorización continua de glucosa (MCG) frente al autocontrol de glucemias capilares (ACGC) en el control glucémico y en los resultados maternos y neonatales de gestantes con diabetes tipo 2 (DM2) en práctica clínica real en España.

Material y métodos: Estudio observacional multicéntrico (16 hospitales, 2018-2025) que incluyó gestantes con DM2 y gestación única. Se compararon mujeres que utilizaron MCG durante el embarazo frente con aquellas con ACGC. Se analizó la HbA_{1c} por trimestre y, en usuarias de MCG, se evaluó el % de TIR en TAR o TBR según los objetivos de embarazo (glucemia sensor 63-140 mg/dl). Los resultados maternos y neonatales incluyeron ganancia ponderal gestacional, cesárea, preeclampsia, prematuridad, recién nacido grande para la edad gestacional (GEG), macrosomía e hipoglucemia neonatal. Se emplearon modelos multivariados lineales y logísticos ajustados por características maternas basales, así como por centro. Se aplicó imputación múltiple para datos faltantes.

Resultados: De las 311 mujeres incluidas, 145 (46,7%) utilizaron MCG, de las que el 81,3% la inició durante la gestación ($16,4 \pm 9,4$ semanas de embarazo). Las características basales fueron similares entre grupos (edad media $35,4 \pm 5,6$ años; IMC $31,2$ kg/m² [$27,6-36,3$]), salvo mayor primiparidad, mayor planificación preconcepcional y uso más frecuente de ácido fólico en el grupo MCG. De manera global, la HbA_{1c} disminuyó del primer (1T) al segundo trimestre (2T) (mediana $6,2\%$ [$5,8-6,8\%$] a $5,6\%$ [$5,3-6,0\%$]), con ligero aumento en el tercer trimestre (3T) ($5,8\%$ [$5,5-6,3\%$]), sin diferencias entre grupos. El grupo con MCG requirió con mayor frecuencia insulina prandial ($94,5$ vs. $82,5\%$; $p = 0,010$) y precisó dosis de insulina más altas a lo largo de la gestación. Entre el grupo MCG, el tiempo activo del sensor fue elevado desde el momento en que se inició y durante toda la gestación ($> 95\%$). No se observaron cambios significativos en TIR (1T: $77,3 \pm 19,7\%$, 2T: $78,5 \pm 15,9\%$, 3T: $77,5 \pm 16,8\%$), TBR, TAR, ni CV a lo largo de la gestación, y el 76-77% alcanzó los objetivos recomendados en 2T y 3T. Respecto a los resultados maternos/fetales, el uso de MCG se asoció con una mayor ganancia ponderal gestacional en comparación con ACGC (β ajustado $+2,99$ kg; IC95% $1,25-4,74$). La mayor tasa de cesárea observada en el grupo MCG en el análisis crudo ($51,7$ vs. $40,4\%$) perdió significación tras el ajuste. No se observaron diferencias (MCG vs. ACGC) en preeclampsia ($12,4$ vs. 9%), prematuridad ($13,8$ vs. $17,5\%$), GEG ($33,3$ vs. $30,4\%$), macrosomía (16 vs. $14,6\%$) ni hipoglucemia neonatal ($14,9$ vs. $15,2\%$).

Conclusiones: No se observaron diferencias en el control glucémico ni en la tasa de complicaciones materno-fetales tras la implementación de la MCG en gestantes con DM2. La mayor ganancia ponderal observada en el grupo con MCG merece ser investigada.

COMUNICACIONES ORALES 02: COMPLICACIONES DE LA DIABETES

O-007. REGRESIÓN DE RETINOPATÍA DIABÉTICA LEVE EN DM1: IMPACTO DEL USO DE MONITORIZACIÓN CONTINUA Y HbA_{1c}

José María Madruga Rubio, Ana Piñar Gutiérrez, Noelia Gros Herguido, San Amuedo Domínguez, Gema López Gallardo, Virginia Bellido Castañeda y Alfonso Soto Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Objetivos: Evaluar la asociación entre los parámetros obtenidos mediante monitorización continua de glucosa (MCG) y la evolución de la retinopatía diabética en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y retinopatía leve (RDL) durante un seguimiento de cinco años.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó pacientes con DM1 y RDL no proliferativa diagnosticada entre 2018 y 2020, con evaluación oftalmológica a cinco años y datos de MCG con $\geq 70\%$ de uso en los tres meses previos. Se excluyeron pacientes con otras patologías oculares o embarazo. Se recogieron variables demo-

Tabla O-007

Variable	Regresión (n = 65)	Estabilidad (n = 35)	Progresión (n = 13)	p
Uso del sensor (%)	98 (91-100)	96 (87-100)	94 (81-99)	0,2
GMI (%)	7,1 (6,7-7,6)	7,4 (6,9-7,8)	8,5 (7,3-8,7)	0,001
Glucosa promedio (mg/dL)	158 (143-176)	169 (149-189)	216 (166-228)	0,001
Coefficiente de variación (%)	36,4 (33-40,5)	37,5 (31,1-42,3)	37,7 (34,5-41,4)	0,893
Tiempo en rango (%)	66 (50-75)	58 (49-70)	35 (29-61)	0,001
Tiempo por encima de rango (%)	32 (20-45)	37 (25-48)	63 (37-69)	0,001
Tiempo por debajo de rango (%)	2 (1-5)	2 (1-5)	2 (1-5)	0,266

gráficas, clínicas, analíticas y glucométricas. La evolución de la retinopatía se clasificó en regresión, estabilidad o progresión. Para la comparación de variables cuantitativas entre los tres grupos se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, y para variables cualitativas el test de chi-cuadrado o Fisher según correspondiera. Se realizaron análisis descriptivos, comparativos y modelos de regresión logística uni- y multivariante para identificar factores asociados.

Resultados: n = 113, de los cuales 62 (54,9%) eran varones. Al diagnóstico inicial de RDL presentaban 21 (14-26) años de evolución de la DM1 con HbA_{1c} = 7,8 (7,3-8,5)%. En la segunda evaluación, 65 (57,5%) tuvieron regresión, 35 (31%) estabilidad y 13 (11,5%) progresión de la RDL. En la tabla se reflejan las diferencias entre grupos en los parámetros de MCG. También se obtuvieron diferencias significativas al comparar entre los pacientes con y sin regresión de la RDL de GMI (p = 0,007), glucosa promedio (p = 0,005), tiempo en rango (p = 0,007) y tiempo por encima de rango (p = 0,008). Hubo diferencias significativas (p = 0,034) en el porcentaje de pacientes que fumaban al inicio (20,3% en regresión, 16,6% en estabilidad y 85% en pacientes que progresaron). No se observaron diferencias entre grupos en la variación de HbA_{1c} ni en la proporción de pacientes con implantación de MCG o sistema integrado durante el seguimiento. En el análisis multivariante, un menor nivel de HbA_{1c} se asoció significativamente con mayor probabilidad de regresión de retinopatía diabética (OR = 0,51; IC95%: 29-0,88; p = 0,015), así como un mayor uso de MCG glucosa (OR = 1,06; IC95%: 1,00-1,11; p = 0,039).

Conclusiones: Un mejor control glucémico reflejado en menores niveles de HbA_{1c} y un mayor uso de monitorización continua de glucosa se asocian con regresión de la retinopatía diabética leve en pacientes con DM1. Estos resultados refuerzan la importancia del manejo intensivo de la glucemia y la adherencia a tecnologías de MCG para la prevención de la progresión de la retinopatía.

O-008. MICROSCOPIA CORNEAL CONFOCAL COMO MARCADOR DE AFECTACIÓN NERVIOSA PERIFÉRICA Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Beatriz Rodríguez Jiménez^a, Pablo Rodríguez de Vera Gómez^a, Manuel Caro Magdaleno^b, Raquel Monge Carmona^{b,c}, Ana María Castellano Guerrero^d y María Asunción Martínez-Brocca^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ^bServicio de Oftalmología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

^cDepartamento de Física de la Materia Condensada, Área de Óptica, Universidad de Sevilla, Sevilla, España. ^dUnidad de trastornos del Movimiento, Servicio de Neurología y Neurofisiología clínica, Instituto de Biomedicina de Sevilla, Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC, Sevilla, España.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (T1DM) es una enfermedad prevalente asociada a un mayor riesgo cardiovascular, afectación microvascular y deterioro cognitivo. Estudios previos describen un peor rendimiento cognitivo en personas con T1DM, con alteraciones en memoria, eficiencia psicomotora y funciones ejecutivas. La microscopía corneal confocal (MCC) es una técnica oftalmológica rápida, accesible y no invasiva que permite evaluar el plexo nervioso corneal (PNC) subbasal. El objetivo de este estudio es analizar si la T1DM se asocia a un mayor deterioro cognitivo, y si esta se asocia con alteraciones del PNC.

Material y métodos: Estudio observacional de corte transversal realizado en el Hospital Virgen Macarena (Sevilla) entre 2024-2025. Se incluyeron adultos con T1DM y seguimiento en consultas > 1 año con acceso a datos de glucometría intersticial, excluyendo aquellos con psicopatología de base y/o patología corneal.

Resultados: Se incluyeron un total de 71 sujetos (37 controles), 60,6% mujeres y edad media 51,7 ± 13,8 años. Las personas con T1DM, de media presentaban un TIR 64,9 ± 14,4%, TBR 4,4 ± 4,9%, TAR 21,6 ± 9,3% y GMI 7,0 ± 0,6%. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo T1DM y controles tanto en la prueba de cribado de deterioro cognitivo (puntuación 28,1 vs. 28,8 [IC95% -1,159;-0,208], p = 0,006), número de errores (0,45 vs. 0,07 [IC95% 0,139;0,630], p = 0,003) y repetición de palabras (0,26 vs. 0,07 [IC95% 0,006-0,377], p = 0,044) en la prueba de memorización de lista de palabras, subtest de dígitos (8 vs. 11, [IC95% 1;4], p < 0,001) y test de fluencia verbal (20,8 vs. 23,2 [IC95% -4,69;-0,16], p = 0,036). En cuanto al estudio oftalmológico, se observaron diferencias en la sensibilidad corneal mediante estesiómetro de Brill (2 vs. 1, p = 0,021), densidad de fibras nerviosas corneales (CNFD) (16,1 fibras/mm² vs. 24,9 fibras/mm², p = 0,007) y longitud (CNFL) (10,7 mm/mm² vs. 14,1 mm/mm², p = 0,043). Se observó una correlación negativa entre los años de evolución de la TDM1 y la CNFD (r = -0,553; p = 0,004), así como con la CNFL (r = -0,480; p = 0,015). La CNFD presentó correlación positiva con el número de palabras recordadas a los 30min (r = 0,293; p = 0,044) y correlación negativa con los errores en la prueba de Stroop (r = -0,301; p = 0,038). Por su parte, la CNFL mostró una correlación positiva con las palabras recordadas post-B (r = 0,307; p = 0,034), a los 30 min (r = 0,340; p = 0,018), y el total de palabras en la prueba FAS-Animales (r = 0,373; p = 0,009).

Conclusiones: Los adultos con T1DM presentan peor rendimiento cognitivo en comparación con controles sanos, junto con afectación significativa del PNC evaluada mediante MCC. La densidad y longitud de las fibras nerviosas corneales se asocian tanto con la duración de la enfermedad como con el desempeño en pruebas de memoria, atención y funciones ejecutivas. Estos hallazgos apoyan el uso de la MCC como marcador no invasivo de daño neuropático y sugieren una posible relación entre la afectación corneal y el deterioro cognitivo en la T1DM.

O-009. ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL EMPEORAMIENTO DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA LEVE: ESTUDIO PROSPECTIVO EN VIDA REAL

Olga Simó Servat^{a,b}, Josep Franch^{c,d}, Joan Barrot^{d,e}, Albert Lecube^{a,b}, Cristina Hernández^{a,b} y Rafael Simó^{a,b}

^aHospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ^bVall d'Hebron Institut de Recerca, Barcelona, España. ^cEAP Raval Sud, Barcelona, España. ^dFundación IDIAP Jordi Gol, Barcelona, España. ^eEAP Salt, Girona, España.

Introducción y objetivos: El seguimiento habitual que se recomienda de los pacientes con retinopatía diabética (RD) leve es de una periodicidad anual. Sin embargo, hay pacientes en los que la enfermedad ocular tiende a empeorar mientras que otros no. Existe muy poca evidencia de los factores de riesgo asociados y la monitorización necesaria en estos estadios incipientes de RD, que es el estadio donde las intervenciones terapéuticas pueden resultar más efectivas. El objetivo del presente estudio es evaluar qué factores de riesgo tienen un mayor impacto en el empeoramiento de la retinopatía diabética leve, y por tanto podrían identificar los cambios más relevantes para prevenir o retrasar la progresión de esta devastadora complicación de la diabetes.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en el que se incluyen 16.048 pacientes atendidos por los facultativos de Atención Primaria en el Instituto Catalán de la Salud entre 2010 y 2020 en toda Cataluña. Para el análisis de los datos se ha utilizado la base SIDIAP (*Sistema d'Informació pel Desenvolupament de la Recerca a Atenció Primària*). De todos los pacientes incluidos se disponía de una retinografía midriática inicial y el seguimiento. Todos los pacientes incluidos presentaban una RD leve en la retinografía inicial. Se han considerado variables clínicas como la edad, sexo, presencia de hipertensión arterial (tensión arterial sistólica y diastólica) y analíticas que incluían parámetros de control glucémico y perfil lipídico.

Resultados: De los 16.048 sujetos con RD leve, 1.230 progresaron a formas más avanzadas de la escala internacional de severidad de la RD a 2 años de seguimiento mientras que 14.818 se mantuvieron estables. De todas las variables analizadas observamos que la HbA_{1c} fue significativamente inferior en el grupo sin empeoramiento en comparación con el grupo que mostró empeoramiento (7,59 ± 1,68 vs. 8,37 ± 1,89; p < 0,001). La determinación del cociente microalbúmina/creatinina también mostró diferencias estadísticamente significativas (7,7 [0,03-2928] vs. 8,8 [0,1-2784,6], p = 0,02), aunque probablemente no clínicamente relevantes. En el análisis multivariante la HbA_{1c} fue la variable independiente con mayor impacto.

Conclusiones: La HbA_{1c} es el factor riesgo prevenible más importante que determina el empeoramiento de la RD leve. Este subgrupo se beneficiará de una optimización del control metabólico y un seguimiento más estrecho por parte de los diabetólogos y oftalmólogos involucrados en el manejo de estos pacientes.

O-010. RELACIÓN DE LOS PRODUCTOS FINALES DE GLICACIÓN AVANZADA EN LA PIEL CON LAS COMPLICACIONES MICROVASCULARES EN LA DIABETES TIPO 1

Alba Rojano Toimil^{a,c}, Mònica Sánchez^{a,c}, Elisabet Torras^b, Albert Lecube^{a,b,c}, Cristina Hernández Pascual^{a,b,c}, Rafael Simó^{a,b,c} y Olga Simó-Servat^{a,b,c}

^aHospital Vall d'Hebron, Barcelona, España. ^bUniversitat Autònoma de Barcelona, España. ^cVall d'Hebron Institut de Investigació (VHIR), Barcelona, España.

Introducción: Los productos finales de glicación avanzada (AGE) reflejan la acumulación de glicación tisular y se asocian a estrés

oxidativo y podrían ser útiles para identificar los pacientes con diabetes que presentan mayor riesgo para desarrollar complicaciones microvasculares (CM).

Objetivos: 1) Evaluar la asociación entre los niveles de AGE cutáneos y la presencia de CM personas con diabetes tipo 1 (DM1) 2) Explorar la relación entre niveles de AGE con la HbA_{1c} y otros parámetros glucométricos determinados mediante monitorización continua de glucosa (MCG).

Material y métodos: Estudio transversal en una cohorte de adultos con DM1 atendidos en la Unidad de Tecnologías de Diabetes de HUVH desde septiembre de 2024 hasta abril de 2025. Los AGE en la piel se determinaron de forma no invasiva con el dispositivo AGE Reader®, que mide la autofluorescencia de la piel. Se recogieron variables clínicas, métricas de MCG y la presencia de CM. Se realizaron análisis descriptivos y modelos de regresión logística multivariante para evaluar la asociación entre AGE y las complicaciones, ajustando por edad, duración de la diabetes, HbA_{1c} y parámetros derivados de MCG como TIR y GMI. Se consideró significación estadística p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 98 personas con DM1, con una edad media de 42,1 ± 13,5 años y una duración media de la diabetes de 21,5 ± 11,6 años. Los niveles medios de AGE cutáneos fueron de 2,39 ± 0,59. En el análisis multivariante, el tiempo de evolución de la diabetes y los AGE cutáneos fueron las únicas variables que se asociaron de forma independiente con la presencia de CM. No observamos correlación entre los AGE y HbA_{1c} ni con los parámetros glucométricos. Por cada incremento de una unidad de AGE, se observó un aumento significativo del riesgo global de presentar cualquier CM (OR 4,03; IC95% 1,31-13,6; p = 0,018), así como de retinopatía diabética (RD) (OR 3,88; IC95% 1,25-13,0; p = 0,022) y nefropatía diabética (ND) (OR 6,21; IC95% 1,41-34,3; p = 0,026) de forma aislada. Asimismo, como se mencionó al inicio, el tiempo de evolución de la diabetes se mantuvo como un predictor independiente de complicaciones (OR 1,08-1,09; IC95% 1,03-1,16; p < 0,01).

Conclusiones: Los niveles de AGE se asociaron de forma independiente con la presencia de RD y ND. Nuestros resultados sugieren que la determinación de AGE en la piel puede ser un método útil y no invasivo para identificar los sujetos de mayor riesgo para desarrollar CM.

O-011. IMPACTO DEL CONTROL GLUCÉMICO DURANTE EL PRIMER AÑO TRAS EL DIAGNÓSTICO SOBRE COMPLICACIONES Y MORTALIDAD A 10 AÑOS EN DIABETES TIPO 2: ESTUDIO HEBE

Antonio Jesús Blanco Carrasco^a, Berta Fernández-Camins^{b,d}, Josep Franch-Nadal^{b,d}, Dídac Mauricio^{c,d}, Elena Navas-Méndez^{b,d}, Emilio Ortega^{a,e} y Bogdan Vlachov^{c,d}

^aHospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. ^bInstituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP Jordi Gol), Barcelona, España. ^cHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^dCIBERDEM, España. ^eCIBEROBN, España.

Objetivos: Evaluar si el control glucémico durante el primer año tras el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se asocia al riesgo de complicaciones crónicas y la mortalidad a 10 años, independientemente de su evolución posterior.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohortes, basado en datos poblacionales procedentes del Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria de Catalunya. Se incluyeron 425.126 adultos con DM2 diagnosticada entre 2010 y 2017, apareados por edad y sexo (1:3) con 1.275.368 controles. El seguimiento se extendió hasta final de 2023. El control glucémico precoz se definió según la HbA_{1c} media entre los meses 3 y 15 tras el diagnóstico: cohorte buen control (HbA_{1c} < 7%,

43% de las personas con diabetes) y cohorte mal control ($HbA_{1c} \geq 7\%$, el resto). Se analizaron eventos cardiovasculares ateroscleróticos mayores (MACE), insuficiencia cardíaca (IC), microvasculares y mortalidad total ocurridos desde el primer año hasta el final del seguimiento. El análisis se realizó mediante modelos de riesgos proporcionales de Cox ajustados por edad y sexo.

Resultados: En el momento del diagnóstico, la HbA_{1c} media \pm desviación estándar fue de $7,49 \pm 1,62\%$. El 30%, 11% y 8,3% de los pacientes presentaron valores de HbA_{1c} de 7,0-8,4%, 8,5-10,0% y $> 10,0\%$, respectivamente. Tanto la cohorte global de pacientes con DM2, como las subcohortes de buen y mal control durante el primer año, mostraron una mayor incidencia de MACE, IC, y mortalidad por cualquier causa, comparadas con los sujetos control. La cohorte buen control presentó un menor riesgo de cardiopatía isquémica (*hazard ratio*, HR 0,81; IC95%: 0,79-0,83), ictus (HR 0,87; IC95%: 0,85-0,88), arteriopatía periférica (HR 0,74; IC95%: 0,72-0,76) e insuficiencia cardíaca (HR 0,86; IC95%: 0,84-0,88) y mortalidad total menor (HR 0,87; IC95%: 0,85-0,88) que la cohorte mal control. El HR del desenlace combinado de MACE, IC, y mortalidad total fue de 0,86 (IC95%: 0,85-0,87). Asimismo, el riesgo de complicaciones microvasculares fue menor en pacientes con buen control durante el primer año, tanto para enfermedad renal crónica (HR 0,86; IC95%: 0,85-0,87) como para retinopatía (HR 0,48; IC95%: 0,47-0,49). Estas diferencias se mantuvieron durante toda la década de seguimiento, incluso cuando el control glucémico posterior tendió a deteriorarse en ambos grupos, de manera más pronunciada en aquellos con mal control durante el primer año.

Conclusiones: En la práctica clínica real, el control del primer año tras el diagnóstico de la DM2 tiene relevancia pronóstica. El mal control glucémico temprano se asocia a un mayor riesgo de complicaciones y mortalidad, mientras que un buen control inicial parece conferir una protección sostenida a largo plazo. Estos resultados refuerzan la necesidad de optimizar precozmente el tratamiento al inicio, minimizando la inercia clínica durante un periodo clave de la enfermedad.

O-012. DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE MODELOS PREDICTIVOS BASADOS EN NOMOGRAMAS PARA HIPOGLUCEMIA GRAVE EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1 TRATADOS CON MÚLTIPLES DOSIS DE INSULINA: ESTUDIO SEHYPAN

Samuel Belmonte Lomas, Pablo Rodríguez de Vera Gómez, Virginia Bellido Castañeda, Miguel Damas Fuentes, María del Carmen Serrano Laguna, María Victoria Cózar León y María Asunción Martínez-Brocça

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Objetivos: Identificar predictores clínicos y glucémicos de hipoglucemia grave en adultos con diabetes tipo 1 (DM1) tratados con múltiples dosis de insulina (MDI) y desarrollar modelos predictivos individualizados, aplicables a la práctica clínica real.

Material y métodos: Estudio observacional multicéntrico de casos y controles realizado en Sistema Sanitario Público de Andalucía. Se incluyeron adultos (≥ 18 años) con DM1 tratados con MDI. Los casos fueron pacientes que requirieron atención prehospitalaria por servicios de emergencias (CES-061) por hipoglucemia grave entre 2018 y 2022. Los controles, sin episodios de hipoglucemia grave durante el período de estudio ni en los cinco años previos, se emparejaron 1:1 por edad, sexo, método de monitorización glucémica (autocontrol capilar o monitorización *flash* de glucosa [FGM]) y área sanitaria. Se recogieron variables clínicas, sociodemográficas, comorbilidades, antecedentes de hipoglucemia y datos del manejo de la diabetes. En usuarios de FGM se analizaron métricas del perfil glucémico ambulatorio, incluyendo tiempo en rango (TIR), tiempo por debajo de

rango (TBR) y variabilidad glucémica. Se desarrollaron modelos de regresión logística mediante división en cohortes de entrenamiento y validación (70%/30%). A partir de variables independientes identificadas, se construyeron nomogramas como herramienta gráfica para calcular puntaje de riesgo individual y probabilidad estimada de hipoglucemia grave. La capacidad discriminativa se evaluó mediante curvas ROC (AUC), y calibración mediante curvas e índice de Brier.

Resultados: Se analizaron 1.464 pacientes (799 casos y 665 controles). Los casos presentaron mayor número de comorbilidades (4,72 vs. 3,65; $p < 0,001$) y mayor duración de diabetes respecto a controles. En análisis multivariante, se asociaron independientemente con hipoglucemia grave: antecedente de episodio previo (OR 4,12; IC95% 3,11-5,47), hipoglucemias nocturnas frecuentes (OR 4,52; IC95% 3,18-6,48) y número de condiciones crónicas (OR 1,14; IC95% 1,04-1,25). El uso de FGM se asoció con menor riesgo (OR 0,29; IC95% 0,21-0,40). En modelo específico para usuarios de FGM, el tiempo en rango (TIR) se asoció con reducción del riesgo (OR 0,98; IC95% 0,97-0,99), mientras que tiempo por debajo del rango (TBR < 54 mg/dL) (OR 1,15; IC95% 0,98-1,37) y variabilidad glucémica (OR 4,56; IC95% 3,43-5,69) se asociaron con un incremento del mismo. Los nomogramas desarrollados presentaron AUC de 0,75 para modelo general y de 0,83 para modelo FGM, con sensibilidad superior al 84% para el punto de corte seleccionado.

Conclusiones: En adultos con DM1 tratados con MDI, la hipoglucemia grave se asocia fundamentalmente a antecedentes de episodios previos, hipoglucemia nocturna y mayor comorbilidad. El uso de FGM y mayor tiempo en rango ejercen efecto protector. Los nomogramas desarrollados permiten estratificación individualizada del riesgo, con potencial utilidad para optimizar estrategias preventivas y priorizar intervenciones en práctica clínica habitual.

COMUNICACIONES ORALES 03: EXPERIMENTAL

O-013. MIRNAS Y SUS GENES DIANA COMO POSIBLES BIOMARCADORES DE DISFUNCIÓN METABÓLICA EN OBESIDAD Y DIABETES

Carmen Lambert^{a,b}, Elsa Villa Fernández^{a,b,d}, Ana Victoria García^{a,b}, Judit Fernández-García^a, Alicia Cobo-Irusta^a y Elías Delgado^{a,b,c,d}

^aInstituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, España. ^bInstituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias, Oviedo, España. ^cHospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ^dUniversidad de Oviedo, Oviedo, España.

Introducción y objetivos: El estudio de los mecanismos moleculares asociados a las patologías metabólicas es un aspecto de gran interés para poder comprender mejor su etiología y evolución. El objetivo de este trabajo ha sido, caracterizar la expresión diferencial de miARNs en el tejido adiposo visceral (TAV) de personas con diferentes grados de disfunción metabólica y buscar los genes y vías metabólicas asociados a dichos cambios.

Material y métodos: En una primera cohorte de descubrimiento se analizó mediante NGS el perfil expresión de miRNAs y mRNAs del TAV de 48 individuos (10 controles-C, 19 Individuos con obesidad y sin diabetes-OBnoDM2 y 19 Individuos con Obesidad y diabetes-OBDM2). Los 11 miRNAs que presentaban un cambio significativo fueron validados por RT-PCR una nueva cohorte de 101 individuos: C (n = 19), OB (n = 52), OBDM2 (n = 30). Además, mediante el uso de

la plataforma miRNet se buscaron los genes diana de estos miRNAs y se analizó la posible interacción miRNA-mRNA.

Resultados: De los miRNAs analizados y validados, los micros miR-34c-5p, miR-144-5p, miR-200b-3p, miR-141-3p, miR-585-3p mostraron diferencias significativas de expresión entre grupos (tabla). Estos miRNAs estaban relacionados con diferentes rutas metabólicas como la vía de señalización de la insulina o la ruta de la diabetes tipo II. Por otro lado, se estudió la posible correlación entre los miRNAs y sus genes diana. Encontramos una correlación negativa entre la expresión de los genes FBXO32, TF, NQO1, UCHL1, RBM24, COQ8A y sus miRNAs diana. Estos genes conforman una red funcional que integra la degradación proteica (FBXO32, UCHL1), la regulación postranscripcional (RBM24), el metabolismo mitocondrial y redox (NQO1, COQ8A) y el transporte de hierro (TF), procesos esenciales para el equilibrio energético y la homeostasis metabólica. En el contexto de obesidad y diabetes, su alteración debida a cambios epigenéticos, podría promover atrofia y disfunción muscular, aumentar el estrés oxidativo y la disfunción mitocondrial, alterar la señalización de la insulina y favorecer un entorno inflamatorio mediado por el hierro, contribuyendo así a la resistencia a la insulina y al desarrollo de comorbilidades metabólicas.

miRNA	C vs. OB	C vs. OBDM2	OB vs. OBDM2
miR-34c-5p	ns	*	*
miR-144-5p	*	ns	ns
miR-200b-3p	***	*	ns
miR-141-3p	***	**	ns
miR-585-3p	**	**	ns

Conclusiones: Nuestros resultados indican que los miR-34c-5p, miR-144-5p, miR-200b-3p, miR-141-3p y miR-585-3p regulan negativamente genes clave (FBXO32, TF, NQO1, UCHL1, RBM24, COQ8A) implicados en degradación proteica, metabolismo redox y función mitocondrial. Esta desregulación coordinada podría favorecer la atrofia muscular, el estrés oxidativo y la resistencia a la insulina, contribuyendo al desarrollo de obesidad, diabetes y sus comorbilidades metabólicas.

Financiación: ISCIII PI19/01162.

O-014. TRADUCCIÓN NO CANÓNICA INDUCIDA POR VIRUS COMO FUENTE POTENCIAL DE NEOANTÍGENOS EN DIABETES TIPO 1

Aarón D. Ramírez-sánchez^a, Kaan Gundogdu^{b,c}, Leire Bergara-Muguruza^{a,b}, Izei Pascual-González^{b,c}, Ainara Castellanos-Rubio^{b,c,d,e} e Izortze Santin^{a,b,e}

^aDepartment of Biochemistry and Molecular Biology, University of the Basque Country, UPV/EHU, Leioa, España. ^bBiobizkaia Health Research Institute, Barakaldo, España. ^cDepartment of Genetics, Physical Anthropology and Animal Physiology, University of the Basque Country, UPV/EHU, Leioa, España. ^dIkerbasque, Basque Foundation for Science, Bilbao, España. ^eCIBER (Centro de Investigación Biomédica en Red) de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La diabetes tipo 1 (DT1) es una enfermedad autoinmune crónica que se desarrolla en individuos genéticamente predispuestos tras la exposición a factores ambientales desencadenantes. El momento y los mecanismos mediante los cuales dichas exposiciones ambientales contribuyen al inicio de la enfermedad siguen sin estar claros. Entre los posibles desencadenantes

ambientales de la DT1, los virus han sido propuestos como candidatos relevantes, en particular el virus de Coxsackie B1 (CVB1). Paralelamente, la mayoría de las variantes genéticas asociadas a la DT1 se localizan en regiones no codificantes del genoma, incluyendo lncRNAs. Usando estas regiones no codificantes, los virus podrían inducir la traducción no canónica de micropéptidos, algunos de los cuales podrían actuar como neoantígenos que escapan a la tolerancia inmunológica en la DT1. El objetivo de este estudio es investigar como la infección por CVB1 altera el perfil de traducción de RNA en células beta pancreáticas y su posible implicación en la generación de neoantígenos.

Material y métodos: Se empleó por triplicado un modelo celular de células betas pancreáticas (endoC-βH1) infectadas con CVB1. Para caracterizar los cambios en la traducción de RNA inducidos por la infección vírica, utilizamos la secuenciación de ribosomas (Ribo-seq), permitiendo el análisis global de RNAs activamente traducidos.

Resultados: El análisis por Ribo-seq reveló que la infección por CVB1 induce un aumento en la traducción de genes implicados en la maquinaria de *splicing*, el remodelamiento de la cromatina, y la activación de vías asociadas a TP53. Además, detectamos la traducción activa de lncRNAs, elementos anotados como no codificantes. Entre los lncRNA más fuertemente traducidos diferencialmente se identificaron candidatos relevantes, como SNHG32, localizado en el locus HLA, una región fuertemente asociada a la susceptibilidad a DT.

Conclusiones: En conjunto, estos resultados preliminares sugieren un mecanismo novedoso mediante el cual infecciones virales podrían generar neoantígenos derivados de regiones no codificantes, aportando nuevos conocimientos sobre el desencadenamiento de enfermedades autoinmunes y el rol de las infecciones víricas en enfermedades autoinmunes como la DT1.

O-015. PHARMACOLOGICAL BLOCKADE OF PTGER3 PROTECTS ISLETS AND DELAYS AUTOIMMUNE DIABETES ONSET

Elena García Díaz^a, Petra Lorenzo^a, Raquel Araujo Legido^a, Eugenia Martín Vázquez^b, Franz Martín Bermudo^a, Nadia Cobo-Vuilleumier^a and Benoit Gauthier^a

^aCABIMER, Sevilla, Spain. ^bULB Center for Diabetes Research, Medical Faculty, Université Libre de Bruxelles (ULB), Brussels, Belgium.

Introduction and objectives: Prostaglandin E⁺ (PGE⁺) is a lipid mediator that plays an important role in inflammatory processes within the pancreatic islet microenvironment. Its biological effects are mediated through four G protein-coupled receptors (PTGER1-4), each activating distinct signalling pathways. Among these receptors, PTGER3 couples to inhibitory G proteins and has been implicated in the regulation of β-cell function and survival. Despite its reported pro-apoptotic effects in β-cells, the contribution of PTGER3 to the pathogenesis of type 1 diabetes (T1D) remains poorly understood. Our aim was to characterize the contribution of PTGER3 signalling to inflammatory stress responses in pancreatic islets and disease progression in autoimmune diabetes.

Material and methods: Expression of all PTGER receptors was assessed *in vitro* in isolated murine pancreatic islets and α- and β-TC endocrine cell lines. In addition, to observe changes in the expression of these receptors in response to inflammatory stress, proinflammatory cytokines were administered for 24 and 48 hours, and transcript levels were quantified by quantitative PCR. To evaluate the function of the PTGER3 receptor, its inhibition was tested *in vitro* in murine pancreatic islets using a specific antagonist, DG-041, for 24 hours. Finally, to transfer the results to *in vivo* validation, the inducible RIP-B7.1 mouse model of autoimmune diabetes was used. DG-041

was administered prophylactically every other day for eight weeks, and body weight and blood glucose levels were monitored weekly.

Results: In this study, we examined the expression and functional relevance of PTGER receptors in murine pancreatic islets and endocrine cell lines. Ptger3 was the most abundantly expressed receptor in mouse islets, whereas Ptger1 and Ptger4 were present at substantially lower levels, and Ptger2 was undetectable. Exposure to pro-inflammatory cytokines selectively reduced Ptger3 expression by approximately 50%, while Ptger1 and Ptger4 levels remained unchanged. To determine the functional role of PTGER3 signalling, we used the selective PTGER3 antagonist DG-041. In isolated mouse islets, PTGER3 inhibition markedly reduced cytokine-induced β -cell apoptosis, restoring cell survival to near basal levels. We next evaluated the impact of PTGER3 antagonism *in vivo* using the RIP-B7,1 mouse model of autoimmune diabetes. Prophylactic DG-041 treatment improved glycaemic control and body weight maintenance and delayed disease onset. Although disease development was not fully prevented, PTGER3 inhibition significantly enhanced overall survival in a male-dependent manner.

Conclusions: Together, these findings identify PTGER3 as a contributor to β -cell vulnerability under inflammatory conditions and suggest that targeting the PGE²-PTGER3 axis may represent a promising strategy to enhance islet resilience during autoimmune diabetes.

O-016. LA REGULACIÓN METABÓLICA INDUCIDA POR METFORMINA ALTERA LA ESTRUCTURA DEL CILIO PRIMARIO Y LA SECRECIÓN DE GLUCAGÓN EN CÉLULAS α -TC1.9

Fernando Nájera Sánchez^a, Alicia Vilas^a, Germán Perdomo^{a,b} e Irene Cózar Castellano^{a,b,c}

^aInstituto de Biomedicina y Genética Molecular (IBGM) Consejo Superior de Investigaciones Científicas-Universidad de Valladolid, Valladolid, España. ^bInstituto de Investigación Biosanitaria de Valladolid (IBioVALL), Valladolid, España. ^cCentro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Madrid, España.

Objetivos: La metformina es conocida por ser un antidiabético oral que actúa por medio de varios mecanismos moleculares, algunos de ellos permanecen desconocidos. Sus efectos directos sobre las células α -pancreáticas han sido poco explorados. El cilio primario es una estructura celular que funciona como una antena metabólica, integrando señales paracrinas que regulan la secreción de glucagón. Recientemente nuestro grupo ha descrito que el cilio es necesario para la secreción fisiológica de glucagón. Nuestra hipótesis es que la metformina podría alterar la estructura ciliar y la función secretora de las células α . El objetivo de este estudio fue caracterizar los efectos de la metformina sobre proteínas ciliares clave, la estructura del cilio primario, la activación de AMPK y la secreción de glucagón en células α -TC1,9.

Material y métodos: Las células α -TC1,9, son un modelo clásico de células α -pancreáticas, se trataron con metformina (0,1-0,2 mM, 24 h). La abundancia de proteínas ciliares (IFT88, ARL13B y tubulina acetilada) y los niveles de IDE se analizaron mediante Western blot. La estructura del cilio primario (número de cilios por célula y longitud) se evaluó por inmunofluorescencia de tubulina acetilada, seguida de microscopía confocal. La activación de AMPK se determinó por la ratio p-AMPK/AMPK. La secreción de glucagón en condiciones de baja y alta glucosa se midió por ELISA.

Resultados: La metformina redujo de forma significativa la abundancia de la proteína ciliar ARL13B, mientras que IFT88 e IDE mostraron una tendencia a la disminución que no alcanzó significancia estadística; los niveles de tubulina acetilada permanecieron mayo-

ritariamente sin cambios por Western-blot. El análisis por inmunofluorescencia confirmó que las células α tratadas con metformina presentaron una disminución (-65%) del número de cilios y una reducción (-23%) de su longitud. Asimismo, este tratamiento incrementó la ratio p-AMPK/AMPK, confirmando la activación de una respuesta de estrés metabólico bajo nuestras condiciones experimentales. Desde el punto de vista funcional, la metformina alteró la regulación dependiente de glucosa de la secreción de glucagón, con una reducción en condiciones de baja glucosa y un aumento paradójico en alta glucosa. Este patrón secretor alterado fue consistente con fenotipos de secreción observados en células α deficientes en ARL13B.

Conclusiones: Nuestros datos indican que la metformina induce una respuesta de estrés metabólico en las células α , acompañada de activación de AMPK, alteraciones del cilio primario y una secreción de glucagón desregulada. Esto sugiere que estas células presentan una elevada sensibilidad a cambios en el estado energético que comprometen la integridad ciliar y la regulación secretora dependiente de glucosa. Como tratamiento de primera línea en la diabetes tipo 2, la metformina podría ejercer efectos directos poco explorados sobre la función de las células α , que podrían ser deletéreos para el paciente diabético.

O-017. EXTRACELLULAR VESICLES AS MEDIATORS OF BETA-CELL ADAPTATION DURING OBESITY PROGRESSION

Helena Marí de Nova^{a,b}, Samantha Morón-Ros^{a,b}, Paula Pérez-Mocholí^a, Vicent Ribas^{a,b}, Rosa Gasà^{a,b}, Laura Bruñara^{a,b}, Anna Novials^{a,b} and Joan-Marc Servitja^{a,b}

^aInstitut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, Spain. ^bCentro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Barcelona, Spain.

Objectives: Type 2 diabetes (T2D) is characterized by progressive pancreatic beta-cell dysfunction, hyperglycemia, and insulin resistance, particularly in the context of obesity. Recent studies highlight the role of circulating extracellular vesicles (EVs) as important mediators of inter-organ communication, delivering bioactive molecules like microRNAs (miRNAs) that influence cellular responses. However, the specific role of EVs in beta-cell adaptation and survival during obesity progression remains poorly understood. This study aimed to elucidate the functional impact of circulating EVs on beta-cell proliferation and survival under conditions of early and prolonged exposure to obesogenic diets.

Material and methods: Male mice were fed either a high-fat diet (HFD; 45% lipids) for 2 or 12 weeks, or a high-fat high-cholesterol diet (HFHC; 0.5% cholesterol supplementation). Plasma circulating EVs were isolated for subsequent functional assays and small RNA sequencing. The effects of EVs on beta-cell proliferation and apoptosis were assessed using Ki67 immunostaining and TUNEL assays, respectively. Beta-cell secretory function was evaluated via glucose-stimulated insulin secretion. *In vivo* EV treatment was administered to control mice, while *in vitro* experiments were conducted using dissociated islet cell (DIC) cultures.

Results: Circulating EVs from HFD-fed mice for 2 weeks enhanced beta-cell proliferation, both *in vivo* (a twofold increase) and in DIC cultures (-50% increase), consistent with an early compensatory adaptation to obesogenic stress. In contrast, EVs from mice subjected to prolonged HFD exposure no longer promoted beta-cell proliferation, suggesting a functional shift as obesity progressed. Additionally, EVs from HFHC-fed mice significantly impaired beta-cell survival, reducing proliferation by ~50% and increasing apoptosis nearly threefold. Importantly, despite these changes, EV

treatment did not affect glucose-stimulated insulin secretion, indicating that EVs predominantly influence beta-cell mass regulation rather than secretory function. Small RNA sequencing of EVs revealed distinct temporal miRNA profiles, with 21 differentially expressed EV-miRNAs between dietary groups. Notably, EV-miRNAs such as miR-122 were upregulated early during HFD feeding and sustained throughout the diet, whereas miR-484, associated with mitochondrial stress and apoptosis, was downregulated in prolonged HFD and HFHC conditions.

Conclusions: Circulating EVs exert stage-dependent effects on beta-cell adaptation during obesity progression, promoting compensatory expansion at early stages while enhancing beta-cell dysfunction and apoptosis under prolonged dietary exposure. Distinct EV-miRNA signatures support a role for EVs as mediators of inter-organ communication and as potential biomarkers of disease progression, highlighting their relevance in the regulation of beta-cell fate.

O-018. LA SOBREATIVACIÓN DE HIF-2 α EN CÉLULAS BETA INDUCE DIABETES MEDIANTE DESDIFERENCIACIÓN CELULAR

David Cano González^a, Víctor Ramos Herrero^a,
Alexia Barroso Romero^a, José Leonardo Domínguez Mejido^a
y Ana Isabel Rojas González^b

^aInstituto de Biomedicina de Sevilla, Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla, Sevilla, España. ^bCentro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa-CABIMER, Universidad Pablo de Olavide, Universidad de Sevilla, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Sevilla, España.

Introducción y objetivos: Los factores inducibles por hipoxia (HIF) son reguladores clave de la respuesta celular a la hipoxia y controlan procesos fundamentales como el metabolismo y angiogénesis. En las células beta pancreáticas se ha descrito la activación de HIF-2 α en diabetes, lo que sugiere un posible papel causal en la disfunción beta. El objetivo de este estudio fue evaluar de forma directa el impacto de la sobreactivación de HIF-2 α en células beta sobre la homeostasis glucémica.

Material y métodos: Se generaron ratones con sobreactivación específica de HIF-2 α en células beta mediante el sistema Cre/Lox (Ins-Cre;HIF2dPA). Los animales homocigotos y heterocigotos para el transgén se caracterizaron mediante pruebas de tolerancia a la glucosa, estudios de secreción de insulina *in vivo* y análisis histológicos, inmunohistoquímicos y de expresión génica en islotes pancreáticos.

Resultados: Los ratones homocigotos Ins-Cre;HIF2dPA desarrollaron intolerancia a la glucosa en fases tempranas y progresaron a diabetes franca a los dos meses de edad, sin evidencias de resistencia periférica a la insulina. Este fenotipo se asoció a un defecto marcado en la secreción de insulina *in vivo*. A nivel histológico, los islotes pancreáticos mostraron una intensa hiperangiogénesis. De forma sorprendente, las células beta presentaron una pérdida casi absoluta de la expresión de insulina y de marcadores de madurez beta, como Pdx1 y Glut2, junto con la activación de marcadores asociados a un estado inmaduro o desdiferenciado, como Sox9 y Aldh1a3. El análisis transcriptómico reveló alteraciones significativas en la expresión de genes implicados en glucólisis, angiogénesis y rutas clave para la función e identidad de la célula beta. Los ratones heterocigotos para el transgén mostraron un fenotipo intermedio, caracterizado por intolerancia a la glucosa sin desarrollo de diabetes y una pérdida menos marcada de los marcadores de célula beta madura.

Conclusiones: La sobreactivación dosis-dependiente de HIF-2 α en células beta induce diabetes al promover la desdiferenciación progresiva de las células beta y la pérdida de su función.

COMUNICACIONES ORALES 04: MONITORIZACIÓN Y COMPLICACIONES DE LA DIABETES

O-019. LA GLUCOSA MEDIA Y EL TIEMPO EN RANGO EN LAS PRIMERAS 24 HORAS TRAS UN ICTUS ISQUÉMICO SON FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD A 3 MESES

Juan José Chillarón Jordán^{a,b,c}, Laia Bordes Vázquez^c,
Ana Rodríguez Campello^{b,c,d}, Elisenda Climent Biescas^{a,b,c},
Isabel Fernández Pérez^{b,d}, Mercè Fernández Miró^{a,b,c}
y Juana Antonia Flores Le-Roux^{a,b,c}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital del Mar, Barcelona, España. ^bHospital del Mar Medical Research Institute, Barcelona, España. ^cDepartamento de Medicina (MELIS), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España. ^dServicio de Neurología, Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción y objetivos: La hiperglucemia al ingreso es frecuente en pacientes que sufren un ictus isquémico y se ha demostrado como un factor independiente de mal pronóstico. Sin embargo, no se conocen datos sobre monitorización continua de glucosa (MCG) en este grupo de pacientes durante los primeros días tras el ictus, ni sobre su valor pronóstico. El objetivo principal del presente estudio fue analizar la relación entre los parámetros de glucometría durante el ingreso hospitalario por un ictus isquémico y el estado funcional y la mortalidad a 3 meses.

Material y métodos: Estudio observacional transversal que incluyó todos los pacientes adultos diagnosticados de ictus isquémico que ingresaron en la Unidad de Ictus del Hospital del Mar en el período febrero-mayo de 2025. A todos los pacientes se les colocó un sensor de glucemia Freestyle Libre 3[®] durante el ingreso con una duración máxima de 14 días. Se aplicó el protocolo habitual de tratamiento con insulina en pauta basal-bolo a todos los pacientes. Se definió mal pronóstico funcional a 3 meses como una puntuación en la escala de Rankin modificada (mRS) de 3 o superior.

	Mortalidad 3 meses		
	No	Sí	p
TAR 24 horas	5,6	24,7	0,002
TIR 24 horas	88,7	65,8	0,002
Glucosa promedio 24 horas	122,2	164,3	0,001
Coefficiente de variabilidad	23,4	28,0	0,263
Mal pronóstico funcional 3 meses			
	No	Sí	p
TIR 24 horas	91,1	78,4	0,031
TIR global	92,4	79,2	0,014
Glucosa promedio 24 horas	119,0	145,4	0,010
Coefficiente de variabilidad	22,2	26,1	0,118

Resultados: Se incluyeron un total de 69 pacientes (37 mujeres) con una edad media de 72,2 \pm 14,9 años. 35 pacientes (50,7%) presentaban DM o preDM. Se mantuvo la MCG una mediana de 4 días (Q1-Q3:3-6). La gravedad del déficit neurológico al ingreso (NIHSS) fue de 3,5 (Q1-Q3:2-6), y la estancia media fue de 3 días (Q1-Q3:2-4,7). 3 meses tras el ictus, 6 pacientes (9,4%) habían fallecido, y

25 pacientes (42,4%) presentaron un mRS de 3 o superior. No se observaron diferencias en el número de episodios de hipoglucemia ni en el tiempo por debajo de rango entre los pacientes que fallecieron o presentaron peor estado funcional y los que no.

Conclusiones: La MCG es útil tras un ictus isquémico para determinar factores asociados a mayor mortalidad y peor estado funcional a 3 meses, como la glucemia media o el tiempo en rango. Son necesarios más estudios para comprobar si la corrección de esta hiperglucemia tiene influencia en el pronóstico de estos pacientes.

O-020. VARIABILIDAD INTRAINDIVIDUAL DE LA RAZÓN DE GLUCOSILACIÓN APARENTE EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 (DM1)

Andrea Nathalie González Bouillin^a, Miriam Tevar Rodríguez^b, Anna Garrido Gutiérrez^a, Mercè Fernández Miró^{a,b,c}, Yolanda Romero Corcobado^a, Juan José Chillarón Jordan^{a,b,c} y Juana Flores Le Roux^{a,b,c}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital del Mar, Barcelona, España. ^bDepartamento de Medicina (MELIS), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España. ^cHospital del Mar Medical Research Institute, Barcelona, España.

Introducción y objetivos: La hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) es el parámetro de elección en la evaluación del control glucémico, aunque tiene algunas limitaciones que pueden provocar una discrepancia entre sus valores y los obtenidos en la monitorización continua de glucosa (MCG). Los factores que se han identificado en la variabilidad de la HbA_{1c} son la vida media de los hematíes, la presencia de enfermedad renal o la etnia. Para resolver estas limitaciones se ha propuesto el uso de la HbA_{1c} personalizada (pHbA_{1c}), basada en la hipótesis que cada paciente presenta una razón de glucosilación (GR) constante, y por tanto se podría aplicar a valores sucesivos de HbA_{1c} para obtener la pHbA_{1c}. Para estimar la GR se precisan datos de MCG y la determinación de HbA_{1c} durante el mismo período de monitorización, obteniendo la razón de glucosilación aparente (AGR). El objetivo del presente estudio es determinar si los valores de la AGR durante 5 años en una cohorte de pacientes con DM1 son estables para cada paciente.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de cohortes que analizó los datos anuales de glucometría y HbA_{1c} durante 5 años de pacientes con DM1 seguidos en la Unidad de Diabetes del Hospital del Mar, en los que se disponía de parámetros de MCG y determinación anual de HbA_{1c}. Se realizó el cálculo anual de la razón aparente de glucosilación (AGR) mediante la fórmula $AGR = 10^{5 \cdot ((1 / \text{Glucosa media} + \text{Km}) \cdot ((100 \cdot (1 / \text{HbA}_{1c}) - 1))$), donde Km = 472 mg/dL = afinidad para glucosa de los transportadores GLUT1 y la glucosa media corresponde a los datos MCG de los 3 meses anteriores a la determinación de la HbA_{1c}.

Resultados: Se incluyeron 185 pacientes con una edad media de 51,7 ± 13,7 años y un tiempo de evolución de la DM1 de 20,6 ± 12,9 años. La HbA_{1c} media fue de 7,73 ± 1,2% y el IMC medio de 26,7 ± 4,9 kg/m². Basalmente, la AGR media fue de 67,1 ± 7,3 ml/g, la pHbA_{1c} de 7,53 ± 1,0%, y los puntos de corte para los terciles de AGR fueron: T1 < 63,9 ml/g; T2 64-69,3 ml/g; T3 > 69,3 ml/g. Únicamente el 30,1% de pacientes se mantuvieron en el mismo tercil durante todo el seguimiento, mientras que el 33,1% redujo su AGR y el 36,8% la aumentó.

Conclusiones: En dos tercios de los pacientes con DM1 el AGR no es estable, y por tanto no es útil para el cálculo de la pHbA_{1c} a no ser que se disponga de datos simultáneos de MCG. Este hecho es de especial relevancia en pacientes no usuarios de MCG en los que haya discrepancia entre la HbA_{1c} y la pHbA_{1c}, ya que no se puede asumir un valor constante de AGR para el cálculo sucesivo de las pHbA_{1c}.

O-021. INFLUENCIA DEL CONTROL GLUCÉMICO SOBRE EL ESTADO MORFOFUNCIONAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Aina Merino Olmo^{a,b,c}, Juan José Chillarón Jordán^{a,b,c}, Ana Garrido Gutiérrez^a, Yolanda Romero Corcobado^a, Elisenda Climent Biescas^{a,b,c}, Mercè Fernández Miró^{a,b,c} y Juana A. Flores Le Roux^{a,b,c}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital del Mar, Barcelona, España. ^bHospital del Mar Medical Research Institute (IMIM), Barcelona, España. ^cMedicine Department (MELIS), Universitat Pompeu Fabra (UPF), Barcelona, España.

Introducción y objetivos: Más allá de las complicaciones clásicas, estudios recientes en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) han descrito una prevalencia significativa de alteraciones de la masa y función muscular, con una probable influencia bidireccional sobre el control glucémico. Los objetivos del estudio fueron determinar la prevalencia de alteraciones de la masa muscular en adultos con DM1 y analizar la correlación entre composición corporal y parámetros de control glucémico y sensibilidad a insulina.

Material y métodos: Estudio transversal en adultos con DM1 en seguimiento en el Hospital del Mar. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años, portadores de monitorización continua de glucosa (CGM) y sin comorbilidades que interfirieran en la evaluación de la composición corporal. La evaluación morfofuncional incluyó bioimpedancia eléctrica (BIA), ecografía del tejido adiposo abdominal y del recto femoral y dinamometría de prensión manual. El control glucémico se determinó mediante HbA_{1c}, métricas de CGM y resistencia a la insulina estimada por eG. Las relaciones entre composición corporal y control glucémico se analizaron mediante correlaciones.

Resultados: N = 96 (38 mujeres), con una edad de 46,5 ± 15,1 años, una duración de la diabetes de 17,4 ± 13,6 años e IMC de 26,5 ± 4,8 kg/m². La HbA_{1c} fue de 7,36 ± 1,1%, el TIR de 62,5 ± 20,7% y el CV de 34,3 ± 6,5%. El eGDR fue de 8,94 ± 2,1 mg/kg.min. La prevalencia de dinapenia, miopenia y sarcopenia fue del 5,3%, 3,2% y 2,1%, respectivamente. No se observaron correlaciones entre el TIR o la CV y la composición corporal.

Correlaciones (r de Pearson) entre parámetros de composición corporal, ecográficos y fuerza muscular con indicadores de control glucémico

	HbA _{1c}	eGDR	TIR	CV
Análisis por BIA				
FFM	-0,066	0,096	0,080	0,077
FM	0,144	-0,156	-0,092	-0,075
ASMM	-0,055	-0,057	0,036	0,124
Ecografía muscular y abdominal				
RFCSA	-0,024	0,045	0,100	0,014
Eje X/Y	-0,005	-0,199	0,093	0,112
TA subcutáneo total	0,206	-0,259*	-0,259*	0,009
TA preperitoneal	0,056	-0,338*	-0,338*	-0,078
Dinamometría (HGS)	-0,003	0,012	0,012	0,149

ASMM: masa muscular esquelética apendicular; CV: coeficiente de variación; eGDR: tasa estimada de disposición de glucosa; FFM: masa libre de grasa; FM: masa grasa; HbA_{1c}: hemoglobina glicosilada; HGS: fuerza de prensión manual; IMC: índice de masa corporal; RFCSA: área de sección transversal recto femoral; TA: tejido adiposo; TIR: tiempo en rango. *p < 0,05.

Conclusiones: En pacientes con DM1 la prevalencia de alteraciones musculares es baja, observando una relación inversa entre la sensibilidad a la insulina y la cantidad de TA o la masa libre de grasa. Estos resultados ponen de relieve el potencial de la ecografía y la BIVA como herramientas complementarias para caracterizar el perfil metabólico en DM1.

O-022. IMPACTO DE LA MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA SOBRE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN ADULTOS FRÁGILES CON DIABETES TIPO 2 EN MÚLTIPLES DOSIS DE INSULINA

Ángel Manuel Mesa Díaz^a, Pablo Rodríguez de Vera Gómez^a, Samuel Belmonte Lomas^a, Beatriz Rodríguez Jiménez^a, Mateo José Colchón Fernández^a, Eduardo Mayoral Sánchez^{a,b} y María Asunción Martínez Brocca^{a,b}

^aHospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ^bPlan Integral de Diabetes de Andalucía, Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias, Sevilla, España.

Objetivos: Analizar el impacto de la monitorización *flash* de glucosa (MFG) en tasas de ingresos hospitalarios por complicaciones agudas y crónicas derivadas de la diabetes en población adulta con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y cronicidad compleja por fragilidad, discapacidad funcional/cognitiva o dependencia para autocuidados, tratados con múltiples dosis de insulina (MDI).

Material y métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectiva y base poblacional. Se incluyeron personas adultas con DM2 en tratamiento con MDI que iniciaron MFG entre abril de 2022 y diciembre de 2023 en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, bajo indicación de fragilidad, discapacidad funcional o cognitiva o dependencia para autocuidados (c/F), comparándose con el resto de la cohorte (s/F). Se excluyeron pacientes gestantes, sin mínimo un año de seguimiento y no autorizados para financiación pública de MFG. Las fuentes de información incluyeron la Base Poblacional de Salud de Andalucía (variables sociodemográficas), el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (ingresos hospitalarios y diagnósticos) y el registro específico corporativo para la gestión de MFG. Se calcularon tasas de ingresos por complicaciones agudas y crónicas por 1.000 personas-año en los periodos pre-post implantación de MFG. Para comparar tasas se estimaron razones de tasas (RoRR).

Resultados: Se incluyeron 15.413 personas con DM2 tratadas con MDI y usuarias de MFG; 4.125 (26,8%) incluidas en el grupo c/F y 11.288 (73,2%) incluidas en el grupo s/F.

Conclusiones: En términos de reducción de ingresos hospitalarios relacionados con diabetes, los beneficios de la MFG en las personas con DM2 en MDI son mayores en presencia de fragilidad, discapacidad o dependencia para autocuidados. Este impacto positivo es especialmente marcado en reducción de ingresos por hipoglucemias graves, ictus, infarto agudo de miocardio y amputaciones mayores de miembros inferiores.

O-023. IMPACTO DE LA PREDIABETES SOBRE LA ENFERMEDAD RENAL: ESTUDIO BASAL Y EVOLUCIÓN A 4 AÑOS EN LA COHORTE ILERVAS

Albert Lecube Torelló^a, Aitziber Izarra^c, Marcelino Bermúdez^b, Pedro Gil^a, José Manuel Valdivielso^b, Cristina Hernández^a y Rafael Simó^a

^aHospital Universitari Vall d'Hebron, VHIR, CIBERdem, UAB, Barcelona, España. ^bInstitut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLLeida), UdL, Lleida, España. ^cUniversitat de Lleida (UdL), Departament Médico AstraZeneca, Lleida, España. ^dHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^eHospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España.

Introducción: La prediabetes es una condición metabólica de alta prevalencia asociada a un mayor riesgo cardiovascular y renal. Sin embargo, el impacto a largo plazo de la HbA_{1c} dentro del rango definido como prediabetes (HbA_{1c}: 5,7-6,4%) sobre la función renal sigue siendo controvertido.

Objetivos: Evaluar el impacto de la prediabetes sobre la función renal [filtrado glomerular estimado (FGe) y cociente albúmina/creatinina (A/C)] en dos estudios realizados en la cohorte del proyecto ILERVAS: un estudio transversal con 8.153 participantes y un estudio prospectivo en el que 3.222 de ellos fueron reevaluados a los 4 años. Se trata de una población sin enfermedad renal crónica (ERC) ni diabetes conocidas y con un riesgo cardiovascular considerado bajo o moderado.

Material y métodos: La prediabetes se definió por HbA_{1c} 5,7-6,4% (criterios ADA). La ERC se definió como FGe < 60 mL/min/1,73 m² y/o cociente A/C ≥ 30 mg/g. Un total de 3.222 participantes aceptaron ser reevaluados a los 4 años. Se emplearon modelos multivariados mediante LASSO y regresión logística o lineal, ajustados por posibles factores de confusión.

Resultados: En la evaluación basal, la prediabetes se asoció con una mayor prevalencia de ERC (17,8 vs. 13,7%; p < 0,001), un menor FGe y un mayor cociente A/C. Cada incremento del 1% en la HbA_{1c} se

Tabla O-022

Motivación ingreso	Grupo	Tasa-pre (IC95%)	Tasa-post (IC95%)	Rate-ratio post/pre (IC95%)	RoRR (IC95%)
Crisis hiperglucémica grave (HHS/cetoacidosis)	s/F	3,55 [2,81-4,42]	1,37 [0,87-2,05]	0,39 [0,23-0,62]	0,73 [0,34-1,60]
	c/F	6,01 [4,26-8,26]	1,70 [0,90-2,91]	0,28 [0,14-0,54]	
Hiperglucemia simple	s/F	1,77 [1,27-2,42]	0,53 [0,24-1,02]	0,30 [0,13-0,63]	1,17 [0,46-3,01]
	c/F	5,54 [3,86-7,70]	1,96 [1,10-3,23]	0,35 [0,18-0,66]	
Hipoglucemia grave	s/F	0,31 [0,12-0,64]	0,48 [0,21-0,94]	1,53 [0,48-4,96]	0,11 [0,02-0,67]
	c/F	1,58 [0,76-2,91]	0,26 [0,03-0,94]	0,17 [0,02-0,77]	
Infarto agudo de miocardio	s/F	10,07 [8,80-11,47]	10,10 [8,64-11,74]	1,00 [0,82-1,23]	0,72 [0,50-1,04]
	c/F	14,09 [11,31-17,33]	10,19 [8,06-12,72]	0,72 [0,53-0,99]	
Ictus/Accidente isquémico transitorio	s/F	8,61 [7,44-9,91]	11,65 [10,07-13,40]	1,35 [1,10-1,66]	0,39 [0,28-0,54]
	c/F	24,22 [20,53-28,37]	12,81 [10,40-15,61]	0,53 [0,41-0,69]	
Amputaciones mayores no traumáticas miembros inferiores	s/F	8,39 [7,23-9,67]	10,34 [8,86-11,99]	1,23 [1,00-1,52]	0,53 [0,38-0,73]
	c/F	22,79 [19,22-26,83]	14,90 [12,29-17,90]	0,65 [0,51-0,84]	

asoció con una disminución de 4,6 mL/min/1,73 m² en el FGe. En el análisis multivariado, la prediabetes se asoció de forma independiente con la presencia de ERC (OR 1,17; IC95%: 1,03-1,34; p = 0,020) y con un menor FGe (β = -0,76; IC95%: -1,40 a -0,13; p = 0,019); la relación con el cociente A/C fue solo marginal (OR 1,14; IC95%: 0,99-1,31; p = 0,068). En el estudio prospectivo, cada incremento de 1% en la HbA_{1c} se asoció con un descenso de 4,12 mL/min/1,73 m² en el FGe, y el cambio en la HbA_{1c} se asoció de manera independiente con el cambio observado en el FGe (β = -4,0; IC95%: -5,5 a -2,6; p < 0,001).

Conclusiones: La prediabetes definida por HbA_{1c} se asocia de forma independiente tanto con deterioro renal temprano como con un declive acelerado de la función renal. Estos hallazgos apoyan incorporar la evaluación del riesgo renal en individuos con prediabetes y sugieren que la HbA_{1c} puede ser un marcador útil en estrategias de prevención de ERC.

O-024. PREDICCIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN POBLACIÓN MEDITERRÁNEA CON DIABETES TIPO 1: PAPEL DEL STENO TYPE 1 RISK ENGINE Y OTRAS VARIABLES CLÍNICAS

Carme Figueredo, Camila Milad, Ignacio Conget, Karen Castillo, Marga Giménez, Clara Vinyals y Antonio J. Amor

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Objetivos: El *Steno Type 1 Risk Engine* (ST1RE) es una herramienta validada en población nórdica para estimar el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) en individuos con diabetes tipo 1 (DT1). Sin embargo, su aplicabilidad en otras poblaciones ha sido escasamente evaluada. Nuestro objetivo fue analizar su rendimiento en la predicción de ECV en una población mediterránea con DT1.

Se utilizó el ST1RE para estimar el riesgo cardiovascular a 10 años (< 10% bajo; 10%-20% moderado; \geq 20% alto riesgo). Se realizaron análisis de supervivencia y modelos de regresión de Cox (ajustado por otras variables no incluidas en el score: triglicéridos, cHDL, uso de estatinas, adiposidad y retinopatía) para analizar la relación independiente entre ST1RE y ECV + mortalidad total durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron n = 700 individuos (51,9% hombres, edad 48,5 \pm 10,5 años, tiempo evolución de la diabetes 26,9 \pm 10,5 años, 37% retinopatía). Según ST1RE el 28,6%, 40,9% y 40,6% se clasificaron en bajo, moderado y alto riesgo respectivamente. Durante un seguimiento medio de 6,0 \pm 2,1 años, el 7% (n = 48) presentó un evento (0,5%, 4,5% y 15,9% en los grupos de bajo, moderado y alto riesgo respectivamente; p < 0,001). Las características basales en función de presencia de eventos se muestran en la tabla. El análisis de supervivencia evidenció una relación directa entre la puntuación ST1RE y la incidencia de eventos (vs. bajo riesgo, moderado: HR 7,5 [0,98-57,8], p = 0,053; alto: HR 33,4 [4,6-244,3], p = 0,001). Tras ajustar por variables no incluidas en el ST1RE, no hubo cambios significativos (HR 9,0 [1,16-69,2] y 35,9 [4,8-266,66], para moderado y alto-riesgo, respectivamente, p < 0,05 ambas); si bien los triglicéridos basales (HR 1,06 [1,01-1,128]) y, en especial, la presencia de retinopatía (HR 2,39 [1,30-4,38]), emergieron como factores independientes.

Conclusiones: El ST1RE discrimina adecuadamente el riesgo de ECV en población mediterránea con DT1. Sin embargo, la inclusión de variables clínicas no contempladas en el score, en especial la retinopatía, podría mejorar la estratificación y optimizar la prevención cardiovascular.

COMUNICACIONES ORALES 05: TRATAMIENTO DIABETES TIPO 1

Características basales en función de la presencia de eventos

	Evento durante el seguimiento		p
	No (n = 652)	Sí (n = 48)	
Edad (años)	47,9 \pm 10,4	55,6 \pm 9,8	< 0,001
Mujeres	48,5	43	0,528
Hipertensión	22,7	45,8	< 0,001
Tabaquismo activo	26,2	54,2	< 0,001
Evolución diabetes (años)	26,6 \pm 10,4	31,3 \pm 10,9	0,003
Retinopatía	35,1	62,5	< 0,001
Enfermedad renal	8,6	22,9	0,001
HbA _{1c} (%)	7,5 \pm 1,0	7,5 \pm 0,9	0,839
Leucocitos totales (mm ³)	6.935 \pm 1.974	8.026 \pm 2.089	< 0,001
cLDL (mg/dL)	112 \pm 25	111 \pm 29	0,952
cHDL (mg/dL)	61 \pm 15	58 \pm 15	0,143
Triglicéridos (mg/dL)	74 (59-99)	85 (71-129)	0,003
ST1RE (%)	16,1 \pm 10,3	27,3 \pm 12,4	< 0,001
eGDR	8,51 \pm 2,04	7,52 \pm 2,24	0,002

Datos expresados como %, media \pm desviación estándar o mediana (Q1-Q3). eGDR: *estimated glucose disposal rate*.

Material y métodos: Estudio de cohortes que incluyó pacientes con DT1 sin ECV previa, con alguno de los siguientes: \geq 40 años, enfermedad renal y/o \geq 10 años de evolución de DT1 con otro factor de riesgo.

O-025. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y EMOCIONES EN LAS PERSONAS ADULTAS CON DIABETES TIPO 1 Y LOS FAMILIARES DE NIÑOS CON DIABETES TIPO 1 RESPECTO AL CRIBADO CON ANTICUERPOS PARA DETECTAR LA DIABETES TIPO 1 EN FASES ASINTOMÁTICAS EN SUS FAMILIARES

Noel Roig-Marín^a, Marta Lacoba Casado^b, Cristina Delicado Hernández^a, Marta Gallach Martínez^a, Pablo Mangas Mellado^a, Esther Toledo Rubio^a y Pedro José Pinés Corrales^{a,b}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, España. ^bUniversidad de Castilla La Mancha, Facultad de Medicina de Albacete, España.

Introducción: Actualmente, existe un gran interés en el cribado con autoanticuerpos (AA) en familiares de primer grado (FPG) de personas con diabetes tipo 1 (DM1) para detectar la presencia de la enfermedad en estadios preclínicos. Sin embargo, desconocemos cuál es su percepción con relación al cribado en sus familiares.

Objetivos: Valorar los conocimientos, percepción de utilidad, experiencia previa, actitudes declaradas y emociones generadas por el cribado con AA dirigido a FPG entre las personas adultas con DM1 y los padres/madres de niños con DM1.

Material y métodos: Estudio observacional y transversal con datos obtenidos a través de una encuesta vía web con datos anonimizados. La encuesta fue difundida a través de canales de personas con DM1 y padres/madres de niños con DM1 desde el 1 de mayo 2025 hasta el 30 de septiembre de 2025.

Resultados: Un total de 622 personas (84% mujeres y 16% varones) contestaron la encuesta. De ellos, 416 eran padres/madres de niños

con DM1 (67,3%), y 202 eran personas con DM1 (32,7%). El 42,5% de los encuestados sabían qué es el cribado con AA para la DM1, el 33% había oído hablar de ello, pero no sabía exactamente en qué consistía, y el 24,5% refería no conocerlo. El 63,4% percibía la utilidad del cribado para conocer el riesgo de desarrollar DM1, pero solo el 16,3% había realizado el cribado en algún FPG en el momento de responder la encuesta. El 96,3% consideró importante ofrecer el cribado a los FPG de personas con DM1 y el 95% animaría a sus familiares a realizarlo. Esta proporción de aceptación (con IC95%: 93,3-96,7%) fue superior al valor esperado inicialmente del 80% ($p < 0,05$). El 37% de las personas encuestadas manifestó preocupación por poder generar una inquietud innecesaria, y las emociones predominantes sobre el posible riesgo de DM1 en su familiar fueron el miedo (55%) y la tristeza (30%). Las personas con DM1 y los padres/madres de niños con DM1 destacaron la reducción del riesgo de cetoacidosis, la educación terapéutica temprana y la reducción del impacto emocional como principales ventajas del cribado en FPG.

Conclusiones: Los resultados indican que, aunque es necesario mejorar el nivel de información y abordar las emociones asociadas al cribado, existe un amplio respaldo social para su implementación entre FPG de personas con DM1. Esto refuerza la necesidad de desarrollar programas de cribado estructurados, acompañados de estrategias de comunicación y apoyo emocional que optimicen su aceptación y minimicen la carga psicológica.

O-026. EFECTIVIDAD CLÍNICA DE LOS SISTEMAS DE ASA CERRADA HÍBRIDA AVANZADA SOBRE EL TIEMPO EN RANGO ESTRECHO EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 1

Jesús Moreno-Fernández, Carmen Quiros López, Ignacio González-Maroto y Pilar Beato-Vibora

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Introducción: Los sistemas de asa cerrada híbrida avanzada (AHCL) son el tratamiento de elección en personas con diabetes tipo 1 (PcDT1). El tiempo en rango estrecho (TITR) se está convirtiendo en el nuevo objetivo para el control glucémico. Aún está por determinarse la capacidad de los diferentes sistemas AHCL para lograr una mejora en el TITR.

Material y métodos: Estudio observacional multicéntrico de corte transversal para analizar el efecto sobre el TITR de los sistemas AHCL comercializados en España: MM780G con SmartGuard (M780G), Tandem T: Slim X2 con Control-IQ (CiQ) y Ypsopump con CamAPS Fx (CamAPS). Se reclutaron de manera consecutiva PcDT1 adultas (≥ 18 años) tratadas con el mismo AHCL durante al menos 3 meses. El objetivo principal fue analizar las diferencias en el TITR alcanzadas utilizando los tres tipos de AHCL.

Resultados: 189 PcDT1 (66,8% mujeres), edad media 42,6 años (18-72 años), duración de la diabetes 23,3 \pm 12,1 años. Tiempo en modo automatizado 94,6 \pm 7,6%.

Conclusiones: Los sistemas AHCL son útiles para alcanzar un TTR > 50%, sin diferencias entre los grupos de tratamiento. Sin embargo, este estudio ha detectado diferencias en algunos aspectos del control glucémico entre los dispositivos utilizados, lo que podría tener implicaciones clínicas.

O-027. BEYOND THE CLINICAL TRIAL: A MULTICENTER SPANISH REAL-WORLD EXPERIENCE WITH TEPLIZUMAB IN PEDIATRIC AND ADULT PATIENTS (TEPL-ES-1 STUDY)

Lía Nattero-Chávez^{a,b}, Marta Ferrer Lozano^c, Noemi González Pérez de Villar^d, Belén Roldán^e, Ana Castro Luna^f, Estefanía Santos Mazo^g, Noelia Gros Herguido^h, María Pilar Ranchal Pérezⁱ, María Cristina Ontoria Betancort^j, Ana Peinado Garrido^l and Nerea Itza Martín^k

^aHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Spain. ^bCIBERDEM, Spain. ^cServicio de Pediatría, Hospital Miguel Servet. Zaragoza, Spain.

^dServicio de Endocrinología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain. ^eServicio de Pediatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Spain. ^fHospital Universitario de Toledo, Toledo, Spain.

^gServicio de Endocrinología, Hospital Universitario de Burgos, Spain.

^hServicio de Endocrinología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Spain. ⁱServicio de Pediatría, Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Spain. ^jUnidad de Endocrinología Pediátrica, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife, Spain. ^kServicio de Pediatría, Hospital Universitario La Paz. Madrid, Spain. ^lServicio de Endocrinología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, Spain.

Tabla O-026

	Total (N = 189)	M780G (N = 63)	CiQ (N = 63)	CamAPS (N = 63)	Diferencia intergrupo (p)
TTR (%)	51,7 \pm 11,6	51,1 \pm 12,4	50,0 \pm 12,3	53,9 \pm 9,7	0,154
TAR2 (%)	4,5 \pm 4,4	3,7 \pm 3,9	5,4 \pm 4,7	4,5 \pm 4,5	0,016
TAR1 (%)	21,5 \pm 10,5	21,6 \pm 11,1	23,1 \pm 11,0	19,8 \pm 9,3	0,211
TIR (%)	75,8 \pm 10,2	76,7 \pm 10,8	74,4 \pm 10,4	76,3 \pm 9,4	0,397
TBR1 (%)	2,6 \pm 2,4	1,6 \pm 1,6	2,5 \pm 2,0	3,9 \pm 2,8	< 0,001
TBR2 (%)	0,5 \pm 0,7	0,2 \pm 0,3	0,5 \pm 0,5	0,7 \pm 1,0	< 0,001
HbA _{1c} (%)	6,5 \pm 0,6	6,9 \pm 0,7	6,5 \pm 0,6	6,5 \pm 0,6	0,003
Glucosa media (mg/dL)	145 \pm 16	147 \pm 17	148 \pm 17	141 \pm 15	0,022
GMI (%)	6,8 \pm 0,4	6,8 \pm 0,4	6,9 \pm 0,4	6,7 \pm 0,4	0,031
CV (%)	33,5 \pm 5,3	30,8 \pm 4,3	34,1 \pm 4,8	35,7 \pm 5,4	< 0,001

M780G: Medtronic Minimed 780G con SmartGuard; CiQ: Tandem T Slim X2 con Control-IQ; CamAPS: Ypsopump con CamAPS Fx; GMI: indicador de gestión de la glucosa; TITR: *time in tight range* o tiempo en rango estrecho de glucosa intersticial 70-140 mg/dL; TAR2: *time above range* o tiempo por encima del rango nivel 2 de glucosa intersticial > 250 mg/dL; TAR1: tiempo por encima del rango nivel 1 de glucosa intersticial 180-250 mg/dL; TIR: tiempo en rango de glucosa intersticial 70-180 mg/dL; TBR1: *time below range* o tiempo por debajo del rango nivel 1 de glucosa intersticial 54-70 mg/dL; TBR2: tiempo por debajo del rango nivel 2 de glucosa intersticial < 54 mg/dL; CV: coeficiente de variación.

Introduction: Teplizumab has been shown to delay progression from stage 2 (E2) to stage 3 type 1 diabetes (T1D). However, real-world evidence remains limited. We present the first multicenter Spanish experience evaluating baseline characteristics and infusion-related safety across age groups.

Methods: This ambispective study, conducted within the TEPL-ES-1 project, included patients with stage 2 T1D treated with teplizumab between October 2024 and November 2025 across nine Spanish centers. Pediatric patients were defined as ≤ 16 years. Clinical, immunological, continuous glucose monitoring (CGM), and oral glucose tolerance test (OGTT) data were collected. All infusion-related complications were systematically recorded. Pediatric and adult cohorts were compared. A binary logistic regression model was used to identify determinants of severe lymphopenia, including age, baseline C-peptide, OGTT 120-min glucose, presence of IA-2 antibodies, and sex as covariates.

Results: Sixteen patients were included: 9 pediatric (56%, 12 ± 3 years) and 7 adults (44%, 39 ± 11 years). Half had no first-degree family history of T1D, and 63% were diagnosed through screening. No significant differences were observed between groups in HbA_{1c} (5.7 ± 0.5 vs. $5.9 \pm 0.3\%$), baseline C-peptide (1.07 ± 0.40 vs. 1.16 ± 0.51 ng/mL), or OGTT results. CGM data were available for 12/16 patients; 25% had $> 10\%$ time above 140 mg/dL, with no age-group differences. The mean time from E2 diagnosis to infusion was 3.2 ± 1.9 months. All patients developed lymphopenia during infusion, severe in 60%, with a nadir on days 5-6 and no differences between cohorts. In the multivariate model, none of the covariates predicted severe lymphopenia. The most common adverse events were rash (70%), fatigue (60%), and nausea (31%). Mild thrombocytopenia ($n = 2$) and mild transaminitis ($n = 3$) were observed. No cytokine-release syndrome occurred. One mild rhinovirus infection was reported in a pediatric patient. No severe events or infusion interruptions occurred; all patients completed the full treatment course.

Conclusions: In this first Spanish real-world cohort, pediatric and adult patients demonstrated comparable baseline characteristics and safety profiles. Lymphopenia occurred in all patients as an anticipated on-target effect of teplizumab and was not associated with adverse clinical outcomes. These findings support the safety and feasibility of teplizumab in real-world clinical practice across age groups.

O-028. PREDICTORES CLÍNICOS Y TECNOLÓGICOS DE RESPUESTA A SISTEMAS HÍBRIDOS AVANZADOS DE ASA CERRADA EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1

Alba Gil Pascual, Pablo Lozano Martínez, Clara Fernández Rivera, Carlota Losfablos de Castro, José Antonio Gimeno Orna, Orosia Bandrés Nivelá y Ester Sánchez Pérez

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Introducción: Los sistemas híbridos avanzados de asa cerrada (AHCL) mejoran significativamente el control glucémico en adultos con diabetes mellitus tipo 1 (DM1), aunque la respuesta clínica es variable. Identificar factores predictivos de una mejor respuesta permitiría optimizar la selección de candidatos y avanzar hacia un uso personalizado de esta tecnología.

Objetivos: Identificar los factores clínicos y relacionados con el dispositivo predictivos de la mejora del control metabólico tras 12 meses de uso de sistemas AHCL en adultos con DM1.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en adultos con DM1 tratados con sistemas AHCL durante al menos 12 meses. Se analizaron variables clínicas basales (edad, sexo, duración de la diabetes, tratamiento previo, HbA_{1c} y métricas iniciales de monitorización continua de glucosa), el tipo de sistema AHCL y el porcentaje de tiempo en modo automático. Se aplicaron modelos de

regresión lineal múltiple para identificar predictores del cambio en HbA_{1c}, y modelos de regresión logística binaria para analizar los factores asociados al logro de un objetivo compuesto de control glucémico (TIR $\geq 70\%$, Tiempo en hiperglucemia $< 25\%$, Tiempo en hipoglucemia $< 4\%$ y coeficiente de variación (CV) $\leq 36\%$).

Resultados: La cohorte incluyó 81 pacientes (59,3% mujeres), con edad media de $38,8 \pm 13,8$ años, y duración media de DM1 de $25,0 \pm 12,5$ años. El 66,7% utilizaban previamente infusión subcutánea continua de insulina y el 32,1% múltiples dosis de insulina. En el análisis multivariante ($R^2 = 0,465$), la HbA_{1c} basal fue el único predictor independiente de la variación de HbA_{1c} a los 12 meses ($\beta = -0,64$; $p < 0,001$). Las variables tecnológicas no aportaron capacidad predictiva. El porcentaje de pacientes que alcanzó el objetivo compuesto aumentó significativamente del 13,6% al 64,2% (diferencia de medias $-0,50$; $p < 0,001$). En la regresión logística, el uso del sistema MiniMed 780G fue el único predictor independiente de alcanzar dicho objetivo (OR = 6,76; $p < 0,001$; AUC = 0,777). Tras incorporar el tiempo en modo automático ($> 95\%$), este efecto se mantuvo (OR = 7,71; $p < 0,001$), mientras que la adherencia mostró asociación en el límite de la significación, mejorando la capacidad predictiva del modelo (AUC = 0,802).

Variable	Basal (media \pm DE)	12 meses (media \pm DE)	Diferencia media	p
HbA _{1c} (%)	7,25 \pm 0,9	6,70 \pm 0,7	-0,55	< 0,001
GMI (%)	6,96 \pm 0,7	6,69 \pm 0,4	-0,3	< 0,001
CV (%)	36,9 \pm 6,2	32,1 \pm 6,0	-5,3	< 0,001
TIR (%)	63,7 \pm 14,5	78,9 \pm 9,3	+15,2	< 0,001

Conclusiones: La mejora de la HbA_{1c} depende del control glucémico basal, mientras que la consecución de un objetivo combinado se asocia al tipo de sistema AHCL, con contribución del tiempo en modo automático.

O-029. SISTEMA BIHORMONAL CON DOSIS BAJAS DE GLUCAGÓN VS. UNIHORMONAL CON RESCATE DE HIDRATOS DE CARBONO EN LA PREVENCIÓN DE LA HIPOGLUCEMIA: ESTUDIO PILOTO

Begoña Pla Peris^a, Iván Sala-Mira, Juan-Fernando Martín-Sanjosé, Alba Cuerda-del Pino, Herminio López-Escribano, Jorge Bondía y Francisco Javier Ampudia-Blasco

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario de Castellón, Castellón, España. ^bCentro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ^cInstituto Universitario de Automática e Informática Industrial, Universitat Politècnica de València, Valencia, España. ^dClinimetría y Desarrollo Tecnológico en Ejercicio Terapéutico (CLIDET), Departamento de Fisioterapia, Universidad de Valencia, Valencia, España. ^eServicio de Bioquímica y Patología Molecular, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España. ^fServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España. ^gDepartamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia, España. ^hINCLIVA Biomedical Research Institute, Valencia, España.

Objetivos: La hipoglucemia asociada al ejercicio físico continúa siendo una limitación importante de los sistemas de administración automatizada de insulina (AID). El objetivo de este estudio fue evaluar, mediante un AID novedoso, la eficacia de dosis bajas de gluca-

Tabla O-029

Resultados en el subgrupo analizado por protocolo

Variable	Hidratos de carbono (n = 4)	Glucagón (n = 4)	Diferencia estimada, valor p*
Tiempo MCG < 70 mg/dL (%)	13,0 (8,6)	14,1 (9,6)	1,16 [-11,42, 13,73]; p = 0,857
N.º hipoglucemias nivel 1	1,2 (0,5)	1,8 (0,5)	0,5 [-0,07, 1,07]; p = 0,083
N.º hipoglucemias nivel 2	0,5 (1,0)	0,0 (0,0)	-0,41 [-2,06, 1,25]; p = 0,632
Tiempo MCG > 180 mg/dL (%)	17,0 (11,4)	15,7 (14,0)	-1,29 [-16,21, 13,63]; p = 0,865
Tiempo MCG 70-180 mg/dL (%)	70,0 (4,6)	70,1 (7,8)	0,13 [-8,32, 8,58]; p = 0,975
Duración de hipoglucemia (min)	35,7 (7,3)	42,1 (32,0)	6,43 [-17,89, 30,74]; p = 0,604
Glucemia mínima MCG (mg/dL)	54,2 (5,3)	60,5 (6,8)	5,61 [-0,01, 11,23]; p = 0,05
Dosis sugeridas de glucagón (mg)	0,0 (0,0)	0,3 (0,1)	–
Dosis sugeridas de HC (g)	33,8 (7,5)	0,0 (0,0)	–
Dosis prescritas de HC (g)	3,8 (7,5)	11,2 (14,4)	7,5 [-7,2, 22,2]; p = 0,317

Valores expresados como media (desviación estándar). *Diferencias estimadas: glucagón-hidratos de carbono, con IC del 95% y valor de p.

gón como alternativa al rescate convencional con hidratos de carbono (HC) en la reducción de episodios de hipoglucemia.

Material y métodos: Se incluyeron 10 adultos con diabetes tipo 1 en un ensayo clínico aleatorizado, cruzado, que comparó la administración de dosis bajas de glucagón (0,1 mg) frente a ingesta de HC (15 g) como estrategia para mitigar hipoglucemias inducidas, utilizando un sistema AID flexible de nuevo desarrollo. Para evaluar el rendimiento del algoritmo de control se incluyó una sesión de ejercicio aeróbico no anunciada de 40 minutos seguida 3 horas después de una comida anunciada de 60 g de HC, sin reducción previa de insulina. El glucagón fue administrado vía SC, previa reconstitución. El estudio tuvo una duración total de 12 horas, con una fase de asa cerrada de 9 horas.

Resultados: De los 10 pacientes, solo 8 completaron ambos brazos del estudio. En 4 de ellos se pudieron comparar ambas intervenciones, cuyos datos se presentan en la tabla adjunta. El tiempo en rango fue similar en ambos grupos de intervención. Con la configuración bihormonal, se objetivaron una menor frecuencia de hipoglucemias de nivel 2 (-0,41%) y un nadir de glucosa más elevado (+5,61 mg/dl), en comparación con la configuración unihormonal con rescate con HC, aunque no se alcanzaron diferencias significativas.

Conclusiones: En un sistema AID con configuración flexible, la administración de dosis bajas de glucagón tiene una eficacia similar en la mitigación de las hipoglucemias inducidas frente al rescate con HC. Los resultados de este estudio piloto, de carácter exploratorio, deben de ser confirmados en estudios más amplios, de forma ambulatoria, y en condiciones de vida real.

O-030. IMPACTO DE LA CONFIGURACIÓN ÓPTIMA DEL SISTEMA 780 Y EL PORCENTAJE DE AUTOCORRECCIÓN EN LOS RESULTADOS GLUCOMÉTRICOS A LO LARGO DE 24 MESES EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON DM1

Isabel Leiva Gea, Ana Gómez Perea, Pilar Pérez Salas, Silvia Gallego Gutiérrez, Mercedes Rivera Cuello y Leopoldo Tapia Ceballos

Hospital Materno Infantil Regional de Málaga, Málaga, España.

Introducción y objetivos: En el sistema de asa cerrada Medtronic® 780 se consideran parámetros de configuración óptima la duración de

acción de la insulina de 2 horas y un objetivo glucémico de 100 mg/dl, así como un porcentaje de autocorrección próximo al 20% para alcanzar los objetivos glucométricos recomendados. El objetivo de este estudio fue evaluar los parámetros glucométricos en pacientes pediátricos con diabetes tipo 1 portadores de un sistema de asa cerrada 780 a lo largo de 24 meses, en función de la configuración del sistema y del porcentaje de autocorrecciones utilizado.

Material y métodos: Estudio observacional ambispectivo en una cohorte de 211 pacientes pediátricos con diabetes tipo 1 tratados con un sistema de asa cerrada 780. Se analizaron parámetros glucométricos tras la activación del sistema a los 1, 3, 6, 9, 12 y 24 meses, incluyendo tiempo en rango (TIR 70-180 mg/dl), tiempo en rango estrecho (TITR 70-140 mg/dl), tiempo por encima de rango (TAR1 y TAR2) y porcentaje de autocorrecciones. Se definió como configuración óptima la combinación de un objetivo glucémico de 100 mg/dl mantenido durante al menos el 85% del tiempo y una duración de acción de la insulina de 2 horas. Los pacientes se agruparon según la presencia o ausencia de esta configuración. Se realizaron análisis comparativos entre grupos y análisis de regresión para evaluar la asociación entre autocorrección y parámetros glucométricos, expresando los resultados como R² ajustado y valores de p.

Resultados: La configuración con duración de acción de la insulina de 2 horas mostró diferencias estadísticamente significativas en el TITR a 1, 3 y 6 meses (p < 0,05), sin significación en los puntos posteriores. El análisis del TITR según el uso de un objetivo glucémico de 100 mg/dl durante ≥ 85% del tiempo mostró diferencias significativas a 1, 3, 6 y 9 meses (p < 0,05). En relación con el TIR, la duración de acción de 2 horas mostró diferencias significativas a 1, 3, 9 y 24 meses (p < 0,05), mientras que el uso del objetivo de 100 mg/dl mostró diferencias significativas a 1, 3 y 9 meses (p < 0,01). Se identificó una correlación estadísticamente significativa entre el porcentaje de autocorrecciones y el TITR (R² ajustado 0,32-0,50; p < 0,001), así como entre autocorrección y TIR (R² ajustado 0,27-0,45; p < 0,001), en todos los puntos de seguimiento. Asimismo, se observaron diferencias significativas en el porcentaje de autocorrección entre los pacientes que cumplían o no los criterios de TAR2 a los 6, 12 y 24 meses (p < 0,001).

Conclusiones: En pacientes pediátricos con DM1 portadores de sistema 780, los parámetros glucométricos TIR, TITR y TAR2 muestran diferencias estadísticamente significativas en función de la configuración del sistema con parámetros óptimos (100 mg/dl y/o 2 horas) y del comportamiento de la autocorrección a lo largo del seguimiento de 24 meses.

COMUNICACIONES ORALES 06: EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

O-031. MARIE KONDO VIENE A VERNOS: IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA 5S EN UNA UNIDAD DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

Cristina Menéndez García, David Hidalgo Villa,
M.^a Jesús García Arias, María Ablanedo Mingot,
Iván Marcos González y Amalia Franco Vidal

Hospital Cabueñes, Gijón, España.

Objetivos: Evaluar el impacto de la implantación de la metodología 5S de Lean Management en una Unidad de Educación Diabetológica (UED), con cuatro consultas, durante los años 2023-2024. El objetivo principal fue mejorar el orden, la eficiencia y la seguridad del entorno asistencial mediante la eliminación de material innecesario, la reducción del ruido visual, la implantación de un sistema estandarizado de control de stocks y caducidades, y el establecimiento de auditorías periódicas.

Material y métodos: Tras la formación inicial, se aplicó la metodología 5S siguiendo sus cinco fases: clasificar, ordenar, limpiar, estandarizar y mantener, conforme a la literatura de referencia en Lean Healthcare (Graban, 2016; Liker y Meier, 2006). Se realizó un inventario exhaustivo inicial en las cuatro consultas para identificar material obsoleto, duplicado o no utilizado. Se implantó un sistema de doble cajón para la gestión visual de stocks y un protocolo de control de caducidades mediante señalización estandarizada. Además, se diseñó un sistema de auditorías semestrales que garantiza la revisión de todas las consultas.

Resultados: La implantación de 5S permitió la eliminación inicial de 311 kg de material, incluyendo material reutilizable redistribuido y material para eliminación definitiva. A lo largo del proyecto se eliminaron un total de 332 kg de material. Se logró una disminución significativa del ruido visual que fue comentado por los pacientes. Se eliminaron elementos de riesgo para pacientes y profesionales (falta de espacio para el paso, extintores en zonas de exploración, etc.). Se redujo el acúmulo de stocks y se redujo el tiempo destinado a búsqueda de material por parte del personal de nueva incorporación. La adherencia al sistema de doble cajón alcanzó un 100% en las cuatro consultas a los seis meses de la implantación. Las auditorías semestrales confirmaron el mantenimiento de los estándares establecidos si bien detectaron alguna desviación en el control de caducidades y algún material no controlado con el stock previsto.

Conclusiones: La implantación estructurada de la metodología 5S en la UED mejoró de forma significativa el orden, la eficiencia y la seguridad del entorno asistencial. La reducción de residuos, la estandarización del stock y el sistema de auditorías permitieron mantener la mejora en el tiempo. Este proyecto demuestra que herramientas del ámbito Lean Healthcare como las "5S" son eficaces para optimizar procesos y espacios en unidades de atención crónica.

O-032. APTITUDES PERSONALES EN POBLACIÓN CON DIABETES. ESTUDIO EN VIDA REAL

Clara González Formoso^{b,f,g}, María José Fernández Domínguez^{c,f,g},
Ruth Martí-Lluch^{d,g,i,j}, Marcos Pazos Couselo^{e,g,h}
y Concepción Estévez Villar^{a,f}

^aEscuela de Enfermería, Universidad de Vigo, Vigo, España.

^bCentro de Saúde Pontareas, Pontareas, SERGAS, España.

^cCentro de Saúde Leiro, SERGAS, Leiro, España. ^dUniversitat de Barcelona, Barcelona, España. ^eUniversidad de Santiago

de Compostela, Santiago de Compostela, España. ^fInstituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), España. ^gRed de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud, España. ^hInstituto de Investigación Sanitaria (IDIS), Santiago de Compostela, España. ⁱVascular Health Research Group of Girona, Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, España. ^jGirona Biomedical Research Institute, Girona, España.

Introducción: Los estilos de vida constituyen un factor relevante en la mejoría de los resultados clínicos en las personas con diabetes. Sin embargo, se conoce poco acerca del papel que desempeñan las aptitudes personales como la autoeficacia y la resiliencia, en la adopción de hábitos de vida saludables en esta población.

Objetivos: Estudiar la diferencia en las aptitudes personales entre población con diabetes mellitus (DM) y sin diabetes (ND) en condiciones de vida real.

Material y métodos: Se realizó un subanálisis del estudio observacional, prospectivo y multicéntrico Cohorte DESVELA en el que se estudió la autoeficacia y resiliencia en población con y sin diabetes en vida real. Se obtuvieron variables clínicas y sociodemográficas de la población y se emplearon cuestionarios validados para evaluarlas. La autoeficacia se evaluó mediante el General Self-Efficacy Scale-12 (GSES-12), que analiza tres dimensiones: iniciativa, esfuerzo y persistencia. La resiliencia se midió con la Connor-Davidson Resilience Scale de 10 ítems (CD-RISC-10). Para analizar las diferencias en las aptitudes personales entre los grupos se emplearon pruebas paramétricas (t de Student) y no paramétricas (Mann-Whitney U) según la distribución de los datos.

Resultados. 3.623 sujetos fueron analizados (262 personas con DM). La edad media fue mayor en el grupo DM que en el ND (61,8 ± 9,1 vs. 53,4 ± 11,0 años; p < 0,001). El índice de masa corporal también fue superior en DM (31,2 ± 5,5 vs. 27,0 ± 5,2 kg/m²; p = 0,041). En relación con la autoeficacia, de las 3 dimensiones analizadas, las personas con diabetes obtuvieron puntuaciones significativamente menores en la dimensión esfuerzo (p < 0,001). En resiliencia, el grupo DM obtuvo puntuaciones más bajas en la mayoría de los ítems (9 para un total de 10). La puntuación total obtenida en esta escala fue significativamente menor en DM que en ND (27,3 ± 7,8 vs. 28,6 ± 6,3; p < 0,001).

Conclusiones: El grupo DM mantiene una autoeficacia general similar al grupo ND, pero muestra debilidades específicas en esfuerzo y afrontamiento del fracaso. La resiliencia es el área más comprometida, con diferencias claras y consistentes. Estas diferencias podrían, tener implicaciones en la adquisición de hábitos de vida saludables.

O-033. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA AVANZADA PRE-BOMBA SOBRE EL CONTROL METABÓLICO ANTES DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFUSIÓN DE INSULINA DE ASA CERRADA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Adoración García Guerrero e Isabel Casado Garrido

Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España.

Introducción y objetivos: La implantación de sistemas de infusión de insulina de asa cerrada requiere una preparación educativa adecuada para optimizar el control glucémico y la autogestión del paciente. El objetivo de este estudio es describir el impacto del PET avanzado prebomba sobre el control metabólico, evaluado mediante métricas de monitorización continua de glucosa (MCG), desde el inicio hasta la finalización del programa.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo pre-post con recogida retrospectiva de datos. Se incluyeron pacientes candidatos a sistemas de infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) que com-

pletaron el programa educativo individualizado prebomba entre enero y noviembre de 2025. Los criterios de inclusión fueron: edad ≥ 17 años y disponibilidad de datos de MCG con $\geq 70\%$ de tiempo de uso en periodo basal y final. Se analizaron métricas de MCG: tiempo en rango (TIR), tiempo por encima de rango (TSR), tiempo por debajo de rango (TBR) y coeficiente de variación (%CV). Se realizaron comparaciones pre-post mediante pruebas pareadas y análisis de asociación con variables clínicas (edad, sexo, años de evolución y número de sesiones educativas).

Resultados: Se analizaron 35 pacientes, con edad media de $35,5 \pm 11,5$ años y una duración media de la diabetes de $18,2 \pm 11,7$ años; el 71,4% fueron mujeres. El número medio de sesiones educativas fue de $4,2 \pm 1,5$. Tras finalizar el programa, se observó una mejora significativa del control glucémico. El TIR aumentó de $64,1\% \pm 13,8$ a $70,3\% \pm 12,1$, con una diferencia media de $+6,1$ puntos porcentuales ($p = 0,003$). El TSR disminuyó de $31,5\% \pm 15,0$ a $26,1\% \pm 13,0$, con una reducción media de $-5,4$ puntos ($p = 0,010$). No se observaron cambios estadísticamente significativos en el TBR. El 57,1% de los pacientes mejoró el TIR, el 71,4% redujo el TSR y el 51,4% disminuyó el TBR. El %CV mejoró en el 57,1% de los casos, incrementándose el porcentaje de pacientes con $CV < 36\%$ al final del programa. No se encontraron diferencias significativas en la mejora de métricas según sexo, edad, años de evolución ni número de sesiones educativas.

Métricas de MCG pre-post PET

Métrica (MCG)	Preprograma (media \pm DE)	Posprograma (media \pm DE)	Diferencia media	p
TIR (%)	$64,1 \pm 13,8$	$70,3 \pm 12,1$	$+6,1$	0,003
TSR (%)	$31,5 \pm 15,0$	$26,1 \pm 13,0$	$-5,4$	0,010
TBR (%)	$4,3 \pm 4,3$	$3,7 \pm 2,8$	$-0,6$	ns

Conclusiones: El PET avanzado prebomba se asocia a una mejora significativa del control glucémico, mediante el aumento del TIR y la reducción del TSR, sin incremento del tiempo en hipoglucemia. Estos resultados respaldan su utilidad como estrategia eficaz de optimización metabólica previa al sistema de asa cerrada, independientemente de la edad, sexo o duración de la diabetes.

O-034. ANÁLISIS CUALITATIVO DEL MODELO ASISTENCIAL AMBULATORIO EN DIABETES MELLITUS: GRUPOS FOCALES DE PACIENTES Y PROFESIONALES PARA EL DISEÑO DE UN MODELO CENTRADO EN LA PERSONA

Maria Cendros Massioui^a, Isabel M. Pujol Jiménez^b, Ainhoa Vilarrubias Llopis^c, Natalia Abrales Zayas^b, Álex Mesa Pineda^b, Anna Buisan Álvarez^c y Rosa Corcoy Pla^b

^aUniversidad de Lleida, Lleida, España. ^bServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^cUnidad de Experiencia de Usuario, Área de Usuarios y Comunidad, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que requiere seguimiento multidisciplinar, pero los modelos asistenciales actuales, estandarizados y reactivos, no responden bien a la diversidad de necesidades de los pacientes, afectando la experiencia asistencial y reduciendo la eficiencia del sistema. Es necesario avanzar hacia un modelo de atención integral centrado en la persona (MACP) para mejorar los resultados clínicos con una experiencia óptima del usuario.

Objetivos: Identificar fortalezas y áreas de mejora del modelo asistencial del Servicio de Endocrinología y Nutrición del centro des-

de la perspectiva de personas con DM y profesionales implicados en su atención con el fin de rediseñar un MACP. De forma específica, cocrear propuestas de mejora del circuito asistencial actual.

Material y métodos: Estudio cualitativo descriptivo, con enfoque centrado en el usuario. La experiencia de pacientes y profesionales se exploró mediante *patient journey mapping* y grupos focales. La muestra incluyó 7 profesionales del área de diabetes y 20 personas con DM tipo 1 y tipo 2 (31-77 años, 57,9% hombres; y evolución de la enfermedad entre 5 y 64 años). Las sesiones fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante análisis temático deductivo-inductivo. Las fases del recorrido asistencial se usaron como temas, generando subtemas, categorías y códigos.

Resultados: Las personas con DM valoraron positivamente la atención recibida, destacando la competencia técnica del equipo y el rol de la enfermería especializada. Los profesionales señalaron como fortalezas la implicación, cohesión y comunicación del equipo. No obstante, se identificaron once áreas de mejora. Tanto profesionales como personas con DM señalaron falta de continuidad asistencial asociada a la elevada rotación de profesionales, la necesidad de integrar soporte psicológico especializado y de reforzar la coordinación con Atención Primaria. Además, las personas con DM identificaron una "carga del paciente" (fatiga emocional y exigencia de autogestión), limitada personalización del seguimiento y dificultades para adaptar las recomendaciones a la vida diaria. Señalaron una brecha en soporte tecnológico y de comunicación, demandando comunicación bidireccional con tiempos de respuesta y consultas telemáticas garantizadas. Los profesionales destacaron sobrecarga asistencial y dificultades de accesibilidad por agendas saturadas, así como demora para la atención en el Hospital de Día y la confusión sobre el uso de los servicios asistenciales por parte de los pacientes. Propusieron reforzar recursos humanos, flexibilizar agendas, optimizar la gestión de incidencias, unificar sistemas informáticos y disponer de materiales educativos multilingües y accesibles.

Conclusiones: Avanzar hacia un modelo de atención más flexible, personalizada y centrada en las personas con diabetes requiere abordar las áreas de mejora identificadas: continuidad asistencial, soporte psicoemocional, adaptación del tratamiento a la vida diaria, mejorar la accesibilidad digital y la coordinación entre niveles. Se anticipa que incorporar estos elementos permitirá optimizar recursos y mejorar calidad de vida, adherencia y resultados en salud.

O-035. EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 1 USUARIAS DE INFUSIÓN SUBCUTÁNEA CONTINUA DE INSULINA EN LA TRANSICIÓN A SISTEMAS DE PÁNCREAS ARTIFICIAL

Montserrat Granados Pérez^a, Irene Pueyo Ferrer^a, Daria Roca Espino^a, Eva Palou Artola^a, Marga Giménez Álvarez^{a,b,c}, Ignacio Conget Donlo^{a,b,c} y Carla Cabré Font^a

^aHospital Clínic, Barcelona, España. ^bIDIBAPS (Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer), Barcelona, España. ^cCIBERDEM (Centro de Investigación Biomédica en Red Diabetes y Enfermedades Metabólicas), Madrid, España.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (DT1) requiere un manejo intensivo para optimizar el control glucémico y reducir el riesgo de complicaciones micro y macrovasculares. En los últimos años, los sistemas de páncreas artificial (PA) han demostrado mejorar el tiempo en hiperglucemia y disminuir episodios de hipoglucemia. Las guías internacionales enfatizan la necesidad de incorporar la experiencia del paciente (XPA) como indicador de calidad asistencial y herramienta para la mejora continua de los modelos de atención.

Objetivos: Analizar necesidades no cubiertas y oportunidades de mejora en la atención, desde la perspectiva de personas con DT1 usuarias de infusión subcutánea continua de insulina (ISCI), con o

sin monitorización continua de glucosa (MCG) integrada, que realizaron la transición a un sistema de PA.

Material y métodos: Estudio cualitativo descriptivo para explorar la XPA en una cohorte de 403 pacientes que iniciaron PA entre abril y noviembre de 2023. La recogida de datos se efectuó mediante una encuesta ad hoc online, distribuida en octubre de 2024, complementada por tres grupos focales estratificados por edad. Las variables estudiadas incluyeron características sociodemográficas, percepción de la formación, accesibilidad a soporte técnico y clínico, resolución de incidencias, y necesidades emocionales.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 65,8%. El 63% de los participantes tenía entre 45 y 69 años; el 67% eran mujeres y el 56% presentaba una evolución de la enfermedad superior a 30 años. El 78% valoró la formación inicial como muy útil, aunque el 40% demandó información adicional. Tras la transición, el 35% contactó con profesionales sanitarios por dudas técnicas y el 52% con el servicio técnico del fabricante. El 47% reportó incidencias relacionadas con ISCI, sensores, episodios de hipo/hiperglucemia y problemas con la aplicación móvil; el 77% contactó con el fabricante, que resolvió el 72% de los casos. En el seguimiento, más del 75% percibió una adecuada participación en la toma de decisiones y destacó el trato recibido. La accesibilidad fue mayor con educadores en diabetes (58%) y endocrinólogos (46%). La modalidad presencial se consideró la más eficaz para resolver incidencias técnicas. Respecto al ámbito emocional, el 80% nunca había recibido soporte psicológico. Aunque no lo consideraron necesario en el momento de la transición a PA, sí lo identificaron como prioritario en el diagnóstico y la instauración del tratamiento. Las mujeres refirieron mayor necesidad de apoyo emocional.

Conclusiones: La transición a sistemas de PA fue valorada positivamente en términos de formación, accesibilidad y resolución de incidencias. Sin embargo, se identifican áreas de mejora en la provisión de soporte emocional, especialmente en etapas críticas del proceso asistencial. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de integrar estrategias centradas en la persona como eje fundamental de la atención a la DT1.

O-036. PERFILES PROFESIONALES DE ENFERMERAS EN EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES EN ESPAÑA: RELACIÓN CON LA FORMACIÓN Y EL ÁMBITO ASISTENCIAL

Sybille Kaiser Girardot^a, Marina Beléndez Vázquez^b, Susana Pica Montesinos^c, Marga Jansà Morató^d, María Pilar Peláez Alba^e, Emi Rosa Camacho^f y Carmen Yoldi Vergara^g, en nombre del equipo investigador del estudio ASENET.es

^aCentro de Salud de Los Realejos, Los Realejos, España.

^bUniversidad de Alicante, Alicante, España. ^cHospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, España. ^dHospital Clínic, Barcelona, España. ^eServicio Canario de Salud, España.

^fHospital Universitario Costa del Sol, Málaga, España. ^gHospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.

Introducción y objetivos: Las enfermeras dedicadas a la educación terapéutica y apoyo a la autogestión de la diabetes (ETSAD) desempeñan múltiples roles y su combinación y grado de desarrollo pueden dar lugar a formas diversas de ejercer la práctica profesional. El objetivo del estudio fue identificar perfiles profesionales de enfermeras a partir de los roles desempeñados y analizar su relación con la formación y su distribución según el ámbito de trabajo (atención primaria o atención hospitalaria).

Material y métodos: Estudio observacional y transversal basado en una encuesta nacional dirigida a enfermeras del sistema público español, dentro del estudio ASENET.es (N = 988). Los roles profesionales se evaluaron mediante una escala que mide la frecuencia de realización de actividades asociadas a siete roles profesionales: experto (13 ítems), educador (10 ítems), asesor (7 ítems), colaborador/enlace

(4 ítems), innovador (5 ítems), gestor/administrador (5 ítems) e investigador (11 ítems). A partir de las puntuaciones en los siete roles se realizó un análisis de perfiles latentes (LPA, Jamovi). Las diferencias entre perfiles en formación y su distribución según ámbito asistencial se analizaron mediante pruebas chi-cuadrado.

Resultados: Se identificaron tres perfiles profesionales. El perfil de competencia profesional avanzada (10,9%) se caracterizó por puntuaciones elevadas en la mayoría de roles. El perfil de competencia intermedia (46,7%) mostró niveles moderados en los distintos roles. El perfil de competencia básica (42,4%) presentó puntuaciones bajas en la mayoría de los roles. La tabla muestra medias (1 = nunca a 5 = siempre) y desviaciones estándar en los roles según perfil ($p < 0,001$). Se observaron diferencias significativas entre los perfiles en formación. El perfil de competencia avanzada incluyó un 67,6% de enfermeras con formación continuada en educación terapéutica frente al 30,1% en el perfil básico. Asimismo, el 52,5% de las enfermeras del perfil avanzado contaba con más de 200 horas de formación acreditada frente al 16% del básico. El perfil avanzado fue más frecuente en el ámbito hospitalario, mientras que el perfil básico se concentraba en atención primaria ($p < 0,001$).

	Competencia avanzada (n = 108)	Competencia intermedia (n = 461)	Competencia básica (n = 419)
Educador	4,37 ± 0,52	3,32 ± 0,58	2,24 ± 0,56
Experto	3,85 ± 0,56	3,19 ± 0,43	2,49 ± 0,48
Asesor	4,45 ± 0,51	3,37 ± 0,59	2,21 ± 0,62
Colaborador/ enlace	4,22 ± 0,65	3,20 ± 0,89	2,10 ± 0,91
Innovador	4,14 ± 0,58	2,83 ± 0,72	1,61 ± 0,60
Investigador	3,41 ± 0,92	2,08 ± 0,63	1,39 ± 0,45
Gestor/ administrador	2,57 ± 1,13	1,36 ± 0,50	1,08 ± 0,25

Conclusiones: Existen perfiles profesionales diferenciados entre enfermeras ETSAD, asociados tanto a la formación como al ámbito asistencial. La identificación de estos perfiles aporta información para orientar estrategias de desarrollo profesional en educación terapéutica en diabetes.

COMUNICACIONES ORALES 07: GENÉTICA Y EPIDEMIOLOGÍA

O-037. ASOCIACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PROTEÍNA DEL SURFACTANTE PULMONAR DE TIPO D Y LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN ADULTA ESPAÑOLA Y EN RELACIÓN A LA DIABETES TIPO 2: ESTUDIO DI@BET.ES

Wasima Oualla Bachiri^{a,b,c,d}, Ana Lago Sampedro^{a,b,c}, Eva García Escobar^{a,c}, Viyey Doulatram Gamgaram^{a,b,c}, Sergio Valdés^{a,b,c} y Gemma Rojo Martínez^{a,b,c}

^aUGC Endocrinología y Nutrición Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España. ^bIBIMA Plataforma Bionand, Málaga, España. ^cCIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ^dUniversidad de Málaga, Málaga, España.

Introducción: La diabetes tipo 2 (DM2) es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV). Existen asociaciones entre la proteína del surfactante D (SP-D) y ambas enfermedades.

Objetivos: El objetivo de este estudio es investigar la asociación entre la SP-D y la incidencia de eventos de ECV en la población adulta española y en función de la presencia de DM2.

Material y métodos: Se analizaron datos sociodemográficos, de estilo de vida y clínicos de 1.707 participantes del estudio de cohortes Di@bet.es sin antecedentes de ECV (202 con DM2), registrando eventos (morbilidad y mortalidad) en la visita basal y tras 7,5 años. Los niveles séricos de SP-D se midieron mediante ELISA y se clasificaron en cuartiles (SP-D Q1-Q4), evaluando las asociaciones mediante regresión logística ajustada por SCORE2, IMC, PCR-us y filtrado glomerular estimado, y el valor predictivo añadido de la SP-D mediante comparación de curvas ROC con la prueba de DeLong, IDI y NRI.

Resultados: Tras el seguimiento se notificaron 108 casos incidentes de eventos de ECV (SP-D Q₁: 13, SP-D Q₂: 22, SP-D Q₃: 32 y SP-D Q₄: 41; $p < 0,001$), de los cuales el 19,8% correspondieron a sujetos con DM2, mientras que el 4,52% eran individuos libres de DM2 ($\chi^2 p < 0,001$). La proporción de sujetos con DM2 fue diferente según las categorías de SP-D (SP-D Q₁: 8,32%; SP-D Q₂: 11,14%; SP-D Q₃: 13,27% y SP-D Q₄: 15,23%; $\chi^2 p < 0,01$). Los cuartiles más elevados de SP-D se asociaron de forma directa e independiente con la incidencia de eventos de ECV tanto en la población global como en los sujetos sin DM2 (Tabla 1). La inclusión de la SP-D en los modelos de predicción con factores de riesgo cardiovascular establecidos mejoró el rendimiento prediciendo el 83% de los eventos (especificidad 74%, sensibilidad 84%) en población global.

Probabilidad de ECV incidente en las poblaciones estudiadas. OR (IC del 95%). Modelo 1 ajustado por SCORE2 e IMC. Modelo 2 ajustado por SCORE2, IMC, PCR-us y filtrado glomerular estimado

	Modelo 1	Modelo 2
Población global (N = 1.707)		
SP-D Q2 vs. Q1	1,25 (0,60-2,63)	1,29 (0,61-2,73)
SP-D Q3 vs. Q1	2,10 (1,05-4,20)*	2,16 (1,08-4,35)*
SP-D Q4 vs. Q1	2,35 (1,20-4,62)*	2,38 (1,20-4,69)*
DM2 (N = 202)		
SP-D Q2 vs. Q1	0,76 (0,23-2,58)	0,64 (0,18-2,26)
SP-D Q3 vs. Q1	1,78 (0,60-5,31)	1,86 (0,62-5,59)
SP-D Q4 vs. Q1	1,16 (0,38-3,55)	1,13 (0,37-3,48)
No DM2 (N = 1.505)		
SP-D Q2 vs. Q1	1,69 (0,65-4,39)	1,80 (0,69-4,69)
SP-D Q3 vs. Q1	2,27 (0,90-5,73)	2,23 (0,88-5,67)
SP-D Q4 vs. Q1	3,43 (1,43-8,19)*	3,52 (1,46-8,46)*

Conclusiones: La SP-D podría considerarse un indicador temprano de futuros eventos CV incluso entre sujetos sin DM2. La SP-D podría utilizarse potencialmente como biomarcador de eventos de ECV en combinación con otros factores bien establecidos en la práctica clínica.

O-038. VARIANTES NOVELES DE SUSCEPTIBILIDAD A LA DIABETES MELLITUS: PRIMER ESTUDIO DE ASOCIACIÓN DEL GENOMA COMPLETO EN CANARIAS

Amanda León Hernández^{a,b,c}, Patricia González Edel^{a,c,d,e}, María del Cristo Rodríguez-Pérez^e, Antonio Cabrera de León^{a,e} e Itahisa Marcelino-Rodríguez^{a,b}

^aÁrea de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, España. ^bInstituto de Tecnologías Biomédicas, Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, España. ^cPrograma de Doctorado en Ciencias Médicas y Farmacéuticas, Desarrollo y Calidad de Vida, Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, España. ^dGerencia de Atención Primaria, Servicio Canario de Salud, España. ^eUnidad de Investigación del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Servicio Canario de Salud, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus (DM) constituye una de las enfermedades con mayor prevalencia en la Comunidad Autónoma de Canarias (9,6%) en comparación con el conjunto de España (7,64%) en 2023, y se asocia además a un peor pronóstico clínico y a una elevada mortalidad. El objetivo de este estudio es identificar los factores genéticos que predisponen al desarrollo de la DM en la población canaria mediante un estudio de asociación del genoma completo.

Material y métodos: Se analizaron datos de la cohorte poblacional Cardiovascular, Diabetes y Cáncer (CDC) de Canarias, una cohorte de población general con más de 20 años de seguimiento, que incluye 7,178 individuos adultos y con una prevalencia de diabetes mellitus del 19,07%. El genotipado se realizó mediante el Axiom™ Spain Biobank 2 Genotyping Array v2 (SBA2). Con el fin de maximizar la cobertura genómica, se realizó la imputación mediante el Michigan Imputation Server 2, obteniéndose un total de 7.499.958 variantes tras aplicar los filtros de calidad ($R^2 > 0,5$; $MAF > 1\%$). El análisis de asociación genética se llevó a cabo mediante un modelo de regresión logística en Regenie, ajustado por edad, sexo y las cinco primeras componentes principales para controlar la estratificación poblacional.

Resultados: Identificamos varios loci de significación sugerente ($p < 1 \times 10^6$) relacionados con la predisposición a DM, algunas de ellas no descritas previamente. Se confirmaron asociaciones genéticas en genes clave, como TCF7L2 y GCK, relacionados con metabolismo de la glucosa y señalización de la insulina, y otro locus previamente vinculado a complicaciones de la diabetes, en el gen PLXNA4.

Conclusiones: Este trabajo constituye el primer GWAS centrado en la predisposición genética a la DM en la población canaria. Los resultados preliminares aportan nuevos loci y genes candidatos, al tiempo que confirman asociaciones genéticas robustas.

Financiación: Cofinanciada por la ACIISI de la Consejería de Universidades, Ciencia e Innovación y Cultura y por el FSE+ Programa Operativo Integrado de Canarias 2021-2027, Eje 3 Tema Prioritario 74 (85%) (FPI2024010209), y por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y cofinanciado por la Unión Europea (PI25/02090).

O-039. LA INGESTA DE LÁCTEOS COMO FACTOR PROTECTOR PARA EL DESARROLLO DE DIABETES TIPO 2 EN SUJETOS CON OBESIDAD Y PREDIABETES: ESTUDIO DI@BET.ES

Flores Martín Reyes^{a,b}, Wasima Oualla Bachiri^{a,b,c}, Ana Lago Sampedro^{a,b,c}, Sergio Valdés^{a,b,c}, Viyey Doulatram Gamgaram^{a,b,c}, Gemma Rojo Martínez^{a,b,c} y Eva García Escobar^{a,c}

^aUGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España. ^bIBIMA Plataforma BIONAND, Málaga, España. ^cCentro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

Introducción: El aumento global de la obesidad ha conllevado un aumento concomitante de la diabetes tipo 2 (DT2), considerándose como un factor de riesgo importante para la prediabetes (preDM) y la DT2. Diversos estudios respaldan que el consumo de lácteos tiene posibles efectos beneficiosos sobre el desarrollo de DT2. Sin embargo, la evidencia en poblaciones con obesidad y preDM sigue siendo limitada.

Objetivos: Evaluar la asociación entre la ingesta de lácteos y el riesgo de desarrollar DT2 en adultos con obesidad a los 7,5 años, considerando el estado de preDM al inicio.

Material y métodos: Se seleccionaron a un total de 626 individuos adultos españoles con obesidad (IMC > 30 kg/m²) y sin DT2 al inicio del estudio de la cohorte nacional Di@bet.es (288 sujetos con preDM y 338 sin preDM). En las evaluaciones iniciales se incluyeron datos antropométricos, bioquímicos y de estilo de vida. El consumo de lácteos diario (leche, yogur y queso) se clasificó como ≤ 1 vez/día, 2 veces/día y ≥ 3 veces/día. La DT2 se diagnosticó al inicio y tras 7,5 años de seguimiento.

Resultados: 82 participantes (13,1%) desarrollaron DT2. Entre ellos, 67 casos incidentes (23,26%) presentaban preDM basal y 15 casos incidentes (4,44%) sin preDM al inicio del estudio (p < 0,01). Dentro del subgrupo preDM basal, la tasa de incidencia de DT2 fue diferente según la frecuencia de consumo de lácteos (≤ 1 vez/día: 26%, 2 veces/día: 29,35%, ≥ 3 veces/día: 14,58%; p = 0,04). En población general, tanto la presencia de preDM como el consumo de lácteos se asoció significativamente con el riesgo de DT2, de modo que aquellos participantes con preDM inicialmente tenían una mayor probabilidad de desarrollar DT2 (3,33 [1,53-7,42]), mientras que aquellos que consumían lácteos ≥ 3 veces/día presentaron una menor probabilidad de desarrollar DT2 tras los 7,5 años de seguimiento (0,49 [0,25-0,96]). Cuando la población se estratificó en base al estado de preDM, el efecto protector del consumo de lácteos fue más evidente en el grupo de sujetos con preDM (0,41 [0,18-0,86]), quienes mostraron un riesgo 59% menor de desarrollar DT2 en comparación con quienes consumían lácteos ≤ 1 vez/día. Este efecto fue independiente de la edad, el IMC, el sexo, los cambios de peso y la actividad física.

Conclusiones: El consumo elevado de lácteos (≥ 3 veces/día) se asocia inversamente con la incidencia de DT2 en adultos con obesidad, especialmente en aquellos con preDM. Estos hallazgos respaldan un posible papel protector del consumo habitual de lácteos en la prevención de DT2 en poblaciones de alto riesgo.

Financiación: financiado por ISCIII (CIBERDEM, PI18/01165, PI20/01322 y PI23/00347), cofinanciado por la UE (FEDER). Personal: G R-M (C-0060-2012, Junta de Andalucía), W O-B (FI21/00040, ISCIII), F M-R (JDC2024-055752-I, AEI, MICIU/AEI/10,13039/501100011033 y FSE+).

O-040. ACTIVACIÓN DISFUNCIONAL DE LAS CÉLULAS LINFÓIDES INNATAS CIRCULANTES EN LA DIABETES TIPO 1

Ariadna Roig^a, David Perna-Barrull^b, Eva Aguilera^c, Marta Vives-Pi^b y Raquel Planas Bas^a

^aDepartamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología, Universidad de Barcelona, Barcelona, España. ^bServicio de Inmunología, Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol, Badalona, España. ^cServicio de Endocrinología, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Introducción y objetivos: La diabetes tipo 1 (DT1) se caracteriza por la destrucción autoinmune de las células β pancreáticas, pero los mecanismos innatos tempranos implicados siguen siendo poco conocidos. Las células linfoides innatas (ILC) circulantes podrían contribuir al inicio de la enfermedad.

Material y métodos: Se analizaron ILC circulantes de pacientes con DT1 de reciente diagnóstico (N = 11) y donantes sanos emparejados por edad mediante citometría de flujo espectral y análisis dirigido de expresión génica (qPCR) en progenitores de ILC purificados (ILCP). Se

realizaron ensayos funcionales para evaluar la presentación antigénica a linfocitos T CD4+ autólogos. Los hallazgos se validaron en ratones NOD a lo largo de la progresión de la enfermedad.

Resultados: Las frecuencias totales de ILC fueron similares entre grupos; sin embargo, las ILC1 y los ILCP de pacientes con DT1 mostraron una mayor expresión de marcadores de activación (CD69, HLA-DR). Los ILCP presentaron una reducción en la expresión génica asociada a migración (CCR7, CCR6) y regulación inmunitaria (ICOS, CD58), lo que sugiere una alteración en la capacidad de *homing* y regulación. La inhibición de la glucólisis (2-DG) redujo selectivamente la activación de los ILCP, indicando un control metabólico del fenotipo activado. Funcionalmente, las ILC preactivadas fueron capaces de presentar péptidos derivados de insulina a linfocitos T CD4+ memoria autólogos, induciendo su activación. Los ratones NOD reprodujeron estos patrones de activación en bazo y ganglios linfáticos pancreáticos.

Conclusiones: Las ILC circulantes en fases tempranas de la DT1 se encuentran preactivadas, reguladas metabólicamente y son capaces de presentar antígenos, lo que sugiere un papel en la amplificación autoinmune y en la pérdida de tolerancia inmunológica. Estos hallazgos aportan nuevos mecanismos implicados en la DT1 y relevancia traslacional para intervenciones precoces.

O-041. CRIBADO DE DIABETES AUTOINMUNE DEL ADULTO MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE UN NUEVO SCORE CLÍNICO DE RIESGO: RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO E IMPACTO ECONÓMICO

Miguel Ángel Salinero Fort^a, Pilar Vich Pérez^c y Belén Taulero Escalera^b

^aIdiPAZ, Madrid, España. ^bFundación de Investigación Biosanitaria de Atención Primaria (FIIBAP), Madrid, España. ^cCentro de Salud Los Alpes, Madrid, España.

Introducción: La incidencia cruda de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en la Comunidad de Madrid se estima en 11,21 casos por 1.000 personas-año, lo que supone alrededor de 60.000 nuevos diagnósticos anuales. Aproximadamente un 5-10% correspondería a diabetes autoinmune del adulto (DAA), caracterizada por autoinmunidad frente a la célula beta, deterioro acelerado de la función pancreática y necesidad más temprana de insulino terapia. La solicitud sistemática de anticuerpos GAD65 e IA-2 para todos los nuevos casos, permitiría identificar este tipo de DM, pero supondría un coste cercano a 1 millón de euros/año, por lo que resulta prioritario identificar a los pacientes con mayor probabilidad de presentar positividad autoinmune.

Objetivos: Evaluar el rendimiento diagnóstico e impacto económico de un cribado dirigido mediante un nuevo score clínico que identifique a los pacientes con mayor riesgo de DAA.

Material y métodos: Estudio transversal en 1.000 pacientes con reciente diagnóstico de DM procedentes de 12 centros de salud (55,9% varones; 62,8 ± 10,8 años). Se determinaron anticuerpos GAD65 e IA-2 y se registraron en un cuaderno de recogida de datos electrónico variables clínicas, analíticas y antropométricas. Las variables asociadas con positividad de anticuerpos se incluyeron en una regresión logística binaria (método Backward-LR); en el modelo inicial se incorporaron aquellas con p < 0,15 en el análisis univariado. El modelo óptimo se seleccionó según el menor Bayesian Information Criterion. A partir de los coeficientes del modelo final se construyó un score clínico. Se estimó un coste de cribado por persona de 18 €. El proyecto obtuvo dictamen favorable del CEIM y financiación por el ISCIII. Se utilizaron los paquetes R, MedCalc y SPSS 26.0.

Resultados: La ecuación del modelo final fue: $y = -3,342 + (1,283 \times IMC < 25) + (0,579 \times edad < 50 años) + (1,217 \times antecedentes autoinmunes) + (0,919 \times síntomas hiperglucémicos al diagnóstico)$. Todas las variables se trataron como dicotómicas (1 = presencia, 0 = ausencia). El score asignó 2 puntos a cada variable, excepto edad < 50 años

(1 punto); el rango del score fue 0-7. El test de Hosmer-Lemeshow del modelo tuvo un valor de $p = 0,647$. El AUC fue 0,694 (IC95%: 0,624-0,764), con un punto de corte óptimo ≥ 2 puntos (sensibilidad 64% [45/75], especificidad 67% [620/925], VPN 95,8% [620/647]). Un total de 353 (35,3%) pacientes presentaron un score ≥ 2 . El coste de solicitar anticuerpos únicamente en este grupo sería de 6.354 €, que extrapolado a los nuevos diagnósticos anuales de DM2 supondría 381.240 €, con un ahorro del 62% respecto al cribado universal a los nuevos casos anuales de DM2 diagnosticados en Atención Primaria (1 millón €).

Conclusiones: El nuevo score clínico desarrollado presenta un poder discriminante aceptable y permite una reducción sustancial de los costes asociados al cribado de anticuerpos pancreáticos en pacientes con diagnóstico reciente de DM2.

O-042. INTEGRACIÓN DE UN CRIBADO POBLACIONAL DE DIABETES TIPO 1 EN ATENCIÓN PRIMARIA: PROGRAMA SCREEND1A

Maitane González Arceo^{a,b}, Xabier Irusta^{a,b}, Rosa Martínez^{a,b}, Inés Urrutia^{a,b}, Nerea Trebolazabala^{a,b,c}, Luis Castaño^{a,b}, Itxaso Rica^{a,b,d} y Grupo Cribado DM1PV^{a,b,c,d}

^aInstituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia, Cruces/Barakaldo, España. ^bEHU, CIBERDEM, CIBERER, Endo-ERN, Cruces/Barakaldo, España. ^cCentro de Salud de Deusto, Bilbao, España. ^dUnidad de Endocrinología Pediátrica, Hospital Universitario Cruces, Cruces/Barakaldo, España.

Introducción: La diabetes tipo 1 (DM1) es una patología autoinmune de incidencia creciente a nivel mundial que, aunque es frecuente en pediatría, puede manifestarse a cualquier edad. Su detección en fase presintomática mediante el análisis de autoanticuerpos pancreáticos (antiinsulina, anti-GAD, anti-IA2, anti-ZnT8) es clave para prevenir complicaciones graves al debut y plantear retrasar su progresión. El desarrollo de estrategias de detección precoz y prevención podría constituir una prioridad estratégica para el sistema sanitario.

Objetivos: Describir la puesta en marcha y la viabilidad de un programa de cribado de DM1 en País Vasco, evaluando la captación de participantes en Atención Primaria y especializada, además de la capacidad de detección temprana.

Material y métodos: Integración progresiva del programa SCREEN-D1A en Centros de Salud (CS) de Atención Primaria. Los equipos de Pediatría (pediatras y enfermeras) captan a las familias aprovechando las visitas de seguimiento pediátrico programadas. Tras la firma del consentimiento informado, se obtiene muestra de sangre venosa para la determinación de autoanticuerpos centralizando el análisis en el Hospital Cruces. Todo resultado positivo se confirma en una segunda muestra. El personal sanitario comunica los resultados positivos confirmados con derivación protocolizada a Endocrinología (pediátrica y adultos) para seguimiento especializado según guías clínicas. La integración del proceso en el sistema de información sanitaria permite al participante el acceso a los resultados a través de la Carpeta de Salud digital. Paralelamente, se evalúa el impacto emocional del cribado mediante un cuestionario online voluntario.

Resultados: Tras la validación inicial del proceso en el CS de Deusto (Bilbao), el proyecto se ha extendido a otras 10 áreas sanitarias (Bizkaia y Gipuzkoa) desde abril de 2025. Con una tasa de aceptación del 97,5%, se han reclutado 463 participantes. De estos, 346 corresponden a población general (60,9% pediátricos) y 117 a familiares de primer grado (48,7% pediátricos). Se han identificado 2 familiares de primer grado (2,6%) en estadio 1/2 de DM1 (≥ 2 autoanticuerpos, sin síntomas) mientras que ningún individuo de la población general presenta este perfil. Los pacientes con autoinmunidad confirmada se encuentran actualmente en seguimiento clínico especializado por Endocrinología. Este abordaje permite una educación sanitaria precoz y ofrece a los individuos un riesgo de

DM1 la oportunidad de participar en ensayos clínicos dirigidos a retrasar la progresión de la enfermedad.

Conclusiones: La integración del cribado de DM1 en Atención Primaria en País Vasco resulta viable y puede ser eficaz para la detección temprana de autoinmunidad, optimizando el seguimiento preventivo y reduciendo el riesgo de complicaciones al debut. Los resultados preliminares podrían sentar las bases para una posible implementación de un programa de cribado poblacional en nuestra comunidad.

Agradecimientos: Universidad del País Vasco, EHU (IT1739-22); Departamento de Salud, Gobierno Vasco (GV2024111044).

COMUNICACIONES ORALES 08: OBESIDAD Y TRATAMIENTO DM2

O-043. EL METAANÁLISIS DE ADIPOCITOS Y CÉLULAS ENDOTELIALES DEFINE LA META-INFLAMACIÓN DEL TEJIDO ADIPOSO

Francisco José Ortega Delgado^a, Vaishali Chaurasiya^{c,d}, Luyang Li^{e,f}, Aina Lluch^{a,b}, Ana Fernández-Sánchez^{a,b}, You Zhou^{a,f} y Vesa M. Olkkonen^{c,g}

^aGirona Biomedical Research Institute, Girona, España. ^bCIBER de Fisiología de la Obesidad y la Nutrición, Madrid, España. ^cMinerva Foundation Institute for Medical Research, Biomedicum 2U, Helsinki, Finlandia. ^dDoctoral Program in Clinical Research, University of Helsinki, Helsinki, Finlandia. ^eDivision of Infection and Immunity, School of Medicine, Cardiff University, Cardiff, Reino Unido. ^fSystems Immunity Research Institute, Cardiff University, Cardiff, Reino Unido. ^gDepartment of Anatomy, Faculty of Medicine, University of Helsinki, Helsinki, Finlandia.

Introducción: Un tejido adiposo disfuncional suele ser el carácter distintivo de muchas de las denominadas “enfermedades del estilo de vida”, donde, por norma general, la pérdida de grasa corporal condiciona mejoras metabólicas en personas con sobrepeso u obesidad. Estas alteraciones se alinean con el estado de activación de los macrófagos del tejido adiposo, la función de los adipocitos y el papel de las células endoteliales, termostatos del control metabólico ejercido por la grasa corporal a nivel sistémico. Aunque la transcriptómica de célula única ha mejorado considerablemente nuestra comprensión del tejido adiposo, estas aproximaciones experimentales se ven obstaculizadas por su excesiva dependencia de la caracterización del transcriptoma y la consiguiente indiferencia hacia una regulación traduccional y postraduccional más cercana a la biología de la célula y, por lo tanto, a la funcionalidad de un tejido.

Material y métodos: Para este estudio utilizamos otros enfoques cuantitativos de la escala ómica para generar un atlas completo de las proteínas y los lípidos que cambian en el tejido adiposo humano tras la pérdida ponderal. A continuación, cotejamos las fluctuaciones observadas con la proteómica y la lipidómica de adipocitos y células endoteliales residentes en el tejido adiposo de personas con y sin obesidad. Finalmente, exploramos la contribución de la inflamación mediante sistemas celulares expuestos a condiciones que imitan el entorno de un tejido adiposo hiperplásico, y examinamos datos transcriptómicos obtenidos en múltiples cohortes para abordar las implicaciones clínicas de nuestros hallazgos.

Resultados: La pérdida de peso atenuó la inflamación y restauró la función mitocondrial, el catabolismo aminoacídico y el metabolismo lipídico del tejido adiposo. Coincidiendo con la restauración de las enzimas lipogénicas, los triglicéridos pasaron de ser especies insaturadas de cadena larga a formas saturadas de cadena más corta. La

inflamación en cultivos de adipocitos produjo adaptaciones proteicas y lipídicas inversas a las observadas tras la pérdida de peso, coincidiendo en gran medida con el perfil de los adipocitos obesos. Las células endoteliales indicaron por el contrario una trayectoria diametralmente opuesta. En sujetos con obesidad, las células endoteliales mostraron signos de quiescencia y una mayor oxidación de los ácidos grasos, sugiriendo una reprogramación metabólica adaptada al entorno. La exposición de estas células a los medios condicionados de macrófagos y adipocitos inflamados recapituló el fenotipo observado *ex vivo*. Finalmente, acotamos aquellas moléculas que presentan una mayor correlación con el deterioro metabólico mediante el contraste con múltiples transcriptomas de tejido adiposo.

Conclusiones: Nuestro trabajo resuelve cómo dos de las células más importantes del nicho adiposo modifican su fenotipo en diferentes contextos fisiológicos, tales como la obesidad y la inflamación, y proporciona un detallado atlas de biomarcadores clave en adipocitos y células endoteliales para la investigación clínica y biomédica futura.

O-044. ASOCIACIÓN ENTRE EL HEPAMET FIBROSIS SCORE BASAL Y REMISIÓN DE DIABETES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

José Ignacio Martínez Montoro^{a,b,c}, Lucía Ruiz Rubio^{a,b}, Alba Rodríguez Muñoz^{a,b}, Nerea Ruiz Campos^{a,b}, Eduardo García-Fuentes^b, Francisco J. Tinahones^{a,b,c} y Lourdes Garrido Sánchez^{a,b,c}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España. ^bInstituto de Investigación Biomédica de Málaga-Plataforma en Nanomedicina (IBIMA-Plataforma Bionand), Málaga, España. ^cCentro de Investigación Biomédica en Red de la Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ^dServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Objetivos: La diabetes tipo 2 (DM2) y la esteatosis hepática metabólica (EHmet) comparten mecanismos fisiopatológicos comunes y ejercen influencias recíprocas entre sí. La cirugía bariátrica (CB) es el tratamiento más eficaz para ambas enfermedades; sin embargo, se desconoce el papel de la EHmet en la remisión de la diabetes tras la CB. En este estudio evaluamos el papel de Hepamet fibrosis

score (HFS), un *score* no invasivo utilizado para estimar el riesgo de fibrosis hepática, para este *endpoint*, bajo la hipótesis de que un HFS preoperatorio < 0,12 (bajo riesgo de fibrosis avanzada) se asociaría con una mayor probabilidad de remisión de la diabetes.

Material y métodos: En una cohorte prospectiva que incluyó a 145 adultos con DM2 intervenidos de CB y seguidos durante un año, analizamos la asociación entre el HFS preoperatorio y la remisión de la diabetes.

Resultados: Entre los participantes con un HFS < 0,12, 53 de 72 (73,6%) lograron la remisión de la diabetes, en comparación con 38 de 73 (52,1%) con un HFS ≥ 0,12, lo que indica una probabilidad un 41% mayor de remisión de la diabetes en el grupo con HFS < 0,12 (RR = 1,41 [IC95%, 1,09-1,83]; p = 0,007), en comparación con el grupo con HFS ≥ 0,12. El HFS, pero no otros *scores* no invasivos de fibrosis hepática (FIB-4, NFS, APRI), mostró un área bajo la curva significativa para la predicción de la remisión de la diabetes. En el análisis de regresión logística multivariante, un HFS < 0,12 se asoció de manera independiente con la remisión de la diabetes, tras ajustar por la duración de la diabetes, número de fármacos para la diabetes, el control glucémico subóptimo y el tipo de cirugía.

Conclusiones: Describimos por primera vez una asociación entre el HFS preoperatorio y la remisión de la diabetes después de la CB, lo que podría complementar los predictores existentes con un biomarcador preoperatorio accesible y económico.

O-045. EL EFECTO DE TIRZEPATIDA VERSUS DULAGLUTIDA SOBRE LOS EVENTOS ADVERSOS CARDIOVASCULARES MAYORES (MACE-4 Y MACE-5) EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATROSCLERÓTICA ESTABLECIDA

Darren K. McGuire^a, David d’Alessio^b, Debra Miller^c, Govinda Weerakkody^c, Stephen J. Nicholls^d, Xoana Taboada^e y Natalia Duque^e

^aUniversity of Texas Southwestern Medical Center and Parkland Health, Dallas, EE. UU. ^bDivision of Endocrinology, Metabolism, and Nutrition, Department of Medicine, Duke University, Durham, EE. UU. ^cEli Lilly and Company, Indianápolis, EE. UU. ^dVictorian Heart Institute, Monash University, Melbourne, Australia, ^eEli Lilly and Company, Alcobendas, España.

Tabla O-045

Resultado	TZP (N = 6.586) n (%)	DULA (N = 6.579) n (%)	HR (IC95%)
MACE-3*	801 (12,2)	862 (13,1)	0,92 (0,83, 1,01)
MACE-4*	1089 (16,5)	1217 (18,5)	0,88 (0,81, 0,96)
MACE-5	1112 (16,9)	1240 (18,8)	0,88 (0,81, 0,96)
Revascularizaciones coronarias totales	527 (8,0)	617 (9,4)	0,84 (0,75, 0,95)
Revascularización percutánea	439 (6,7)	516 (7,8)	0,84 (0,74, 0,95)
Cirugía de revascularización coronaria	102 (1,5)	120 (1,8)	0,84 (0,65, 1,10)
No electivo	265 (4,0)	311 (4,7)	0,84 (0,72, 0,99)
Electivo o por etapas	311 (4,7)	351 (5,3)	0,88 (0,75, 1,02)
Siguiendo a MI	110 (1,7)	118 (1,8)	0,93 (0,71, 1,20)
Siguiendo a UA	39 (0,6)	53 (0,8)	0,73 (0,48, 1,10)
Hospitalización por AI	110 (1,7)	148 (2,2)	0,74 (0,57, 0,94)

El HR (cociente de riesgos) y los intervalos de confianza se derivan de un modelo de riesgos proporcionales de Cox con tratamiento (dosis máxima tolerada de tirzepatida versus dulaglutida 1,5 mg) como efecto fijo, estratificado por el uso de iSGLT-2 al inicio del estudio. *Datos presentados en la Reunión Anual de la EASD 2025.

Objetivos: En SURPASS-CVOT, tirzepatida (TZP) fue no inferior a dulaglutida en la reducción del riesgo de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE-3: muerte cardiovascular (CV), infarto de miocardio (IM) o accidente cerebrovascular) en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) y enfermedad CV aterosclerótica (ECVA) establecida. Este análisis evalúa las diferencias en los resultados cardiovasculares extendidos.

Material y métodos: En análisis preespecificados de SURPASS-CVOT, se evaluó TZP (hasta 15 mg) en comparación con dulaglutida 1,5 mg en los compuestos de: muerte CV, IM, accidente cerebrovascular o revascularización coronaria (MACE-4); y MACE-4 u hospitalización por angina inestable (AI) (MACE-5).

Resultados: MACE-4 ocurrió en 1.089 (16,5%) pacientes con TZP y 1.217 (18,5%) pacientes con dulaglutida (HR 0,88; IC95% 0,81-0,96). En pacientes con antecedentes de enfermedad arterial coronaria (EAC), MACE-4 ocurrió en 875 pacientes (18,6%) que recibieron TZP y 967 (20,5%) que recibieron dulaglutida (HR 0,89; IC95% 0,81-0,97). En pacientes sin antecedentes de EAC, MACE-4 ocurrió en 214 pacientes (11,3%) que recibieron TZP y 250 (13,3%) que recibieron dulaglutida (HR 0,84; IC95% 0,70-1,01). MACE-5 ocurrió en 1.112 pacientes (16,9%) que recibieron TZP y 1.240 pacientes (18,8%) que recibieron dulaglutida (HR 0,88; IC95% 0,81-0,96). La revascularización coronaria ocurrió en 527 pacientes (8,0%) que recibieron TZP y 617 (9,4%) que recibieron dulaglutida (HR 0,84; IC95% 0,75-0,95). La hospitalización por AI ocurrió en 110 pacientes (1,7%) que recibieron TZP y 148 pacientes (2,2%) que recibieron dulaglutida (HR 0,74; IC95% 0,57-0,94) (tabla).

Conclusiones: En pacientes con DM2 y ECVA establecida, el tratamiento con TZP se asoció con un menor riesgo de MACE-4, MACE-5, revascularización coronaria y hospitalización por AI en comparación con dulaglutida.

O-046. EFECTIVIDAD DE LA MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA SOBRE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 2 TRATADOS CON MÚLTIPLES DOSIS DE INSULINA: ESTUDIO POBLACIONAL EN ANDALUCÍA

Pablo Rodríguez de Vera Gómez^a, Eduardo Mayoral Sánchez^b, Beatriz Rodríguez Jiménez^a, Mateo Colchón Fernández^a, Guillermo Umpierrez^c, Fernando Gómez Peralta^d y María Asunción Martínez Brocca^{a,b}

^aHospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ^bPlan Integral de Diabetes de Andalucía, Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía, Sevilla, España. ^cDepartment of Medicine, Emory University School of Medicine, Atlanta, EE. UU. ^dUnidad de Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Segovia, Segovia, España.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la monitorización flash de glucosa (MFG) en adultos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tratados

con múltiples dosis de insulina, analizando su impacto sobre las tasas de ingresos hospitalarios por complicaciones agudas y crónicas de la diabetes en Andalucía.

Material y métodos: Estudio observacional de cohorte histórica y carácter poblacional, basado en información del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Se incluyeron adultos (≥ 18 años) con DM2 en tratamiento con múltiples dosis de insulina que iniciaron MFG entre abril de 2022 y diciembre de 2023, con al menos un año de seguimiento antes y después de la implantación. Se excluyeron gestantes y pacientes sin autorización para la financiación pública de MFG. Las fuentes de información incluyeron la Base Poblacional de Salud, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y el registro específico de MFG en Andalucía. Se calcularon tasas de incidencia por 10.000 personas-año y se compararon los periodos pre y pos-MFG mediante regresión de Poisson.

Resultados: Se incluyeron 15.413 participantes, de los cuales el 49,2% fueron mujeres. La edad media fue de 71,3 años (DE 11,9) y la duración media de la diabetes de 16,0 años (DE 9,1). El tiempo medio de seguimiento fue de 684 días en el periodo pre-MFG y 580 días tras la implantación. La tasa de ingresos hospitalarios por complicaciones agudas de la diabetes se redujo de 74,6 a 27,5 ingresos por 10.000 personas-año tras la implantación de MFG, lo que supuso una reducción relativa del 63% (RR 0,37; IC95% 0,28-0,49). En cuanto a las complicaciones crónicas, la tasa global pasó de 228,8 a 215,8 por 10.000 personas-año, sin diferencias estadísticamente significativas en el conjunto de la cohorte (RR 0,94; IC95% 0,84-1,06). Los resultados por motivo de ingreso se presentan en la tabla.

Conclusiones: En un entorno poblacional y de práctica clínica real, la implantación de la MFG en adultos con DM2 en tratamiento con múltiples dosis de insulina se asocia con una reducción marcada y clínicamente relevante de los ingresos hospitalarios por complicaciones agudas de la diabetes. Estos resultados apoyan el uso de la MFG como una estrategia efectiva para reducir eventos agudos graves y la carga hospitalaria en personas con DM2.

O-047. EFFECTS OF DIALYL SULFORATED COMPOUNDS ON CARDIOMETABOLIC COMPLICATIONS IN HIGH-FAT DIET-INDUCED METABOLIC SYNDROME

Raúl López Fernández^a, Leopoldo Pérez-Rosendo^a, Inmaculada Pino-Pérez^a, María Camacho-Cabrera^a, Paula Solla^a, Almudena García-Ruiz^a, Máximo Bernabeu-Wittel^b and Alejandro Martín-Montalvo^{a,c}

^aAndalusian Center for Molecular Biology and Regenerative Medicine-CABIMER, Junta de Andalucía-University of Pablo de Olavide-University of Seville-CSIC, Sevilla, Spain. ^bServicio de Medicina Interna, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, Spain. ^cCentro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Madrid, Spain.

Tabla O-046

Motivo	Tasa pre-MFG	Tasa pos-MFG	Rate ratio [IC95%]	p
Cetoacidosis	32,8 [26,4; 40,3]	13,4 [9,2; 18,8]	0,41 [0,27; 0,61]	< 0,001
Hiper glucemia	35,7 [29,0; 43,4]	10,1 [6,5; 14,9]	0,28 [0,18; 0,44]	< 0,001
Hipoglucemia	6,1 [3,6; 9,8]	4,0 [1,9; 7,4]	0,66 [0,30; 1,44]	0,3
Ictus	120,7 [108,1; 134,3]	117,4 [104,3; 131,7]	0,97 [0,83; 1,14]	0,73
Amputaciones	118,2 [105,7; 131,7]	116,2 [103,1; 130,4]	0,98 [0,84; 1,15]	0,83
Cardiopatía isquémica	108,1 [96,2; 121,0]	98,4 [86,4; 111,6]	0,91 [0,77; 1,08]	0,28

Introduction: Metabolic syndrome is a cluster of conditions that increase the risk of cardiomyopathy, diabetes, and stroke, including elevated blood pressure (BP) and glucose levels. Hypertension damages cardiac tissue and blood vessels, thereby increasing the risk of myocardial infarction and cerebrovascular events. Hydrogen sulfide (H_2S) is a gasotransmitter with the ability to freely diffuse through cell plasmatic membranes to induce intracellular signaling responses. Production of H_2S in cells can be generated by enzymatic and non-enzymatic mechanisms. Recent research has demonstrated that diallyl sulforated compounds (DAS) extends lifespan and healthspan in male mice. The aim of this work is to evaluate the effect of DAS in male mice with metabolic syndrome including, elevated BP and glucose levels.

Material and methods: 3-month-old C57BL/6J wild type mice were fed with a standard diet or a high-fat diet to induce metabolic syndrome during 6 months. In addition, both groups were treated or not with DAS (150 mg/kg of food) to enhance intracellular H_2S production ($n \geq 15$ per group). Body weight and food intake of mice were monitored weekly. Health status was measured by neurocognitive, physical and cardiovascular test. Furthermore, we also evaluated the effect of DAS on glucose homeostasis. Triglycerides and glycated hemoglobin (HbA_{1c}) were determined in the serum of mice.

Results: DAS had the ability to reduce body weight gain in mice fed with standard and high fat diet. At a neurocognitive level, DAS enhanced odor discrimination and improved novel object recognition memory in animals maintained on both standard and high-fat diets. In functional capacity test, DAS increased grip force, motor coordination and resistance in standard mice and in metabolic syndrome mice. At a cardiovascular level, DAS did not modify BP parameters in standard diet mice. High-fat diet induced hypertension in mice (Systolic Bp = 138 mmHg, Diastolic Bp = 108 mmHg), whereas DAS treatment preserved normal BP. Insulin sensitivity was improved by DAS in both diets and also preserved normal glucose levels in high fat diet fasted for 16h. However, glycated hemoglobin was not reduced by DAS in HFD.

Conclusions: Our results show that potentiation of sulfur metabolism has therapeutic potential, improving the neurocognition, physical health and insulin sensitivity in both diets. High fat diet induced metabolic syndrome in mice which were abolished by DAS treatment, restoring normal levels of BP and glucose. Thus, DAS treatment prevented metabolic syndrome by improving glucose control and cardiovascular parameters, suggesting its potential as a therapy for metabolic and cardiometabolic diseases.

Introducción: Según las recomendaciones de las guías clínicas, en los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) y obesidad, el tratamiento farmacológico debe incluir de manera preferente iSGLT2 y arGLP1, por los beneficios que aportan tanto en reducción de peso como en prevención cardiorrenal y control metabólico. Sin embargo, se ha descrito una brecha entre la evidencia científica disponible y su aplicación en la práctica clínica real. El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de uso de iSGLT2 y arGLP1 en personas con DM2 y obesidad en España, así como identificar factores asociados a su utilización en esta población.

Material y métodos: Estudio observacional multicéntrico basado en la revisión aleatoria de historias clínicas electrónicas de 5.009 pacientes con DM2, procedentes de 70 centros de salud en España y atendidos por 309 médicos de familia (MF). Se definió obesidad como un IMC > 30 Kg/ m^2 . Para identificar las variables asociadas al uso de iSGLT2 o arGLP1 se realizó una estimación de las razones de prevalencia (RP) utilizando modelos de Poisson, evaluando la bondad de ajuste mediante el test LRT (Likelihood Ratio Test), y el área bajo la curva ROC, con su IC95%.

Resultados: La prevalencia de obesidad fue de 41,9% (IC95% 40,4-43,4). Entre los pacientes con DM2 y obesidad, el 27,2% recibía tratamiento con iSGLT2, el 8,7% con arGLP1, y el 12,5% utilizaban la combinación. El 47,2% no estaba en tratamiento con ninguno de estos fármacos. El 26,5% de los pacientes recibía tratamientos con alto riesgo de hipoglucemia (19% insulina y 7% sulfonilureas). En el análisis multivariante, las variables asociadas al uso de iSGLT2 y/o arGLP-1 fueron una mayor hemoglobina glicada (RP 1,10 IC95% 1,07-1,13; $p < 0,00$), sexo masculino (1,3; 1,03-1,23; $p = 0,008$), menor edad (0,987; 0,93-0,99; $p < 0,00$), menor uso de iDPP4 (0,72; 0,64-0,82; $p < 0,01$), mayor prevalencia de distipemia (1,37; 1,21-1,54; $p < 0,01$) y el uso de insulina basal (1,33; 1,30-1,46; $p < 0,01$). No encontramos asociación con la presencia de las comorbilidades para las que las guías recomiendan su uso. El modelo presentó una curva ROC 0,695; IC95% 0,671-0,719, indicando una capacidad predictiva moderada.

Conclusiones: En España, existe una alta prevalencia de obesidad en los pacientes con DM2. Casi la mitad de estos pacientes no recibe ninguna de las dos opciones farmacológicas (iSGLT2 y/o arGLP1) recomendadas de forma preferente. No identificaron patrones asociados de uso de iSGLT2 y/o arGLP1 acordes a las recomendaciones de las guías. Uno de cada 4 pacientes recibe tratamientos con alto riesgo de hipoglucemia.

O-048. USO DE LOS ISGLT2 Y ARGLP1 EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN PACIENTES CON DIABETES Y OBESIDAD EN ESPAÑA

Domingo Orozco-Beltran^a, Fernando Álvarez Guisasaola^b, Sara Artola Menendez^c, Manel Mata Cases^d, Ana M Cebrian Cuenca^{e,f} y Antonio Pérez Pérez^{g,h,i}

^aUniversidad Miguel Hernández, Elche, España. ^bCentro de Salud Ribera del Órbigo, Benavides de Órbigo, España. ^cCentro de Salud José Marvá, Fundación RedGDPs, Madrid, España. ^dDAP-Cat group, Unitat de Suport a la Recerca Barcelona, Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, España. ^eCentro de Salud de Cartagena Casco, Cartagena, España. ^fInstituto de Investigación Biomédica de Murcia, Grupo de Investigación en Atención Primaria, Cartagena, España. ^gUniversidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España. ^hCIBERDEM, Barcelona, España. ⁱServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

COMUNICACIONES ORALES 09: TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA DIABETES

O-049. ANÁLISIS DEL CONTROL GLUCÉMICO Y LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO CON UN CAPUCHÓN DE PLUMA INTELIGENTE CONECTADO EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1: UN ENSAYO ALEATORIZADO, ABIERTO Y DE GRUPOS PARALELOS

Fernando Sebastián Valles, Carolina Sager La Ganga, Alicia Justel Enriquez, Sara Jiménez Blanco, Victor Navas Moreno, Jose Alfonso Arranz Martín y Mónica Marazuela

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Las plumas de insulina conectadas y sus capuchones inteligentes capturan automáticamente los datos de dosificación y pueden indicar la omisión de bolos prandiales, pero la evidencia aleatorizada independiente en diabetes tipo 1 (DM1) es escasa.

Material y métodos: Realizamos un ensayo clínico abierto, aleatorizado y de grupos paralelos, iniciado por el investigador, en un hospital público durante 8 semanas. Se incluyeron adultos con DM1 que recibían múltiples dosis de insulina y un control subóptimo (tiempo por encima del rango [TAR] (> 180 mg/dL > 25%) que fueron asignados aleatoriamente (1:1) a un capuchón de pluma conectado (Insulclock 2-0) o a un capuchón idéntico con la conectividad Bluetooth desactivada (desconectado). El resultado principal fue el TAR (> 250 mg/dL) a partir de descargas de MCG escaneadas de forma intermitente. Los análisis siguieron el principio de intención de tratar con modelos longitudinales mixtos e imputación múltiple. Los resultados secundarios incluyeron el tiempo en rango (TIR), la variabilidad glucémica (desviación standard (DE), coeficiente de variación (CV)), la HbA_{1c} y los resultados informados por el paciente (satisfacción con el tratamiento y miedo a la hipoglucemia).

Resultados: Cuarenta y dos participantes fueron aleatorizados. (21 por grupo; 25 mujeres, 17 hombres). Un paciente se retiró antes del inicio, quedando 41 en el análisis por intención de tratar. En comparación con el grupo control, el grupo con capuchón conectado presentó una TAR > 250 mg/dL menor (diferencia de medias: -4,8 puntos porcentuales; IC95%: -9,5 a -0,1; p = 0,045) y una menor DE (- 6,3 mg/dL IC95%: -11,5 a -1,1; p = 0,018). La HbA_{1c} mostró una reducción limítrofe de -0,32%, IC95%: (-0,65% a 0,00%); p = 0,050. Los análisis por protocolo sugirieron un aumento absoluto del TIR del 8% entre los usuarios adherentes. No se observaron diferencias intergrupales en las puntuaciones de satisfacción con el tratamiento, mientras que las conductas de evitación en la Encuesta de Miedo a la Hipoglucemia disminuyeron significativamente en el grupo de intervención (β = -2,44; IC95%: -4,45 a -0,43; p = 0,019).

Conclusiones: En la atención clínica habitual, un capuchón de pluma conectado redujo la hiperglucemia grave, la variabilidad glucémica y las conductas de evitación de la hipoglucemia en adultos con DM1 y control subóptimo, sin afectar la satisfacción con el tratamiento. Estos hallazgos respaldan la integración de herramientas basadas en datos en la atención pública de la diabetes. Se deben realizar ensayos más amplios y de mayor duración para evaluar la durabilidad y la rentabilidad de estas intervenciones.

Financiación: estudio iniciado por el investigador sin financiación de la industria; los dispositivos fueron adquiridos por el hospital.

Registro del ensayo: ClinicalTrials.gov NCT06845891; registro: 24 de febrero de 2025.

O-050. EN LA PIEL DEL PACIENTE: DIFERENCIAS EN LA PRECISIÓN ENTRE SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN PERSONAS SIN DIABETES

Juan Carlos Lorite Méndez

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España.

Introducción y objetivos: Los sensores de monitorización continua de glucosa (MCG) se han convertido en una herramienta esencial en el manejo de la diabetes. Actualmente existen múltiples modelos en el mercado, con diferencias relevantes en aspectos como la vida útil del sensor, el lugar de inserción y, especialmente, la precisión de las mediciones. En este estudio evaluamos y comparamos la precisión de tres sensores de MCG en población sana.

Material y métodos: Se realizó un estudio piloto observacional de 15 días de duración en tres voluntarios de 28 años de edad (dos mujeres y un hombre) sin diabetes ni otras enfermedades conocidas, utilizando simultáneamente cada uno de ellos tres modelos distintos de MCG: FreeStyle Libre 2 Plus, Dexcom One Plus y GlucoMen iCan. Durante este periodo no realizaron ejercicio físico, no consumieron fármacos y mantuvieron un patrón dietético homogéneo de tres ingestas diarias (desayuno, comida y cena). Inmediatamente antes y dos horas después de cada ingesta, cada voluntario realizó una determinación de glucemia capilar mediante el glucómetro FreeStyle Optium Neo, registrando simultáneamente los valores de glucosa intersticial proporcionados por cada uno de los tres sensores. Los datos fueron analizados estadísticamente para evaluar la precisión de los sensores.

Resultados: Cada voluntario recogió 90 determinaciones de glucemia capilar y 270 de glucemia intersticial en conjunto entre los tres sensores. A partir de estos datos se calculó el error absoluto medio relativo (MARD), el error absoluto medio (MAD) y el porcentaje de determinaciones incluidas en las zonas A y B de la clasificación Consensus Error Grid (CEG), correspondientes a errores sin consecuencias clínicas o con consecuencias no significativas.

Conclusiones: El MARD elevado observado puede explicarse en parte por tratarse de un parámetro desarrollado y validado principalmente en población con diabetes. En sujetos sanos, el menor rango glucémico magnifica el error relativo, incrementando artificialmente el MARD pese a errores absolutos bajos. Asimismo, el uso de la glucemia capilar como método de referencia puede haber aumentado adicionalmente este parámetro. Por ello, su interpretación debe complementarse con otras medidas de precisión, como el error absoluto medio y la clasificación Consensus Error Grid. En conjunto, los resultados ponen de manifiesto diferencias en el comportamiento de los sensores evaluados en condiciones de normoglucemia, y deben interpretarse considerando las limitaciones metodológicas del estudio.

Tabla O-050

Distintos sensores y sus respectivos valores de precisión preprandiales y posprandiales

	FreeStyle Libre 2 Plus		Dexcom One Plus		GlucoMen iCan	
	Preprandial	Posprandial	Preprandial	Posprandial	Preprandial	Posprandial
MARD pre y posprandial (%)	11,4*	14,1	31,5	41,7	43,8	55,6
MAD pre y posprandial (mg/dL)	8,3*	11,4	23,2	35,2	32,3	46,5
CEG A+B pre y posprandial (%)	100	100	100	100	83	80

MARD: error absoluto medio relativo; MAD: error absoluto medio; CEG: Consensus Error Grid.

O-051. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA FRENTE A PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA PARA LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN BETA PANCREÁTICA EN DIABETES TIPO 1 TRAS TRASPLANTE DE PÁNCREAS

Nerea Antón i Riera, Marga Giménez, Pedro Ventura-Aguar, Joana Ferrer-Fàbrega, Enrique Montagud-Marrahi, Ignacio Conget y Antonio J. Amor

Hospital Clínic, Barcelona, España.

Objetivos: La prueba de tolerancia oral a la glucosa (TOG) se ha utilizado clásicamente en el seguimiento de la función del injerto pancreático, aunque no aparece en las recomendaciones internacionales tras un trasplante de páncreas (TP). La monitorización continua de la glucosa (MCG) surge como alternativa atractiva a tal fin, si bien no existen estudios que comparen ambos métodos. Nuestro objetivo es comparar estas dos herramientas para el seguimiento de la función pancreática de pacientes con diabetes tipo 1 (DT1) tras un TP.

Material y métodos: Estudio realizado en pacientes con DT1 y TP que acuden a la evaluación de la función endocrina del injerto pancreático, que incluye una TOG de 75 gramos (glucosa a 0/60/90/120 minutos). Posteriormente se implanta un sistema de MCG durante 14 días (Freestyle Libre 3). Se compararon las métricas obtenidas mediante ambos métodos. Asimismo, se analizaron las diferencias en dichos parámetros entre pacientes que iniciaron tratamiento hipoglucemiante postrasplante, como marcador clínico de disfunción del injerto pancreático.

Resultados: Se incluyeron n = 20 pacientes (n = 12 varones), edad 56,2 (44,0-60,1) años, tiempo desde el trasplante 8,0 (0,6-21,7) años, duración de la DT1 al trasplante 24,8 (21,7-30,9) años, 20% enfermedad cardiovascular previa, 70% tabaquismo activo/pasado. A los 120 min de la TOG (TOG-120), todos los pacientes presentaron glucosa < 140, excepto uno con > 200 mg/dL; con una HbA_{1c} de 5,70% (5,1-6,2%). Respecto a la MCG, el GMI fue 5,84% (5,70-6,11), coeficiente de variación (CV) 17,15% (13,46-19,82) y tiempo en rango estrecho (TTIR 70-140 mg/dL) 95,17% (86,09-97,01%). Se observó una correlación significativa entre TOG-120 y GMI (r = 0,491), TTIR (r = -0,566), tiempo por encima de rango (TAR 180-250) (r = 0,473), así como con diferentes variables de variabilidad (LBGI, HBGI, M100, MAGE, J-index o GRADE; todos p < 0,05). No se observó dicha correlación con CV (p = 0,278). El uso de hipoglucemiantes postrasplante (n = 5) no se asoció a diferencias en

glucosa basal ni HbA_{1c}, pero sí en TOG-120 y otras métricas de MCG (tabla; p < 0,05).

Conclusiones: Nuestros datos preliminares indican que algunas métricas derivadas de la MCG, podrían integrarse en protocolos de seguimiento para optimizar la evaluación funcional del injerto en pacientes con DT1 y TP.

O-052. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON SISTEMA HÍBRIDO DE ASA CERRADA EN EL CONTROL GLUCÉMICO Y LA ESFERA PSICOSOCIAL DE ADULTOS CON DM1 Y MIEDO PATOLÓGICO A HIPOGLUCEMIA

María Ruiz Rodríguez, Blanca Gómez Zaragoza, Pablo Rodríguez de Vera, Doña Lucía Hidalgo Sotelo, Beatriz Jiménez Rodríguez, Mateo José Colchón Fernández y María Asunción Martínez-Brocca

Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España.

Objetivos: Evaluar los cambios en el control glucémico y en la esfera psicosocial asociados al uso de sistemas híbridos de asa cerrada en adultos con diabetes mellitus tipo 1 y miedo patológico a la hipoglucemia.

Material y métodos: Estudio observacional de cohorte prospectiva. Se incluyeron adultos con DM1 tratados con SHAC que presentaban miedo patológico a la hipoglucemia en la evaluación basal, definido como puntuación ≥ 28 en el cuestionario Fear of Hypoglycemia-15 (FH-15). Se excluyeron pacientes con seguimiento inferior a 12 meses o con datos incompletos. El control glucémico se evaluó mediante hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) y métricas derivadas del Ambulatory Glucose Profile (AGP) de 14 días: glucemia media, indicador de manejo glucémico (GMI), coeficiente de variación (CV), tiempo en rango (TIR 70-180 mg/dl), tiempo por encima de rango (TAR) y tiempo por debajo de rango (TBR). El impacto psicosocial se analizó mediante los cuestionarios FH-15 y EsDQOL. Se compararon los valores pre y postratamiento.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes, con una edad media de 43,2 \pm 11,0 años; el 60% fueron mujeres. El tiempo medio de seguimiento fue de 2,4 \pm 1,1 años. El tratamiento con SHAC se asoció a una mejora significativa del control glucémico, con reducción de la HbA_{1c} (7,79 \pm 1,39 vs. 6,94 \pm 0,70%; p = 0,010), disminución del GMI (p = 0,042), reducción del coeficiente de variación (39,4 \pm 7,8 vs. 33,0 \pm 4,1%; p = 0,001) y aumento del TIR 70-180 mg/dl (60,0 \pm 15,8

Tabla O-051

	No hipoglucemiantes (n = 15)	Hipoglucemiantes (n = 5)	p
Edad actual (años)	55,2 (40,0-60,3)	57,51 (25,67-60,82)	0,497
Años desde el trasplante	5,83 (0,59-20,25)	17,14 (1,06-24,70)	0,306
IMC(Kg/m ²)	24,80 (22,47-26,49)	23,15 (22,19-29,64)	1,000
HbA _{1c} (%)	5,70 (4,90-5,80)	6,10 (5,50-6,65)	0,098
Glucemia basal (mg/dL)	90 (84-95)	113 (91-130)	0,053
TOG-120 (mg/dL)	94 (78-105)	131 (106-202)	0,015
GMI (%)	5,78 (5,61-5,92)	6,17 (6,02-6,70)	0,005
TITR (%)	92,89 (91,31-97,54)	73,15 (52,53-92,15)	0,042
TAR (%)	0,05 (0,00-0,27)	1,89 (0,35-13,19)	0,033
CV (%)	17,65 (11,85-19,34)	16,45 (14,69-23,77)	0,612
LBGI	1,02 (0,68-1,67)	0,21 (0,07-0,62)	0,008
HBGI	0,19 (0,09-0,34)	1,15 (0,45-3,12)	0,015
J-index	14,69 (12,79-15,46)	21,98 (17,06-29,31)	0,008
GRADE	1,34 (0,97-1,47)	3,22 (1,99-5,57)	0,015

vs. $76,3 \pm 9,1\%$; $p < 0,001$). Asimismo, se observó una disminución significativa del TAR $181-250$ mg/dl ($21,2 \pm 10,9$ vs. $16,6 \pm 6,9\%$; $p = 0,043$), del TAR ≥ 250 mg/dl ($12,4 \pm 11,7$ vs. $4,2 \pm 3,4\%$; $p = 0,004$) y del TBR $54-69$ mg/dl ($5,5 \pm 5,3$ vs. $2,1 \pm 1,4\%$; $p = 0,006$). En cuanto al miedo a la hipoglucemia, la puntuación media del FH-15 se redujo de forma significativa tras el tratamiento ($40,2 \pm 9,2$ vs. $33,6 \pm 12,3$; $p = 0,036$), y el 33,3% de los pacientes dejó de cumplir criterios de miedo patológico (FH-15 < 28 ; $p < 0,05$). Respecto a la calidad de vida, la dimensión de satisfacción del EsDQOL mostró una mejoría significativa ($40,6 \pm 8,1$ vs. $34,6 \pm 9,1$; $p = 0,023$), sin cambios significativos en la puntuación total ni en el resto de dimensiones.

Conclusiones: En adultos con DM1 y miedo patológico a la hipoglucemia, el tratamiento con sistemas híbridos de asa cerrada se asocia a una mejora significativa del control glucémico y a una reducción del miedo a la hipoglucemia, con impacto positivo en la satisfacción relacionada con la calidad de vida. Estos resultados apoyan el uso de SHAC en pacientes con alta carga psicosocial asociada a la hipoglucemia.

O-053. ANÁLISIS CAPILAROSCÓPICO MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN DIABETES MELLITUS TIPO 1: RELACIÓN CON EL CONTROL GLUCÉMICO Y LAS COMPLICACIONES MICROVASCULARES Y DESARROLLO DE UN MODELO PREDICTIVO

Pablo Lozano Martínez^a, Clara Lanau Campo^a, José Jorge Ortez Toro^b, Teresa Espiga Molinero^b, Laura Sevillano Orte^b, Borja del Carmelo Gracia Tello^a y José Antonio Gimeno Orna^a

^aHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

^bHospital Reina Sofía, Tudela, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus tipo 1 produce un daño microvascular crónico que puede ser evaluado de forma no invasiva mediante la videocapilaroscopia del pliegue ungueal. El objetivo de este estudio es evaluar si las alteraciones capilaroscópicas del lecho ungueal se asocian con el grado de control glucémico, la duración de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y la presencia de complicaciones microvasculares, específicamente retinopatía diabética (RD) y enfermedad renal crónica (ERC). Asimismo, analizar la capacidad predictiva de los parámetros capilaroscópicos para identificar pacientes con mal control glucémico.

Material y métodos: Estudio transversal multicéntrico realizado en dos hospitales, que incluyó a 181 pacientes con DM1 de al menos 10 años de evolución y edad ≥ 40 años. A todos los participantes se les realizó videocapilaroscopia del pliegue ungueal, cuyas imágenes fueron analizadas mediante inteligencia artificial utilizando la plataforma Capillary.io, obteniendo variables cuantitativas como densidad capilar, porcentaje de capilares normales, dilataciones, tortuosidades, megacapilares, ramificaciones y áreas específicas de alteración. Se recogieron datos clínicos, analíticos y de control glucémico, incluyendo hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) y parámetros derivados de monitorización continua de glucosa. Se realizó un análisis descriptivo y comparativo multivariante para estudiar asociaciones entre hallazgos capilaroscópicos, control glucémico, duración de la enfermedad y presencia de RD o ERC. Finalmente, se desarrollaron modelos de aprendizaje automático para predecir mal control glucémico (HbA_{1c} $\geq 7\%$) y RD, evaluando su rendimiento mediante validación cruzada.

Resultados: Los pacientes con HbA_{1c} $\geq 7\%$ mostraron una menor densidad capilar ($7,52 \pm 0,89$ vs. $8,05 \pm 0,72$ capilares/mm; $p < 0,01$), menor porcentaje de capilares normales ($55,38 \pm 14,97$ vs. $60,83 \pm 14,08\%$; $p = 0,02$) y mayor proporción de capilares dilatados ($33,76 \pm 16,00$ vs. $27,29 \pm 15,14\%$; $p = 0,01$), así como mayor área

de dilataciones ($13.961,83 \pm 2.868,62$ vs. $12.809,53 \pm 2.310,83$ μm^2 ; $p < 0,01$). Una duración de la DM1 > 20 años se asoció con menor densidad capilar ($7,66 \pm 0,87$ vs. $8,01 \pm 0,77$ capilares/mm; $p = 0,03$). Los pacientes con RD presentaron menor densidad capilar ($7,53 \pm 0,89$ vs. $7,93 \pm 0,84$ capilares/mm; $p = 0,01$) y mayor área de dilataciones ($14.043,59 \pm 2.770,78$ vs. $12.968,47 \pm 2.718,48$ μm^2 ; $p = 0,03$). La ERC se asoció con mayor área de microhemorragias ($22.043,80 \pm 18.046,11$ vs. $14.140,58 \pm 9.310,66$ μm^2 ; $p = 0,02$). Los modelos predictivos alcanzaron un F1-score de 0,79 para mal control glucémico y de 0,64 para RD.

Conclusiones: La videocapilaroscopia del pliegue ungueal, analizada mediante inteligencia artificial, permite identificar alteraciones microvasculares asociadas al mal control glucémico, mayor duración de la DM1 y presencia de retinopatía diabética. Estos hallazgos apoyan su potencial utilidad como herramienta no invasiva y reproducible para la evaluación del daño microvascular crónico y la estratificación del riesgo en pacientes con DM1.

O-054. INFLUENCIA DEL CICLO MENSTRUAL EN EL CONTROL GLUCÉMICO DE MUJERES CON DIABETES TIPO 1 USUARIAS DE UN SISTEMA DE ASA CERRADA: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO DIABETEXX/1

María Esther de la Calle de la Villa^a, Lía Nattero-Chávez^{a,c}, Iván Sala Mira^c, Nerea Albaladejo-Carrasco^b, Ane Bayona Cabada^a, José Luis Díez^{b,c} y Jorge Bondía^{b,c}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. ^bUniversitat Politècnica de València, Valencia, España. ^cCIBERDEM, ISCIII, Madrid, España.

Introducción: La variabilidad intraindividual del control glucémico en mujeres con DM1 es un fenómeno clínicamente relevante y poco caracterizado. El papel del ciclo menstrual (CM) y las fluctuaciones hormonales asociadas en dicha variabilidad ha sido infrarrepresentado en la investigación en DM1. Estas fluctuaciones modulan la sensibilidad a la insulina pudiendo influir en el rendimiento de sistemas de asa cerrada (SAC), si bien la evidencia sobre su adaptación a las fases del CM sigue siendo limitada.

Objetivos: Evaluar el control glucémico y patrones de infusión de insulina en mujeres con DM1 usuarias de SAC a lo largo de las fases del CM (folicular temprana (FFT) y media (FFM), periovulatoria (FPO), lútea media (FLM) y tardía (FLT)).

Material y métodos: Estudio prospectivo de cohorte intraindividual, DIABETEXX/1 (ClinicalTrials.gov ID: NCT06338072). Se incluyeron 21 mujeres con DM1 usuarias de SAC (MiniMed™ 780G). Durante un CM completo se registraron la MCG (c/5 min), parámetros de infusión de insulina del sistema; en FFM y FLM el registro dietético (72 h), gasto energético y actividad física (7 días, ActiGraph GT9X Link). Las cinco fases del CM se definieron mediante medición cuantitativa de gonadotropinas, estrona y pregnanediol en muestras de orina matutina c/48 h. El análisis estadístico se realizó mediante modelos lineales generalizados de efectos mixtos en R (v4.4.2) estimándose las diferencias medias entre pares de fases.

Resultados: La cohorte incluyó mujeres con edad media de 34 ± 10 años, menarquia a los 13 ± 2 años, periodicidad menstrual de $29,3 \pm 2,2$ días, evolución de DM1 de 18 ± 10 años, uso de SAC de 34 ± 16 meses y una HbA_{1c} media de $6,7 \pm 0,5\%$. El TIR₇₀₋₁₈₀ fue significativamente menor en FPO, FLM y FLT en comparación con FFT (80 ± 14 , $81 \pm 13\%$ y 81 ± 13 vs. $86 \pm 8\%$; $p = 0,005$, $p = 0,026$ y $p = 0,037$ respectivamente). Asimismo, FPO y FLM se asociaron a peor perfil glucémico en comparación con FFM caracterizado por un incremento de glucemia media (144 ± 20 vs. 134 ± 18 mg/dL; $p = 0,011$ y 143 ± 18 vs. 134 ± 18 mg/dL; $p = 0,010$, respectivamente).

te) y del AUC_{glucosa} (203 ± 28 vs. 190 ± 29 ; $p = 0,021$ y 204 ± 22 vs. 190 ± 29 ; $p = 0,012$) así como una reducción significativa TTR₇₀₋₁₄₀ (53 ± 19 vs. $62 \pm 15\%$; $p = 0,015$ y 53 ± 15 vs. $62 \pm 15\%$; $p = 0,017$) y un aumento del TAR₁₈₀₋₂₅₀ (16 ± 11 vs. $11 \pm 8\%$; $p = 0,037$ y 16 ± 10 vs. $11 \pm 8\%$; $p = 0,021$). La dosis total de insulina fue significativamente mayor en FL respecto a FF observándose un aumento de autocorrecciones en FLT frente a FFM ($6,3 \pm 4,9$ vs. $4,7 \pm 3,8$ U/día; $p = 0,006$). No se observaron diferencias significativas entre fases en TBR, variabilidad glucémica, ingesta calórica (incluyendo la comparación entre carbohidratos registrados en encuesta dietética y anunciados al sistema), gasto energético ni los MET.

Conclusiones: El control glucémico empeora durante la FPO y lútea pese al aumento de la infusión automática de insulina por el SAC. Estos hallazgos apoyan la necesidad de personalizar los algoritmos incorporando la variabilidad hormonal del CM.

Financiación: PID2022-137723OB-1, MICIU/AEI/10, 13039/501100011033, FEDER, UE.

COMUNICACIONES ORALES 10: MISCELÁNEA

O-055. UNA CONSULTA SIN LISTA DE ESPERA: OPTIMIZACIÓN DE LA DEMORA PARA CONSULTA MEDIANTE CRITERIOS CONSENSUADOS DE ALTA EN UNA UNIDAD DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

Maria Ablanado Mingot, Cristina Menéndez García,
David Hidalgo Villa, M.^a Jesús García Arias, Amalia Franco Vidal
e Iván Marcos González

Hospital de Cabueñes, Gijón, España.

Objetivos: Reducir la demora para consulta en una Unidad de Educación Diabetológica (UED) mediante la mejora del equilibrio entre primeras consultas y altas. El objetivo se centró en disminuir el número de revisiones innecesarias mediante la implantación de criterios de alta consensuados con el Servicio de Endocrinología, favoreciendo la disponibilidad de citas para nuevos pacientes y la atención más oportuna de casos prioritarios.

Material y métodos: Entre noviembre de 2024 y mayo 2025 se desarrolló un proyecto de mejora basado en principios de gestión de la demanda y capacidad asistencial (basado en recomendaciones de optimización de flujos asistenciales de Murray & Berwick y el enfoque de gestión clínica orientado a valor -Porter). Primero se realizó un análisis de situación que incluyó: proporción altas/primeras, y variabilidad en los criterios de finalización de seguimiento. Inicialmente se evaluaron los días de demora (se descartó dada la variabilidad por factores ajenos al objetivo). Se organizaron sesiones de trabajo conjunto con endocrinólogos y la unidad de calidad para definir criterios de alta, que incluyeron: incomparecencia en la consulta, ausencia de beneficio formativo, deseo voluntario alta, cumplimiento de objetivos terapéuticos. Los profesionales recibieron formación específica y se actualizó el procedimiento asistencial de la unidad. Se monitorizó mensualmente el indicador de relación altas/ primeras. Se organizó un circuito específico para la atención a pacientes prioritarios que necesitaban cita con demora inferior a la prevista.

Resultados: La implantación de los criterios de alta permitió mejorar la eficiencia de la agenda y reducir la ocupación por revisiones no justificadas. La relación altas/primeras paso de un 0,81 a 1,09 alcanzándose el objetivo inicial de 1. Actualmente la demora para primera consulta es inferior a un mes. Se definieron crite-

rios consensuados de derivación que utilizan todos los profesionales de la UED. Se estableció un circuito prioritario para urgencias que actualmente supone una demora para estos pacientes inferior a 3 días laborales. Los endocrinólogos expresaron un alto grado de acuerdo con el modelo, que facilitó la priorización de pacientes y la ampliación de capacidad disponible para primeras visitas educativas.

Conclusiones: La definición e implementación de criterios consensuados de alta permitió optimizar la gestión de la demanda en la unidad, reduciendo la demora y equilibrando la relación altas/primeras. Este proyecto muestra que la definición de criterios de alta y la coordinación multidisciplinar constituyen herramientas eficaces para mejorar la accesibilidad y la eficiencia en UED.

O-056. PERFILES METABOLÓMICOS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 CON DIFERENTE GRADO DE CONTROL DERIVADO DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA

Sara de Lope Quiñones^{a,b}, Manuel Luque Ramírez^{a,b},
Alejandra Quintero Tobar^{a,b}, José Manuel Ruiz Cánovas^a,
Beatriz Dorado Avendaño^a, Héctor F. Escobar Morreale^{a,b}
y Lía Nattero Chávez^{a,b}

^aHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. ^bCentro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas (CIBERDEM), Madrid, España.

Introducción: La diabetes tipo 1 (DT1) es una enfermedad metabólica crónica que requiere seguimiento clínico intensivo y manejo individualizado. La monitorización continua de glucosa (MCG) permite caracterizar de forma dinámica el control glucémico. El estudio de lipídica, metabólica y análisis de glicación proteica, se ha consolidado como clave en investigación traslacional. Estudios previos de nuestro grupo han identificado asociaciones entre perfiles lipídicos y metabólicos y complicaciones microvasculares, sugiriendo su potencial como biomarcadores de riesgo y de respuesta terapéutica.

Objetivos: Analizar la relación entre exposición glucémica y perfiles lipídicos, glicoproteicos y metabólicos; evaluar la relación entre variabilidad glucémica y perfiles ómicos; explorar la influencia de hipoglucemias en lipoproteínas, glicación proteica y metabólica; comparar perfiles metabólicos según objetivos clínicos de MCG.

Material y métodos: Estudio transversal en 325 pacientes con DT1. El control glucémico se evaluó mediante parámetros de MCG: tiempo por debajo de rango (TBR), tiempo en rango (TER) y por encima del rango (TAR), glucosa media, Glucose Management Indicator (GMI) y coeficiente de variación (CV). Los participantes se clasificaron como "en objetivo" (TER > 70%, CV < 36%, TBR < 5%) o "fuera de objetivo". Los perfiles séricos de lipoproteínas, glicoproteínas y metabolitos de bajo peso molecular se analizaron mediante la espectroscopia de resonancia magnética nuclear de protón (¹H-NMRS).

Resultados: De los 325 participantes (46% mujeres; edad media 41 ± 14 años; duración diabetes 20 ± 12 años), el 82% presentó control glucémico fuera de objetivo. No hubo diferencias significativas en lipoproteínas ni glicoproteínas, pero sí en metabolitos de bajo peso molecular. Los pacientes en objetivo mostraron más glutamina (453 ± 41 vs. 431 ± 59 $\mu\text{mol/L}$; $p = 0,001$), valina (220 ± 53 vs. 207 ± 43 $\mu\text{mol/L}$; $p = 0,045$) e isoleucina (38 ± 16 vs. 34 ± 15 $\mu\text{mol/L}$; $p = 0,050$), y menos lactato (290 ± 157 vs. 359 ± 152 $\mu\text{mol/L}$; $p = 0,005$). La glucosa media se correlacionó positivamente con LDL-C ($R^2 = 0,149$; $p = 0,008$), IDL-TG ($R^2 = 0,165$; $p = 0,003$), LDL-P ($R^2 = 0,123$; $p = 0,027$), small LDL-P ($R^2 = 0,163$; $p = 0,003$), GlycA H/W ($p = 0,110$; $p = 0,049$) y lactato ($R^2 = 0,239$; $p < 0,001$), y nega-

tivamente con glutamina ($R^2 = -0,123$; $p = 0,027$) y acetona ($\rho = -0,124$; $p = 0,026$). El TER correlacionó negativamente con lactato ($\rho = -0,245$; $p < 0,001$), GlycB ($\rho = -0,127$; $p = 0,022$) y GlycB H/W ($\rho = -0,124$; $p = 0,026$). Las medidas de hipoglucemias se asociaron con small LDL-P ($\rho = -0,117$; $p = 0,036$). La variabilidad glucémica se asoció únicamente con alanina [$\beta = -0,026$ (IC95%: $-0,057$; $-0,008$); $p = 0,013$]. En el análisis de regresión logística, se identificaron la glutamina [Exp (B) = $0,993$ (IC95%: $0,987-0,999$), $p = 0,022$] y el lactato [Exp (B) = $1,004$ (IC95%: $1,001-1,007$, $p = 0,003$)] como metabolitos asociados con el control glucémico.

Conclusiones: Los perfiles metabolómicos se asocian con parámetros glucémicos derivados de la MCG en DT1, destacando su posible función como biomarcadores para una evaluación más precisa del control glucémico.

O-057. DETERMINANTES GENÉTICOS DE LA SUPERVIVENCIA EN DIABETES MELLITUS

Itahisa Marcelino Rodríguez^{a,b}, Amanda León-Hernández^{a,b}, Patricia González-Edel^c, Víctor García Tagua^{a,b}, José Manuel Figueira Hernández^a, María del Cristo Rodríguez Pérez^c y Antonio Cabrera de León^{a,c}

^aUniversidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, España.

^bInstituto de Tecnologías Biomédicas, ULL, San Cristóbal de La Laguna, España. ^cGerencia de Atención Primaria de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción: La diabetes mellitus (DM) representa un importante problema de salud pública en Canarias, donde la mortalidad asociada es superior a la observada en otras regiones españolas. Los determinantes clínicos y del estilo de vida no explican completamente este exceso de mortalidad, lo que sugiere un posible papel de la variabilidad genética en la supervivencia de las personas con DM. El objetivo de este estudio fue identificar variantes genéticas asociadas a la supervivencia en individuos con diabetes mediante un análisis de supervivencia de genoma completo.

Material y métodos: Se realizó un análisis de supervivencia en el marco de la cohorte poblacional CDC de Canarias (7.178 individuos), reclutada entre 2000 y 2005 y seguida prospectivamente. Los participantes con diagnóstico de DM constituyeron la población de estudio. La mortalidad se obtuvo de los registros del INE. El genotipado se llevó a cabo mediante el Axiom™ Spain Biobank 2 Array, con posterior imputación en el Michigan Imputation Server. La asociación genética con la mortalidad se evaluó mediante modelos de riesgos proporcionales de Cox ajustados por edad, sexo y cinco componentes principales. Los loci asociados se sometieron a análisis funcional y priorización génica.

Resultados: El análisis incluyó 1.137 individuos con DM, con 229 eventos de mortalidad durante el seguimiento. El análisis de supervivencia de genoma completo identificó múltiples señales genómicas asociadas a la mortalidad, agrupadas en loci definidos, incluyendo variantes que alcanzaron significación genómica. Las regiones más relevantes se localizaron en los cromosomas 1, 9, 15 y 16. En el cromosoma 1, las señales se situaron en el gen *AGRN*. Destaca un locus en el cromosoma 15 localizado dentro del gen *RASGRP1*, con asociaciones consistentes con la supervivencia y plausibilidad biológica previamente descrita en el contexto de la diabetes y sus complicaciones.

Conclusiones: Este estudio identifica múltiples regiones genómicas asociadas a la supervivencia en individuos con diabetes mellitus, apoyando la contribución de la variabilidad genética a la mortalidad asociada a esta enfermedad en población canaria.

Financiación: Cofinanciada por la ACIISI de la Consejería de Universidades, Ciencia e Innovación y Cultura y por el FSE+ Programa Operativo Integrado de Canarias 2021-2027, Eje 3 Tema Prioritario

74 (85%) (FPI2024010209) y por el Instituto de Salud Carlos III y Cofinanciado por la Unión Europea (PI25/02090).

O-058. ASOCIACIÓN DE LA DIABETES GESTACIONAL CON EL PATRÓN DE METILACIÓN DE LA DESCENDENCIA EN SANGRE DE CORDÓN

Teresa María Linares Pineda, Alfonso Lendínez-Jurado, María Suárez-Arana, María Molina, María José Picón y Sonsoles Morcillo

Instituto de Investigaciones Biomédicas de Málaga, Málaga, España.

Introducción y objetivos: La diabetes gestacional (DG) es una complicación frecuente del embarazo que aumenta el riesgo de enfermedad cardiometabólica en la descendencia. Según la teoría de los primeros 1.000 días, factores como la nutrición materna y el entorno intrauterino pueden influir de manera decisiva, mediante mecanismos epigenéticos, en la aparición de enfermedades metabólicas tanto en las madres como en sus hijos. El objetivo es evaluar el impacto de la DG materna durante el embarazo sobre el perfil de metilación del ADN en sangre de cordón umbilical y su posible implicación en vías metabólicas relacionadas con el riesgo cardiometabólico en la descendencia.

Material y métodos: El diagnóstico de diabetes gestacional se estableció entre las semanas 24 y 28 de gestación mediante la prueba de O'Sullivan, seguida de una sobrecarga oral de glucosa de 100 g, de acuerdo con los criterios del NDDG. Se llevó a cabo un estudio de asociación epigenómica (EWAS) empleando el microarray de metilación Illumina MethylationEPIC BeadChip en muestras de sangre de cordón umbilical de 28 recién nacidos, de los cuales 15 eran hijos de madres sin diabetes gestacional y 13 de madres con diagnóstico de la enfermedad. Los datos brutos obtenidos se procesaron utilizando los paquetes minfi y missMethyl del entorno R. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete limma, ajustando por el sexo del recién nacido y la edad gestacional al parto, considerando un valor de $p < 0,01$ y un $\Delta\beta$ del 5% como estadísticamente significativo. Finalmente, los sitios diferencialmente metilados identificados se sometieron a análisis de enriquecimiento funcional mediante las herramientas Enrichr, STRING y EWAS Toolkit.

Resultados: Un total de 344 sitios diferencialmente metilados (DMP), entre niños de madres con DG frente niños de controles, fueron identificados. Basándonos en la metilación global, el grupo control mostraba un nivel de metilación mayor que el grupo de descendientes de DGs. Los sitios CpG más hipometilados incluyeron cg00510859 (SLC30A3, región TSS1500), cg04068910 (CHUK, TSS200), cg21502154 (RP11-712B9,2, cuerpo génico) y dos sitios no anotados. Entre los CpGs más hipermetilados se identificaron cg25804718 (AAK1, cuerpo génico), cg06259025 (THSD1P1, TSS1500) y otros tres sin anotación genética. Algunos de estos genes han sido previamente relacionados con el metabolismo de la glucosa. Destaca cg20064151, localizado en el primer exón de *TXNIP*, un gen asociado previamente con diabetes tipo 2 y diabetes gestacional. El análisis de enriquecimiento funcional mostró una sobrerrepresentación significativa de las vías de metabolismo de la vitamina B6 y de detección citosólica de ADN (KEGG). Los procesos biológicos más enriquecidos se relacionaron con la regulación celular y la biosíntesis de aminoácidos. Además, el catálogo GWAS identificó la glucosa en ayunas como el rasgo más asociado, y el análisis mediante EWAS Atlas destacó la diabetes gestacional entre los rasgos significativamente enriquecidos.

Conclusiones: La diabetes gestacional se asocia con alteraciones epigenéticas significativas en la descendencia, caracterizadas por cambios diferenciales en la metilación del ADN en genes y rutas implicadas en el metabolismo de la glucosa.

O-059. DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO JH-SEFAC DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE INSULINAS. VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Inés Mera Gallego^{a,b,c}, Rocío Mera Gallego^{a,b,c}, Rosa María Ríos Quintás^{a,c}, Joaquina Huarte Royo^{a,c}, N. Floro Andrés Rodríguez^{a,b,c}, José Antonio Fornos Pérez^{a,b,c} y J. Carlos Andrés Iglesias^{a,b}

^aFarmacia comunitaria, España. ^bMiembro del Grupo Berbés de Investigación y Docencia, Vigo, España. ^cMiembro del Grupo de Diabetes de SEFAC, España.

Introducción: Disponer de un cuestionario validado permitirá llevar a cabo estudios robustos sobre la utilización de las insulinas en pacientes con diabetes. La validez de constructo de un cuestionario garantiza que las mediciones que resulten de las respuestas del mismo puedan ser consideradas y utilizadas como medición del fenómeno estudiado.

Objetivos: Comprobar la validez de constructo y consistencia interna del cuestionario JH-SEFAC de conocimientos sobre uso de insulinas por pacientes diabéticos en farmacias españolas.

Material y métodos: Diseño: estudio de validación de constructo de un cuestionario de conocimiento sobre el manejo de insulinas. Se llevó a cabo en el primer semestre de 2023. Procedimiento: Para determinar la validez de constructo se realizó un análisis factorial de componentes principales, que agrupa las respuestas en función de factores subyacentes (validez factorial). Mediante esta técnica, se analizan las interrelaciones existentes entre un conjunto de variables. Previamente, se comprobó la adecuación del análisis factorial mediante normalización Varimax, y las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y esfericidad de Bartlett. Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: normalización Varimax con Kaiser. La consistencia interna de una escala de valoración depende del número de ítems que la componen y de la correlación media entre ellos, comprueba la homogeneidad de los ítems de una misma sección y del cuestionario global. Se evalúa mediante el método estadístico alfa de Cronbach (valores

entre 0 y 1). Tratamiento estadístico: mediante IBM® SPSS Statistics® 22 para Windows®.

Resultados: El número de casos válidos fue de 131, sin exclusión de ninguno. El resultado de la prueba KMO = 0,626 permite aceptar la adecuación muestral; y el test de esfericidad de Bartlett < 0,0001 considera el análisis factorial apropiado. La rotación ha convergido en 9 iteraciones. El análisis factorial deleva 11 dimensiones que explican una varianza de 71,21. En el análisis de consistencia interna para el cuestionario global resultó el alfa de Cronbach = 0,804. No parece que eliminando algún ítem mejore el alfa, siendo los valores desde 0,796 hasta 0,806. Por lo que todos ellos contribuyen de manera equivalente a la consistencia interna del cuestionario.

Conclusiones: La consistencia interna y el análisis factorial demuestran la validez de constructo del cuestionario para medir los conocimientos sobre el proceso de utilización de insulinas.

O-060. IMPACTO DEL INICIO DE UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL EN EL CONTROL GLUCOMÉTRICO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 EN TRATAMIENTO CON UN SISTEMA HÍBRIDO DE ASA CERRADA

Clara Sola^a, Antonio J. Amor^{a,b,c}, Jesús Blanco^a, Daria Roca^a, Montse Granados^a, Ignacio Conget^{a,b,c} y Marga Giménez^{a,b,c}

^aUnidad de Diabetes, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic, Barcelona, España. ^bCIBERDEM (Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España). ^cIDIBAPS (Institut d'investigacions biomèdiques August Pi i Sunyer), Barcelona, España.

Objetivos: El "Proyecto de transformación del Modelo Asistencial (MA) en diabetes tipo 1 (DT1)" ha permitido sustituir un MA reactivo y rígido por una estrategia proactiva e individualizada, con una intensidad de seguimiento ajustada a la situación clínica de cada paciente. Evaluamos el impacto del nuevo MA sobre el control

Tabla O-060

Parámetros de control glucométrico

	Basal	1 mes	3 meses	6 meses	9 meses
Uso AHCL	93,6 ± 12,0	93,5 ± 13,2	94,8 ± 10,3	93,5 ± 13,0	93,1 ± 13,1
CV	32,6 ± 4,1	33,0 ± 4,0	32,9 ± 4,49	32,6 ± 4,1	32,6 ± 4,1
GMI	6,9 ± 0,4	6,9 ± 0,4	6,8 ± 0,4*	6,9 ± 0,4	6,9 ± 0,4
TBR1 < 54 mg/dl	0,4 ± 0,6	0,5 ± 0,6	0,5 ± 0,6	0,4 ± 0,5	0,4 ± 0,5
TBR2 54-70 mg/dl	2,1 ± 2,1	2,3 ± 2,0	2,3 ± 2,0	2,1 ± 1,7	2,0 ± 1,7
TIR 70-180 mg/dl	74,5 ± 9,1	73,8 ± 9,3	74,0 ± 9,5	74,0 ± 9,5	73,9 ± 9,8
TITR 70-140 mg/dl	48,7 ± 10,1	48,6 ± 10,3	48,6 ± 10,6	48,1 ± 10,6	48,2 ± 11,3
TAR1 180-250 mg/dl	23,4 ± 9,7	23,9 ± 9,9	23,6 ± 10,0	23,9 ± 10,1	24,1 ± 10,3
TAR2 > 250 mg/dl	4,6 ± 3,9	4,7 ± 3,7	4,6 ± 3,9	4,7 ± 4,0	4,8 ± 4,1
% GMI < 7%	67,9	64,1	67	66,5	65,6
% TBR2 < 1%	89	86,1	84,7	89	89
% TBR1 < 4%	90,4	85,2	83,7	88	89,5
% TIR > 70%	73,2	71,3	68,9	69,9	68,4
% TITR > 50%	40,2	41,6	42,6	37,3	43,1
% TAR1 < 25%	56,5	54,1	55,5	57,9	55
% TAR2 < 5%	65,6	64,6	61,7	63,6	60,3

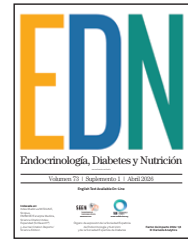
*p < 0,05. Los resultados están expresados en % (media ± DE).

glucométrico en pacientes con DT1 en tratamiento con un sistema híbrido de asa cerrada (AHCL).

Material y métodos: Estudio prospectivo, en pacientes con DT1, < 56 años, en tratamiento con AHCL (Minimed 780G) incluidos en el nuevo MA. El modelo incluye el seguimiento virtual continuo de los pacientes a través de una plataforma integrada en la historia clínica electrónica, ajustando el contacto y las visitas según objetivos y posibles interurrencias (ingresos e hipoglucemias graves). Analizamos los resultados glucométricos (tabla) al inicio del nuevo MA y tras 1, 3, 6 y 9 meses de su implementación.

Resultados: Se incluyeron 209 pacientes (68,4% mujeres, edad media 39,9 años). Tras el inicio del nuevo MA, no observamos diferencias clínicamente significativas ni en los parámetros glucométricos, ni en el porcentaje de individuos en objetivos (tabla). No hubo cambios ni en la configuración del dispositivo ni en relación con su desempeño.

Conclusiones: La implementación del nuevo MA permite el seguimiento de pacientes con DT1 en tratamiento con AHCL, sin deterioro de sus parámetros glucométricos.



PÓSTERES

XXXVII Congreso de la Fundación Sociedad Española de Diabetes

Sevilla, 15-17 de abril de 2026

01. EXPERIMENTAL

Proyecto SED

P-001. MODELOS DERIVADOS DE HPSCS PARA ESTUDIAR EL IMPACTO FUNCIONAL DE VARIANTES HUMANAS ASOCIADAS A DIABETES

Alberto Bartolomé Herranz^{a,b}, Marta García de la Fuente^a,
Mario Hernanz Martín^a, Elia He López Poveda^a
y Diego Matas Aguado^a

^aInstituto de Investigaciones Biomédicas Sols-Morreal (CSIC/UAM), Madrid, España. ^bCIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Las diabetes monogénicas abarcan un conjunto diverso de alteraciones que afectan al desarrollo del páncreas endocrino y/o a la función de la célula beta, y permanecen en gran medida infradiagnosticadas. Los modelos animales a menudo no reproducen adecuadamente estos fenotipos, lo que subraya la necesidad de sistemas complementarios que permitan estudiar variantes humanas en un contexto de desarrollo plenamente humano. Hemos desarrollado una plataforma basada en células madre pluripotentes humanas (hPSCs) y edición genética mediante CRISPR/Cas9 para modelar variantes asociadas a diabetes monogénicas y sindrómicas, así como mecanismos vinculados a loci de riesgo de diabetes tipo 2. Aquí presentamos ejemplos en los que evaluamos variantes potencialmente patogénicas y otras de contribución clínica dudosa, caracterizando su impacto durante la diferenciación endocrina pancreática.

Material y métodos: Se generaron líneas hPSC editadas mediante CRISPR/Cas9 portando variantes identificadas en genes supuestamente asociados a diabetes monogénicas, como *PCBD1* o *KLF11*, junto con controles isogénicos. Las líneas se diferenciaron mediante protocolos secuenciales hacia progenitores pancreáticos, progenitores endocrinos y células beta-like. Se analizaron eficiencia de diferenciación, expresión de marcadores y características celulares mediante inmunofluorescencia y transcriptómica. Asimismo, se generaron líneas adicionales para variantes poco estudiadas asociadas al síndrome de Alagille (*NOTCH2*, *JAG1*), variantes monoalélicas en *PTF1A* y variantes no codificantes en el 3'UTR de *INS*.

Resultados: Las líneas con variantes en *PCBD1* mostraron una reducción de factores de transcripción esenciales durante la etapa de progenitores pancreáticos y una disminución de genes diana de HNF1A/HNF1B. Se observó además menor expresión de HNF1A, posiblemente derivada de su desestabilización postraduccional en ausencia de *PCBD1*. En estadios avanzados, los organoides endocrinos presentaron una reducción de células INS⁺ y GCG⁺, indicando un defecto en la formación del compartimento endocrino. En contraste, las líneas editadas para *KLF11*, incluyendo líneas KO y líneas con variantes identificadas en pacientes diagnosticados como MODY7, no mostraron diferencias respecto a controles isogénicos, apoyando que *KLF11* no desempeña un papel relevante en el desarrollo pancreático endocrino humano. Los modelos generados adicionalmente permitirán explorar cómo alteraciones regulatorias o del desarrollo temprano contribuyen a fenotipos aún mal definidos.

Conclusiones: Nuestra plataforma basada en hPSCs y edición genética permite modelar de forma precisa variantes humanas y distinguir mecanismos patogénicos reales de variantes no causales. Los estudios en *PCBD1* sugieren un origen en el desarrollo pancreático y/o la maduración de la célula beta para el fenotipo MODY3-like observado en pacientes, mientras que *KLF11* no muestra impacto funcional relevante en modelos humanos. La ampliación a otros genes y a variantes reguladoras, así como su futura aplicación a loci de riesgo de diabetes tipo 2, refuerza el potencial de esta estrategia para mejorar el diagnóstico genético y profundizar en los mecanismos moleculares de la diabetes.

P-002. SENSIBILIDAD DEL CUERPO CAROTÍDEO A LA HIPOGLUCEMIA: MECANISMOS MOLECULARES Y POSIBLES IMPLICACIONES EN LA DIABETES TIPO 1

Patricia Ortega Sáenz^{a,b,c}, María Jesús Acosta Silva^{a,b},
Ana María Muñoz Cabello^{a,b,c}, José López Barneo^{a,c}
y Lin Gao Chen^{a,b,c}

^aDepartamento de Fisiología Médica y Biofísica (Instituto de Biomedicina de Sevilla), Sevilla, España. ^bInstituto de Biomedicina de Sevilla, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ^cCIBERNED, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus tipo 1 (DMT1) es una enfermedad altamente prevalente, cuyo tratamiento con insu-

lina puede causar con frecuencia complicaciones como hipoglucemias graves o incluso coma hipoglucémico. El cuerpo carotídeo (CC), principal quimiorreceptor arterial, desencadena respuestas adaptativas rápidas a hipoxia e hipoglucemia que aseguran el suministro de oxígeno y glucosa al cerebro y previenen el coma hipoglucémico. Una alteración en esta respuesta en pacientes con DMT1 podría explicar su alta vulnerabilidad a hipoglucemia. El objetivo de este trabajo es estudiar los mecanismos moleculares de detección de hipoglucemia por el CC y si su alteración contribuye a la baja sensibilidad a hipoglucemia en DMT1.

Material y métodos: Se utilizaron modelos animales genéticamente modificados junto con técnicas electrofisiológicas y microfluorimétricas para caracterizar *in vitro* la respuesta a hipoglucemia de células glómicas del CC. Se estudió: i) el papel de ATP y NADH como moléculas señalizadoras; ii) la participación de diferentes canales iónicos en la detección de hipoglucemia; iii) el efecto de variaciones en la producción de ATP por vía oxidativa versus glucolítica sobre la sensibilidad a hipoglucemia del CC; iv) si la disminución de los niveles de insulina en sangre podría afectar a dicha sensibilidad.

Resultados: La monitorización de ATP citosólico en rodajas de CC mediante microscopía de 2 fotones y la sonda Perceval mostró que la hipoglucemia aguda, a diferencia de la hipoxia, produjo una caída de ATP citosólico, apuntando a un posible papel del ATP como señalizador en células glómicas. En células dispersas la hipoglucemia también redujo los niveles de NADH, sugiriendo que podría actuar como mediador de la respuesta. La respuesta a hipoglucemia de rodajas de CC de animales con delección de diferentes canales iónicos (TRPA1, TRPM8 o TRPC5) mostró respuestas normales, indicando que no son esenciales en la quimiotransducción. Las respuestas secretoras a hipoglucemia en modelos animales con variaciones en las vías de producción de ATP revelaron mayor sensibilidad en aquellos con predominio glucolítico y menor en modelos con aceleración de la fosforilación oxidativa. Además, se está evaluando la respuesta a hipoglucemia del CC de ratones con delección del receptor de insulina en células glómicas para determinar si presentan déficits quimiosensoriales.

Conclusiones: Estos resultados preliminares sugieren que la sensibilidad del CC a hipoglucemia depende del metabolismo energético (ratio OXPHOS/glucolisis) y utiliza como molécula de señalización al ATP. Además, si demostramos una disfunción de la respuesta a hipoglucemia del CC en la DMT1, estos hallazgos podrían justificar la alta vulnerabilidad a hipoglucemias severas en pacientes diabéticos tratados con insulina y la elevada incidencia de coma hipoglucémico. La modulación de la actividad del CC en respuesta a la hipoglucemia abre nuevas perspectivas terapéuticas para prevenir el coma hipoglucémico en episodios de hipoglucemia severa en pacientes diabéticos.

P-003. LA EXPRESIÓN DE GENES RELACIONADOS CON EL METABOLISMO EN PBMCS DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 Y ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA ESTÁ ASOCIADA A LA INFLAMACIÓN SISTÉMICA

Susana Rovira-Llopis^a, Clara Luna Marco^b, Julia Cacace^a, Alberto Hermo-Argibay^a, Omar Hernández-López^a, Eva Solá^a y Víctor M. Víctor^{a,b}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Dr. Peset, FISABIO, Valencia, España. ^bInstituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, Valencia, España.

Introducción y objetivos: Evaluar las diferencias en el perfil transcriptómico de genes metabólicos de células mononucleares de sangre periférica (PBMcs) en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) con y sin enfermedad renal diabética (ERD) comparado con sujetos sanos (C); y cómo estos cambios podrían estar relacionados con alteraciones clínicas e inflamación.

Material y métodos: En 36 sujetos (12/grupo) se analizó el RNA de PBMcs con el nCounter[®] Human Metabolic Pathways Panel (NanoString) para determinar la expresión diferencial de genes y el enriquecimiento funcional (GO y KEGG). Los genes diferencialmente expresados fueron validados con otras cohortes similares disponibles en Gene Expression Omnibus (GEO). Se estudiaron las correlaciones entre las rutas de señalización y parámetros clínicos y bioquímicos. Además, se evaluaron las interacciones neutrófilo-endotelio, como marcador subrogado de riesgo cardiovascular, y el potencial de membrana mitocondrial en PBMcs con citometría de flujo.

Resultados: Los sujetos con ERD presentaron mayor inflamación (leucocitos, neutrófilos, ratio de neutrófilos-leucocitos) que los sujetos C y DM2. Las interacciones neutrófilo-endotelio fueron mayores en ambos grupos con DM2 vs. C mientras que el potencial de membrana mitocondrial solo se vio reducido en el grupo con ERD vs. C. SLC7A11 estaba infraexpresado tanto en DM2 como en ERD frente a C y HLA-DQA1 en ERD vs. DM2, mientras que GBA1 y CPT1A se vieron sobreexpresados de forma específica en ERD respecto a C. La validación con bases de datos externas confirmó la sobreexpresión de CPT1A en pacientes con ERD. El enriquecimiento funcional (GO y KEGG) reveló un incremento de la β -oxidación de ácidos grasos (ERD vs. C), la ruta de la fructosa-6-fosfato, glicólisis/gluconeogénesis (ERD vs. DM2) y las rutas relacionadas con el sistema inmune (DM2 vs. C y ERD vs. C). Se observó una regulación a la baja de las rutas de proliferación, migración y dinámicas celulares tanto en el grupo con DM2 como ERD frente a C. Estos cambios en las rutas metabólicas correlacionaron con los parámetros de inflamación, IMC, los niveles de glucosa y de HbA_{1c} y el potencial de membrana mitocondrial.

Conclusiones: Los PBMcs de sujetos con DM2 y ERD presentan perfiles transcriptómicos diferentes asociados a la inflamación sistémica reflejando la estrecha relación entre el inmunometabolismo y el progreso de la DM2 a la ERD. Además, los genes sobreexpresados, como CPT1A o GBA1, podrían ser potenciales biomarcadores de la ERD.

Agradecimientos: European Regional Development Fund (ERDF “A way to build Europe”); Comisión Europea, HORIZON EUROPE EU Programme (HORUS - Ref. 101136516); Generalitat Valenciana, Conselleria de Educación, Universidades y Empleo (PROMETEO CIPROM/2022/32, CIGRIS/2022/172, CIGE/2024/59), Ministerio de Ciencia e Innovación e Instituto de Salud Carlos III (CIBEREHD CB06/04/ 0071, FI23/00070, PI22/00424, PI25/000739, CP24/00098), y red Enfermedades Metabólicas financiado por el CSIC.

P-004. MÁS ALLÁ DEL CONTROL GLUCÉMICO: MODULACIÓN DE LA VÍA GRIM19-STAT3 (S727) Y DEL ESTADO REDOX POR METFORMINA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Julia Cacace^a, Clara Luna-Marco^b, Alberto Hermo-Argibay^a, Omar A. Hernández-López^a, Carlos Morillas^a, Víctor M. Víctor^{a,b,c} y Susana Rovira-Llopis^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO), Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. ^bDepartamento de Fisiología, Universidad de Valencia, INCLIVA (Instituto de Investigación Biomédica de Valencia), Valencia, España. ^cRed Nacional de Investigación Biomédica en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Valencia, España.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) está caracterizada por disfunción mitocondrial, estrés oxidativo e inflamación crónica de bajo grado, factores clave en el desarrollo de complicaciones

vasculares. GRIM19, componente del complejo I mitocondrial y regulador de la fosforilación de STAT3 en Ser727, se propone como un vínculo entre metabolismo energético e inflamación. La metformina, tratamiento de primera línea en DM2, posee efectos extraglomerulares que podrían mejorar la función mitocondrial y modular esta vía. Este estudio tuvo como objetivo analizar el efecto de la metformina sobre masa mitocondrial, estado redox, GRIM19, p-STAT3 (S727), interacción leucocito-endotelio y perfil inflamatorio en pacientes con DM2.

Material y métodos: Se estudiaron 74 controles sanos, 26 pacientes con DM2 sin metformina y 91 con DM2 tratados con metformina. Las muestras sanguíneas se obtuvieron en el Servicio de Endocrinología del Hospital Peset. Se aislaron PBMCs y PMNs. Los parámetros mitocondriales y citosólicos se analizaron por citometría de flujo y la expresión proteica mediante *western blot*. Las interacciones leucocito-endotelio se evaluaron con cámara de flujo paralelo y las moléculas inflamatorias y de adhesión mediante Luminex.

Resultados: No hubo diferencias entre ambos grupos DM2 -con y sin metformina- en niveles de glucosa y hemoglobina glicosilada. Los pacientes con DM2 sin metformina presentaron una disminución significativa de la masa mitocondrial ($p < 0,01$) y no hubo diferencias en la producción de superóxido ($p = 0,07$) vs. controles, mientras que el tratamiento con metformina restauró estos niveles indicando una posible mejora en la biogénesis mitocondrial. Asimismo, la expresión de GRIM19 y p-STAT3 (S727) se encontró aumentada en el grupo tratado con metformina ($p < 0,01$ para ambos), sugiriendo la activación de vías mitocondriales y de señalización metabólica. La interacción leucocito-endotelio mantuvo los patrones proinflamatorios característicos de la DM2 sin cambios en los pacientes con metformina, es decir, un aumento en el rodamiento y adhesión leucocitaria y una disminución en la velocidad de rodamiento. En el perfil inflamatorio, TNF α ($p < 0,001$), mieloperoxidasa ($p < 0,001$) y VCAM-1 ($p < 0,01$) estuvieron elevadas en la DM2 vs. controles y disminuyeron en el grupo con metformina ($p < 0,01$, $p < 0,05$, $p < 0,05$ respectivamente), indicando un efecto antiinflamatorio.

Conclusiones: La metformina ejerce efectos beneficiosos sobre la función mitocondrial y la vía GRIM19-p-STAT3 (S727), además de modular marcadores inflamatorios claves en DM2. Estos hallazgos refuerzan el papel de la metformina como modulador metabólico e inmunoinflamatorio, más allá de su efecto clásico en el control glucémico.

Agradecimientos: European Regional Development Fund (ERDF “A way to build Europe”); Comisión Europea, HORIZON EUROPE EU Programme (HORUS - Ref. 101136516); Generalitat Valenciana, Conselleria de Educación, Universidades y Empleo (PROMETEO CIPROM/2022/32, CIGRIS/2022/172, CIGE/2024/59), Ministerio de Ciencia e Innovación e Instituto de Salud Carlos III (CIBEREHD CB06/04/0071, FI23/00070, PI22/00424, PI25/000739, CP24/00098), PI25/00219 y red Enfermedades Metabólicas financiado por el CSIC.

P-005. HMG20A AS REGULATOR OF β -CELLS ADAPTIVE RESPONSE BY STIMULATION OF MITOCHONDRIAL ACTIVITY AND PROTECTION FROM SENEESCENCE

Benoit R. Gauthier^{a,b}, Nadia Cobo-Vuilleumier^a, Raquel Araujo^{a,b}, Antonio Cárdenas^{a,b}, Franz Martin^{a,b} and Petra I. Lorenzo^a

^aCABIMER, Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa (Junta de Andalucía, Universidad Pablo de Olavide, Universidad de Sevilla, CSIC), Sevilla, Spain. ^bCIBERDEM, Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas, Madrid, Spain.

Introduction and objectives: The association of polymorphisms in the chromatin remodeler gene *HMG20A* with increased risk of type 2 diabetes (T2D) and gestational diabetes (GD), together with its

reduced expression in T2D human islets prompted us to study its effect on diabetes progression. Our previous studies revealed that *HMG20A* silencing impaired β -cell function. To further understand *HMG20A* mechanism of action in β -cells and explore its therapeutic potential for T2D we analyzed in cell culture the effect of its depletion or overexpression, along with *in vivo* validation of the effect in mouse models.

Methods: Stable mouse β TC cells with *HMG20A* depletion or over-expression were generated. Glucose-stimulated insulin secretion (GSIS) was done to assess β -cell functionality, and RNA-seq analysis to study their transcriptomic profile. Comparative bioinformatic analysis with available data from other studies was used to further understand the effect of *HMG20A* on β -cells. For *in vivo* validation, we generated two mouse models with *Hmg20a* deletion in β -cells: a constitutive model (*Hmg20a* β KO) to study the effect during islet development, and an inducible one (*Hmg20a*^{TAM} β KO) to examine its effect in the adult, after oral administration of tamoxifen.

Results: RNA-seq analysis of β TC cells with *Hmg20a* depletion or ectopic *Hmg20a* expression revealed that *HMG20A* stimulates the expression of mitochondrial function related genes with concomitant activation of mitochondrial function enriched pathways, resulting in enhanced GSIS in the β TC cells with overexpression of *Hmg20a*. Considering that T2D is an aging-associated disease we performed a comparative analysis between our RNASeq data and web-available data for the transcriptomic differences between senescent and non-senescent aged mouse β -cells. In the last, the authors described an increase in genes associated with β -cell aging, senescence, and the senescence-associated secretory phenotype (SASP) as well as β -cell disallowed genes in the senescent β -cells, genes that showed a similar upregulation in the *Hmg20a*-KO β TC cells, while presenting an overall downregulation in the β TC cells with *Hmg20a* overexpression. Moreover, *Hmg20a* overexpression also correlated with an increase in the expression of β -cell identity genes, which were downregulated in senescent β -cells. Taken together, these data suggest that in β -cells, *HMG20A* stimulates mitochondrial activity and protects from senescence entry, pinpointing at its implication in β -cells adaptive response to increased insulin demand situations. In agreement with this, the lack of *HMG20A* *in vivo* downregulates the expression of several β -cell identity genes and strongly upregulates the senescence initiator *Cdkn1a* (*p21*^{Cip1}) correlating with worse glucose homeostasis in *Hmg20a*^{TAM} β KO mice with aging.

Conclusions: *HMG20A* regulates β -cell adaptive response to increased insulin demand by promoting β -cell functional maturation and protecting against senescence, emerging as a promising target for innovative antidiabetic therapies.

Acknowledgements: Funding agencies: Consejería de Conocimiento, Investigación y Universidad, Junta de Andalucía (2020) P20_00315 and CIBERDEM intramural projects (2024).

P-006. LA ENZIMA DEGRADADORA DE INSULINA (IDE) REGULA LA DINÁMICA Y BIOENERGÉTICA MITOCONDRIAL EN HEPATOCITOS EN RESPUESTA A GLUCAGÓN

Silvia Hernández de la Red^a, Patricia Cámara Torres^a, Jaime Santo Domingo^a, Andrés Alonso^a, Irene Cózar Castellano^a y Germán Perdomo Hernández^b

^aUniversidad de Valladolid, Valladolid, España. ^bInstituto de Biomedicina y Genética Molecular, Valladolid, España.

Introducción y objetivos: La enzima degradadora de insulina (IDE) es una metaloproteasa que degrada pequeños péptidos, como insulina y glucagón; sin embargo, también tiene funciones no proteolíticas, participando en procesos metabólicos como la regulación de la resistencia hepática a la insulina. Se conocen dos isoformas de

IDE, mitocondrial (mIDE) y citoplasmática (cIDE), generadas por la existencia de dos sitios alternativos de inicio de traducción de proteínas. En condiciones fisiológicas, la hipoglucemia induce la secreción de glucagón, que estimula la producción de glucosa hepática mediante gluconeogénesis y glucogenólisis. Sin embargo, los pacientes diabéticos suelen padecer hiperglucagonemia, que provoca una excesiva liberación de glucosa hepática, empeorando la hiperglucemia preexistente. Alteraciones en la dinámica y función mitocondrial tienen un papel fundamental en la fisiopatología de la diabetes tipo 2. El objetivo de este trabajo es determinar el papel de las distintas isoformas de IDE en la modulación de la dinámica y la bioenergética mitocondrial en hepatocitos en respuesta a glucagón.

Material y métodos: Se empleó una línea celular con una pérdida total de IDE generada mediante CRISPR/Cas9 en células HepG2 (HepG2-IDE-KO), así como cultivos primarios de hepatocitos de ratón. El rescate de las isoformas de IDE se llevó a cabo mediante transfección. Para estudiar la dinámica mitocondrial se emplearon Z-stacks de microscopia confocal analizados empleando el plugin Mitochondria Analyzer en ImageJ. Para estudiar la bioenergética mitocondrial se realizaron ensayos MitoStress en Seahorse.

Resultados: IDE regula la dinámica mitocondrial en hepatocitos en respuesta a glucagón. En presencia de IDE, la red mitocondrial de hepatocitos experimenta fenómenos de fusión en respuesta a glucagón. Sin embargo, en ausencia de IDE la estimulación con glucagón no altera la dinámica mitocondrial. El rescate de la isoforma mIDE recupera el fenotipo de dinámica en respuesta a glucagón, independientemente de su actividad proteolítica, mientras que el rescate con cIDE no conlleva ningún cambio en la red mitocondrial en respuesta a glucagón. También observamos que en ausencia de IDE los hepatocitos presentan mayor consumo de oxígeno asociado a fosforilación oxidativa, así como mayor producción de ATP mitocondrial en respuesta a glucagón, en contraste con lo observado en las células control. En ausencia de glucagón, el rescate de las isoformas mIDE o cIDE en HepG2-IDE-KO reduce tanto el consumo de oxígeno como la producción de ATP mitocondrial. Sorprendentemente, la actividad proteolítica de cIDE es indispensable, mientras que para la isoforma mIDE no es necesaria.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que IDE tiene un papel relevante en la regulación de la dinámica y del metabolismo mitocondrial en hepatocitos en respuesta a glucagón. Estas isoformas de IDE revelan roles independientes en procesos clave, contribuyendo a una mejor comprensión de los mecanismos moleculares subyacentes a la fisiopatología de la diabetes y abriendo vías para terapias específicas.

P-007. IMPACTO DE UNA MEZCLA DE DISRUPTORES ENDOCRINOS EN LA VIABILIDAD Y FUNCIÓN DE CÉLULAS BETA PANCREÁTICAS BAJO ESTRÉS VIRAL

Alejandro Montalvá Giménez^b, Daniel Guzmán-Llorens^b, Sara Cortell-Mera^b, Ginés Nicolás Zapata^b, Laura Marroqui^{b,c} y Reinaldo Sousa dos Santos^{a,b,c}

^aUnidad de Investigación, Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO)/Hospital General Universitario de Elche, Elche, España. ^bInstituto de Investigación, Desarrollo e Innovación en Biotecnología Sanitaria de Elche, Universidad Miguel Hernández, Elche, España. ^cCIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La diabetes tipo 1 (DT1) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la destrucción progresiva de las células β pancreáticas. El aumento de su incidencia en las últimas décadas sugiere un papel relevante de factores ambientales, entre

ellos las infecciones virales y la exposición a disruptores endocrinos. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una mezcla de disruptores endocrinos (EDC), a concentraciones ambientalmente relevantes, sobre la viabilidad y la función de las células β , así como su interacción con un mimético de infección viral.

Material y métodos: Se utilizaron dos líneas celulares de células β pancreáticas humanas y murinas (EndoC- β H1 e INS-1E). Las células fueron expuestas a una mezcla de EDC, al mimético sintético de infección viral poliinosínico-policitidílico (PIC) o a la combinación de ambos. La apoptosis se evaluó mediante tinción con Hoechst/yoduro de propidio. La producción de especies reactivas de oxígeno (ERO) se determinó por fluorescencia con DCF. La expresión génica y proteica se analizó mediante qPCR y *western blot*, respectivamente. La secreción de insulina estimulada por glucosa se evaluó mediante ELISA.

Resultados: La exposición a la mezcla de EDC indujo apoptosis en ambas líneas celulares, sin cambios significativos en la producción de ERO ni en la expresión de las proteínas antiapoptóticas Bcl-xL y Bcl-2. En EndoC- β H1 e INS-1E, el tratamiento con la mezcla de EDC incrementó la apoptosis tanto en condiciones basales como tras el tratamiento con PIC. Además, la combinación de PIC con la mezcla de EDC indujo un aumento de entre 1,6 y 16 veces en la expresión de los marcadores de estrés de retículo endoplasmático *Bip*, *Xbp1s* y *Chop*, un efecto que no se detectó con los tratamientos individuales. Por fin, ninguno de los tratamientos alteró de forma relevante la secreción de insulina estimulada por glucosa.

Conclusiones: La exposición a mezclas de disruptores endocrinos, incluso a concentraciones ambientalmente relevantes, compromete la supervivencia de las células β , especialmente en condiciones de estrés viral. Estos efectos se asocian a la activación de vías apoptóticas y de estrés del retículo endoplasmático, sin un impacto detectable sobre la función secretora a corto plazo. En conjunto, estos resultados apoyan la hipótesis de que la exposición crónica a disruptores endocrinos podría aumentar la vulnerabilidad de las células β y contribuir al desarrollo de DT1 en individuos genéticamente pre-dispuestos.

P-008. EVALUACIÓN DE INHIBIDORES DE PROTEÍNAS JAK EN CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA DE PACIENTES CON DT1

Sara Cortell Mera^a, Ginés Nicolás Zapata^a, Daniel Guzmán-Llorens^a, Atenea A. Pérez-Serna^{a,b}, Reinaldo S. dos Santos^{a,b,c}, Evangelina Boix Carreño^c y Laura Marroqui^{a,b}

^aInstituto de Investigación, Desarrollo e Innovación en Biotecnología Sanitaria de Elche, Elche, España. ^bCIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ^cUnidad de Investigación, Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO), Hospital General Universitario de Elche, Elche, España.

Introducción y objetivos: La diabetes tipo 1 (DT1) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la destrucción de las células β pancreáticas mediada por linfocitos T autorreactivos, lo que da lugar a la pérdida de la secreción endógena de insulina. Este proceso está mediado por un entorno proinflamatorio caracterizado por la acción de citocinas, en particular los interferones de tipo 1 (IFN α) y tipo II (IFN γ), los cuales activan la vía de señalización JAK-STAT. La inhibición de esta vía se ha propuesto como una estrategia terapéutica en la DT1 y en este contexto el inhibidor de JAK baricitinib se encuentra actualmente en fase III de ensayo clínico. En este estudio, nuestro objetivo fue comparar el efecto de baricitinib con el del inhibidor específico de TYK2 sobre la respuesta proinflamatoria in-

ducida por IFN α e IFN γ en células mononucleares de sangre periférica (PBMCs) de pacientes con DT1 y controles sanos.

Material y métodos: Se reclutaron diez voluntarios sanos y ocho pacientes con DT1, pareados en edad, sexo e índice de masa corporal, de los que se extrajeron las PBMCs mediante un protocolo de aislamiento por gradiente de densidad con Ficoll-Paque. Las PBMC se trataron con los inhibidores en ausencia o presencia de IFN α o IFN γ . Se analizó la expresión de ARN mensajero de genes de respuesta a interferones (ISGs), como *MX1* y *CXCL10*, mediante qPCR, y se cuantificó la secreción de quimiocinas proinflamatorias (e.g., *CXCL10* y *CXCL1*) mediante ensayos Multiplex.

Resultados: Tras el análisis de la expresión de ISGs, se observó que tanto deucravacitinib (1 μ M) como baricitinib (5 μ M) redujeron la expresión basal y la inducida por IFN α de *MX1*, tanto en controles sanos como en pacientes con DT1 ($p < 0,001$). En el caso de *CXCL10*, ambos inhibidores disminuyeron la expresión inducida por IFN γ : baricitinib produjo una reducción casi completa en ambos grupos, mientras que deucravacitinib redujo dicha expresión alrededor de un 50% ($p < 0,001$). Posteriormente, al analizar la secreción de *CXCL10*, *CXCL1*, *CCL5* y *CCL2*, se observó que baricitinib redujo significativamente la secreción de *CXCL10* tanto en controles como en pacientes con DT1 ($p < 0,05$), en condiciones basales y tras la estimulación con citoquinas proinflamatorias.

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que las PBMCs constituyen un modelo *ex vivo* útil para evaluar la eficacia de inhibidores del IFN, utilizando la expresión de *MX1* y *CXCL10* como marcadores de respuesta génica y la secreción de *CXCL10* como marcador proteico. Además, ambos inhibidores fueron capaces de modular la respuesta proinflamatoria en PBMCs, lo que confirma su potencial modulador.

P-009. UNA PEQUEÑA MOLÉCULA MODULADORA DE LA INTERACCIÓN DE TYK2-IFNAR1 PROTEGE A LAS CÉLULAS β PANCREÁTICAS DE LA APOPTOSIS INDUCIDA POR CITOQUINAS PROINFLAMATORIAS

Daniel Guzmán Llorens^a, Sara Cortell-Mera^a, Ginés Nicolas-Zapata^a, Cristina Moreno-Castro^b, Mariana Igoillo-Esteve^b, Reinaldo S. dos Santos^{a,c,d} y Laura Marroquí^{a,c}

^aInstituto de Investigación, Desarrollo e Innovación en Biotecnología Sanitaria de Elche (IDiBE), Universidad Miguel Hernández, Elche, España. ^bULB Center for Diabetes Research, Université Libre de Bruxelles, Bruselas, Bélgica. ^cCIBERDEM, España. ^dUnidad de Investigación, Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO), Hospital General Universitario de Elche, Elche, España.

Introducción y objetivos: La diabetes tipo 1 (DT1) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la destrucción de las células β . Los interferones (IFN) tipo 1, como IFN α , son clave en la patogénesis de la DT1, mediando la sobreexpresión de MHC de clase I, el estrés de retículo endoplasmático y la apoptosis de las células beta (en sinergia con IL-1 β). La vía de señalización de IFN tipo 1 ha sido propuesta como diana terapéutica para la DT1. Actualmente, baricitinib, un inhibidor de las proteínas Janus quinasa (JAK), involucradas en esta vía, está siendo evaluado como posible tratamiento para la DT1 en un ensayo clínico de fase 2. Anteriormente, nuestro grupo presentó los resultados *in vitro* obtenidos de una molécula con potencial modulador de la interacción del receptor de IFN α (IFNAR) y la proteína TYK2, una proteína JAK, obtenida mediante un cribado *in silico* de varias bibliotecas de pequeñas moléculas. En el presente trabajo, mostramos los resultados obtenidos de otros 3 *hits* obtenidos de este cribado, cuya efectividad fue testada en varios modelos celulares.

Material y métodos: Los experimentos *in vitro* fueron realizados en células EndoC- β H1 o células β derivadas de células madre pluripotenciales, según lo indicado. Se recreó un entorno proinflamatorio similar al de la T1D mediante IFN α , con o sin IL-1 β . La expresión y fosforilación proteica se analizaron por *western blot*. La actividad del promotor ISRE se midió mediante ensayo de luciferasa y la expresión génica por RT-PCR. La secreción de insulina y quimiocinas se evaluó mediante ensayos de ELISA y Multiplex, respectivamente. La viabilidad celular se evaluó con tinción HO/PI, mientras que la toxicidad fue analizada utilizando ensayos MTT.

Resultados: De los 3 *hits* analizados, ninguno mostró efectos tóxicos ni alteró la secreción de insulina de las células EndoC- β H1. De estos, *hit2* demostró presentar efectos protectores frente a los estímulos proapoptóticos de las citoquinas en ambos modelos testados ($n = 4$, $p \leq 0,05$), por lo que continuamos únicamente con este. Sin embargo, al analizar los efectos sobre la cascada de señalización clásica de IFN α , no observamos alteraciones significativas en ningún punto: la fosforilación de las proteínas STAT, la actividad del promotor ISRE, la expresión de génica y la secreción de quimiocinas no disminuyeron.

Conclusiones: Nuestros resultados presentan un compuesto que protege a las células β de la apoptosis inducida por citoquinas proinflamatorias sin producir cambios en su función secretora. No obstante, es necesario ahondar en los mecanismos de estas pequeñas moléculas y las alteraciones que provocan más allá de la vía clásica de IFN α .

02. GENÉTICA E INMUNOLOGÍA

P-010. PHARMACOLOGICAL ACTIVATION OF LRH-1/NR5A2 ASSOCIATES WITH IL-7R DOWNREGULATION AND IMMUNE CELL REMODELING IN PEDIATRIC TYPE 1 DIABETES

Jaime Muñoz Franco^a, Nadia Cobo-Vuilleumier^a, Francesc Mitjans^b, María Isabel García Sánchez^c, María Asunción Martínez-Brocca^d and Benoit Gauthier^a

^aAndalusian Center of Molecular Biology and Regenerative Medicine-CABIMER, Junta de Andalucía, UPO, US, Sevilla, Spain. ^bDiabetesCERO Foundation, Écija, Spain. ^cBiobank of the Andalusian Public Health System, Node Hospital Virgen Macarena, Sevilla, Spain. ^dEndocrinology and Nutrition Department, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Spain.

Introduction and objectives: We previously demonstrated that agonistic activation of the LRH1/NR5A2 nuclear receptor using the small molecule BL001 exerts anti diabetic effects in type 1 diabetes (T1D). These effects are associated with marked immunomodulation, characterized by a shift from a pro-inflammatory to an anti-inflammatory phenotype in both macrophages and dendritic cells derived from blood monocytes of adults with long standing T1D, together with an increase in regulatory T cell populations, pointing to an overall tolerogenic immune environment. In contrast, comparable studies in pediatric patients have been limited by the small volumes of blood available. Here, to assess whether BL001 mediated immune modulation also occurs in children with recent onset T1D, we used cytometry by time of flight (CyTOF), a high dimensional approach that enables comprehensive immune profiling from limited sample volumes.

Methods: PBMCs from 11 children with recent-onset T1D (10-12 years, < 2 years from diagnosis) recruited through the DiabetesCero Foundation were treated with DMSO or BL001 for 72h. We employed the Maxpar Direct Immune Profiling Assay, to identify simultaneously up to 37 immune subpopulations, using CyTOF. CyTOF acquisition was conducted at the Cytometry Unit of GENYO, Granada.

Results: *In vitro* stimulation of PBMCs from children with recent-onset T1D with BL001 induced significant remodeling of immune lineages compared with DMSO-treated cells. A small but significant increase in the abundance of CD4⁺ T cells was observed ($53.3\% \pm 9.9$ to $55.9\% \pm 9.1$, $p = 0.0010$), together with marked reductions in $\gamma\delta$ T cells ($6.1\% \pm 5.4$ to $5.0\% \pm 4.1$, $p = 0.0010$), and a drastic -70% depletion of NK cell ($4.7\% \pm 2.4$ to $1.6\% \pm 1.1$, $p = 0.0010$). Further optimized stochastic neighbor embedding (opt-SNE) analysis revealed that BL001 treatment was able to induce a marked downregulation of the expression of the IL-7 receptor across all T cell subsets (naïve and memory T cells, $\delta\gamma$ T-cells, and MAIT T-cells) and more modest decreases in the co-stimulatory receptors CD27 and CD28, while CD45RA expression was mildly but significantly increased in CD4⁺ and CD8⁺ T cells. Notably, the abundances of naïve CD4⁺ and CD8⁺ T cells were slightly significantly increased, whereas significant reductions were observed in both CD4⁺ and CD8⁺ central memory subsets ($13.8\% \pm 3.8\%$ to $9.1\% \pm 3.1\%$, $p = 0.0010$ and $1.6\% \pm 0.7\%$ to $1.2\% \pm 0.6\%$, $p = 0.0010$, respectively).

Conclusions: LRH-1/NR5A2 activation by the BL001 agonist remodeled circulating immune responses in pediatric T1D, with a profound effect on IL-7 receptor expression and differential impacts on naïve and central memory T-cell subsets.

Acknowledgments: Fundings are from Breakthrough TD1, "JDRF" (17-2013-372, 2-SRA-2019-837-S-B, 3-SRA-2023-1307-S-B) and The DiabetesCero Foundation.

P-011. EL EJERCICIO COMO ESTRATEGIA INMUNOMODULADORA EN DIABETES TIPO 1: RESULTADOS PRELIMINARES

Daniel Adrian Cook^a, David Perna-Barrull^a, Roger Domenech-García^b, Maria Corredera^a, Aina Valls^c, Marta Murillo^c y Marta Vives-Pi^a

^aInstitut de Recerca Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

^bAhead Therapeutics SL, Barcelona, España. ^cHospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Introducción y objetivos: Diversos factores ambientales influyen en el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1). En niños con autoanticuerpos positivos (estadio 1 de DM1), la actividad física se ha asociado con un menor riesgo de progresión a DM1 clínica. Esto sugiere que el ejercicio podría modificar el curso de la enfermedad modulando el metabolismo y la respuesta inmunitaria: el ejercicio moderado y regular favorece el equilibrio inmunitario, incrementa los linfocitos T y B reguladores, promueve citocinas antiinflamatorias y reduce la inflamación, mientras que el ejercicio extremo puede inducir inmunosupresión transitoria. Este equilibrio contribuye al mantenimiento de la tolerancia inmunológica y a la supresión de linfocitos T autorreactivos, como se observa en remisiones parciales prolongadas. En este contexto, nuestro objetivo es evaluar el impacto del ejercicio sobre la autoinmunidad en la DM1.

Material y métodos: Se utilizó el modelo murino NOD (Non-Obe-se Diabetic), que desarrolla DM1 espontáneamente. Se incluyeron hembras de 6 semanas de edad, equivalente a estadios 1-2 de DM1 en humanos. Se evaluó el efecto del ejercicio en cinta (20 minutos, dos veces por semana), sobre el metabolismo de la glucosa y la incidencia de la enfermedad, comparando ratones activos ($n = 15$) con sedentarios ($n = 15$) mediante test de tolerancia intraperitoneal a la glucosa (TTIPG) y registro de aparición de DM1. Paralelamente, se encuestó a pacientes pediátricos del HUGTiP con DM1 (edad 3-18 años) comparando parámetros metabólicos e inmunológicos según su nivel de actividad física en el diagnóstico (*Assessment of Physical Activity Levels Questionnaire*).

Resultados: Los ratones NOD activos presentaron una incidencia de DM1 del 46% tras 20 semanas de ejercicio, frente al 66% de los sedentarios. Además, el inicio de los síntomas de DM1 (diagnóstico) en los ratones activos se produjo a partir de las 15,5 semanas de edad, fren-

te a las 13 de los sedentarios, sugiriendo que el ejercicio puede retrasar y reducir la aparición de DM1. Los ratones activos, mostraron regulación glucémica significativamente más eficiente, con reducción de la carga glucémica total y tendencia a glucemias más bajas durante el TTIPG; además, volvieron a valores basales a los 120 min, frente a 210 minutos en los sedentarios. Por otro lado, encuestas a 14 pacientes pediátricos (50% moderadamente activo y 50% sedentario antes del diagnóstico) no mostraron diferencias clínicas, metabólicas ni alteraciones de niveles de autoanticuerpos (GAD, IA2). Sin embargo, el grupo activo presentó porcentajes disminuidos de linfocitos T CD8⁺EMRA CD27⁻ (promueven autoinmunidad), y tendencia a porcentajes elevados de linfocitos B y T $\gamma\delta$ (regulan respuestas autoinmunes).

Conclusiones: El ejercicio se perfila como una herramienta complementaria inmunomoduladora en DM1, que no solo mejora parámetros metabólicos, sino que influye en los mecanismos inmunológicos implicados en la enfermedad. Estudios en curso evaluarán su impacto sobre la autoinmunidad contra las células beta.

Financiación: AREDI-FSED 2025.

P-012. ASOCIACIÓN ENTRE EL GRS-2 PARA DIABETES TIPO 1 Y BIOMARCADORES DE ESTRÉS OXIDATIVO EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1

Ana María Lago Sampedro^{a,c}, Eva García Escobar^{a,c}, Virginia Morillas^a, Rosa Martínez^{b,c}, Luis Castaño^{b,c}, Gemma Rojo Martínez^{a,c} y María Soledad Ruiz de Adana^{a,c}

^aIBIMA-Plataforma Bionand, UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España. ^bIIS Biobizkaia, UPV/EHU, Endo-ERN, Barakaldo, España. ^cCIBERDEM, Madrid, España.

Introducción: El uso de "Genetic_Risk_Scores" (GRS) en diabetes mellitus tipo 1 (DT1) ayuda a distinguir entre diferentes formas de diabetes, pero se sabe poco sobre si estos GRS están asociadas con la gravedad o sus complicaciones. El desequilibrio entre oxidantes y antioxidantes podría ser una de las anomalías contribuyendo a complicaciones micro y macrovasculares en DT1.

Objetivos: Evaluar si cambios en los marcadores de estrés-oxidativo estarían asociados con GRS-2 para DT1 en sujetos con esta enfermedad.

Material y métodos: Se estudiaron 104 pacientes con DT1 atendidos en la Unidad de Diabetes del HRU de Málaga, al inicio y a los 6 meses. Todos adultos (18-64 años); DT1 durante +2 años; niveles de hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) $\leq 10\%$. En la primera visita se obtuvo consentimiento informado y se cambió análogo de insulina basal por análogo de insulina basal de 2.^a generación. En ambos momentos, se tomaron muestras de sangre, se midieron variables antropométricas y se calculó IMC. Se determinaron niveles de HbA_{1c} e hidroperóxidos-lipídicos-séricos (LOOH), biomarcadores de oxidación de proteínas-plasmáticas (AOPP), grupos-sulfhidriilo-plasmáticos (Tiols-SH) y capacidad-antioxidante-total (CAT). Se calculó el porcentaje de cambios (%cambio) en los marcadores de estrés oxidativo entre ambas visitas con respecto a sus niveles basales ($[(6 \text{ meses-basal})/\text{basal}] \times 100$). Se calculó el GRS-2 para DT1 tras genotipar los 67SNP incluidos en este GRS en muestras de ADN de sangre-periférica. El GRS-2 para DT1 se clasificó según el percentil 75 de la distribución de la variable (GRS2_bajo y GRS2_alto). Las variables que no seguían una distribución normal se log-transformaron. Las diferencias entre el inicio y los 6 meses, y la asociación entre los cambios en los marcadores oxidativos y el GRS-2 se estudiaron mediante modelos lineales ajustados por posibles variables de confusión (edad, sexo, IMC-inicial, %cambio niveles HbA_{1c} , tiempo desde diagnóstico y tratamiento con insulina).

Resultados: Tras ajustar los factores de confusión, los niveles de HbA_{1c} fueron significativamente más bajos a los 6 meses en compa-

ración con los niveles basales (basal: $7,91 \pm 1,03$; 6 meses: $7,76 \pm 1,06$; $p = 0,03$), mientras que no se encontraron diferencias en los niveles de los marcadores de estrés oxidativo. No se encontró ninguna asociación entre las categorías de GRS-2 y el %cambio en los niveles de HbA_{1c} . El %cambio en los marcadores de oxidación LOOH y AOPP fue significativo y se asoció de forma independiente a las categorías de GRS-2, con %cambios significativamente más altos en los sujetos con el GRS-2_alto (%cambio AOPP como media \pm desviación estándar: GRS-2_bajo = $3,9 \pm 51,26$, GRS-2_alto = $38,18 \pm 86,83$, $p = 0,01$; %cambio LOOH como media \pm desviación estándar GRS-2_bajo: $0,25 \pm 38,77$, GRS-2_alto: $23,96 \pm 41,25$, $p = 0,01$); por el contrario, los %cambio en los marcadores antioxidantes Tiol-SH y CAT no fueron diferentes entre las categorías de GRS2.

Conclusiones: Un valor más alto del GRS-2 se asocia con mayor aumento en los marcadores oxidativos, pero no con un aumento en marcadores-antioxidantes, lo que podría contribuir a mayor desequilibrio en el estado-redox de estos sujetos con endotipo de DT1.

P-013. DIABETES MELLITUS TIPO MODY 8: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO GENÉTICO

Valeria China Rodríguez, Benigno Emilio Rivero Melián, Susana Martínez González, Laura Mora Martín, María Arbelo Rodríguez, Bruno García Bray e Ignacio Llorente Gómez de Segura

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus tipo MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) comprende un grupo heterogéneo de formas monogénicas de diabetes caracterizadas por inicio precoz, herencia autosómica dominante y ausencia de autoinmunidad pancreática. Aunque las mutaciones en *GCK* y *HNF1A/HNF4A* representan la mayoría de los casos, la aplicación de técnicas de secuenciación de nueva generación ha permitido identificar subtipos menos prevalentes, con fenotipos clínicos complejos y retos diagnósticos. Los objetivos consisten en describir el caso clínico de una paciente con diabetes mellitus de inicio precoz inicialmente clasificada como diabetes tipo 2 y destacar la relevancia del estudio genético avanzado para el diagnóstico de formas infrecuentes de diabetes monogénica (como MODY 8).

Material y métodos: Descripción del caso de una paciente de 31 años diagnosticada de diabetes tipo 2 en la adolescencia y remitida a consultas de Endocrinología en 2025. Se recogieron datos clínicos, antecedentes familiares, parámetros analíticos seriados (glucemia, HbA_{1c} , péptido C, autoanticuerpos pancreáticos), complicaciones microvasculares y resultados de estudios genéticos realizados en distintos momentos evolutivos.

Resultados: Mujer de 31 años, con antecedentes de obesidad, diagnosticada de diabetes mellitus a los 13 años y clasificada inicialmente como diabetes mellitus tipo 2. Presentaba marcada agregación familiar de diabetes en tres generaciones, afectando a ambas ramas parentales: madre, abuela materna, padre y abuela paterna. En el diagnóstico inicial destacaba hiperglucemia significativa (glucemia en ayunas de 153 mg/dL y HbA_{1c} 10,5%), con autoanticuerpos pancreáticos negativos. El péptido C fue elevado en fases iniciales y permaneció detectable durante el seguimiento, con negatividad persistente de anticuerpos, incluyendo antiinsulina y anti-ZnT8. En 2010, tres años tras el diagnóstico, se realizó un estudio genético dirigido a las variantes más prevalentes de MODY, que reveló polimorfismos pero sin resultados concluyentes. Años después acude a consultas de Endocrinología por mal control metabólico, presentando complicaciones microangiopáticas (retinopatía diabética no proliferativa, tratada con fotocoagulación). Ante la evolución clínica y

la fuerte sospecha de diabetes monogénica, en 2025 se decidió volver a realizar estudio genético, identificándose una variante patogénica en heterocigosis en el gen *CEL*, compatible con diabetes tipo MODY 8. En la actualidad recibe tratamiento con insulina basal (glargina U300), inhibidor de SGLT2 (empaglifozina) y agonista del receptor GLP-1 (semaglutida), con adecuado control metabólico (HbA_{1c} 6,9%) y función renal conservada.

Conclusiones: Este caso pone de manifiesto la complejidad diagnóstica de la diabetes monogénica y la importancia del uso de técnicas genéticas avanzadas en pacientes con diabetes de inicio precoz, con péptido C detectable, autoanticuerpos negativos y fuerte agregación familiar. Asimismo, refleja la importancia de la reevaluación diagnóstica y consideración de variantes genéticas menos prevalentes. El diagnóstico de MODY 8 aporta una mejor comprensión de la evolución clínica y permite el consejo genético familiar.

P-014. DIAGNÓSTICO TARDÍO DEL SÍNDROME DE DELECIÓN 22Q11.2 EN EL DEBUT DE DIABETES TIPO 1 E HIPOTIROIDISMO PRIMARIO AUTOINMUNE

Alejandro de la Cruz Bonilla, Andreu Campos Peris, Ramon Zafra Jiménez, María Úbeda Dilme y Elena Mena Ribas

Hospital universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Introducción: El síndrome de delección 22q11.2 es el trastorno de microdelección cromosómica más común con una incidencia de 1:4.000 nacidos vivos. El fenotipo es altamente variable e incluye un amplio espectro clínico como el síndrome de DiGeorge y síndrome velo-cardio-facial (VCF). Las principales manifestaciones incluyen cardiopatías congénitas, trastornos inmunológicos (por agenesia/hipoplasia del timo) que conllevan mayor riesgo de infecciones y enfermedades autoinmunes, hipocalcemia (aplasia/hipoplasia de glándulas paratiroides), dismorfia facial, disfunción velopalatina, retraso psicomotor o trastornos psiquiátricos. La delección 22q11.2 predispone a enfermedades autoinmunes siendo más frecuentes artritis reumatoide, anemia hemolítica, púrpura trombocitopénica idiopática y enfermedad tiroidea autoinmune. Se han descritos pocos casos de diabetes tipo 1 (DM1) en pacientes con delección 22q11.2.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 35 años que en 2023 se diagnosticó de DM1 por cuadro de insulinopenia de 8 meses de evolución (hiperglucemia simple). Como antecedentes destaca en la infancia seguimiento por neuropediatría por retraso del desarrollo psicomotor y por otorrinolaringología por insuficiencia velopalatina y otitis de repetición. A los 2 años ingresó por sepsis meningocócica. No antecedentes familiares de interés. En analítica realizada al debut diabético presenta HbA_{1c} 16,6%, péptido C 0,22 ng/mL, anticuerpos anti-GAD y anti-IA2 positivos, TSH 12,6 μ UI/mL y T4L 0,89 ng/dl con anti-TPO positivos. En analíticas previas destaca hipocalcemia, por lo que se amplía estudio confirmando hipoparatiroidismo primario (PTH 7 pg/mL y vitamina D 60 ng/mL). Se inicia tratamiento con múltiples dosis de insulina, levotiroxina, suplemento de calcio oral y calcitriol. Se solicita estudio genético que confirma delección 22q11.2. Para descartar cardiopatía congénita se realiza angio-TC de aorta torácica que muestra arco aórtico derecho y doble vena cava superior. Actualmente realiza seguimiento multidisciplinar con endocrinología, inmunología, otorrinolaringología y cardiología.

Discusión: El síndrome de delección 22q11.2 presenta una amplia variabilidad fenotípica y suele diagnosticarse en la infancia. En esta paciente el diagnóstico fue tardío, coincidiendo con el debut de DM1. Existe una predisposición aumentada a enfermedades autoinmunes, sin embargo la DM1 es infrecuente. La presencia de hipocalcemia e insuficiencia velopalatina orientó la sospecha diagnóstica. Se debe considerar este síndrome ante la asociación de endocrinopatías autoinmunes e hipocalcemia especialmente si se combina con rasgos faciales dismórficos, insuficiencia velopalatina o cardiopatía.

P-015. MÁS ALLÁ DE LA DIABETES JUVENIL: DESCUBRIENDO EL MODY 5

Javier Marzo Ortiz, Daniel Alejandro Queremel Milani, Clara Marijuán Sánchez, Gema Villa López, Celestino Rodríguez Jiménez, Guillermo Martínez Díaz-Guerra y Miguel León Sanz

Hospital 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: MODY 5 es un tipo de diabetes monogénica infrecuente debida a mutaciones en el gen HNF1B, heredada de forma autosómica dominante. Engloba una alteración primaria en la secreción de insulina, así como múltiples problemas a nivel sistémico, destacando alteraciones estructurales y funcionales renales, anomalías genitourinarias, así como hepáticas. Presentamos el caso clínico de un paciente con diagnóstico de MODY 5.

Caso clínico: Varón de 21 años, natural de China, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Presenta debut diabético en forma de hiperglucemia grave de 816 mg/dl asociado a clínica cardinal (poliuria, polidipsia y pérdida de 5 Kg en 3 meses), sin criterios de cetoacidosis o estado hiperosmolar. Analíticamente, destaca una leve cetonuria (20 mg/dl), valor inicial de HbA_{1c} de 16,5% y péptido C levemente disminuido (0,60 ng/ml. VR: 1,0-4,0 ng/ml), con autoinmunidad pancreática negativa. Inicialmente, se sospecha una posible DM tipo 1b y se inicia terapia con insulina en pauta basal-bolo, logrando un control glucémico aceptable. Tras varios meses de seguimiento, se evidencian valores de péptido C estimulado de 1,06 ng/ml (VR 1,06-1,66 ng/ml). Dada la autoinmunidad negativa, la presentación atípica, la edad al diagnóstico y los valores de péptido C, se solicita panel genético en búsqueda de otro tipo de DM. En estudio genético, se detecta una delección patogénica en heterocigosis de la región 17q12, que condiciona un síndrome de penetrancia variable caracterizado por trastornos estructurales y funcionales del aparato urinario, trastornos neuropsiquiátricos, alteraciones hepáticas y diabetes MODY 5. A lo largo de la evolución, evidenciamos hipomagnesemia leve crónica asintomática (1,31-1,57 mg/dl; VR: 1,6-2,6 mg/dl) y múltiples quistes sinusales y corticales visualizados en ecografías renales periódicas que, por el momento, no han ocasionado ninguna repercusión funcional o clínica. A nivel hepático, se objetiva elevación de transaminasas con valores de GGT de 191 U/l (VR 5-40 U/l) y FA de 150 U/l (VR 20-130 U/l), con ecografías abdominales normales. Respecto al tratamiento, se añadió terapia con gliclazida durante 1 año aproximadamente, permitiendo reducción de la dosis insulina lenta. Por progresivo deterioro metabólico tras 5 años del debut, ha precisado ajuste al alza de pauta basal-bolo, y adición de sitagliptina con último valor de HbA_{1c} de 7,6%. Respecto a las complicaciones metadiabéticas, presenta RD leve en ambos ojos.

Discusión: La diabetes MODY 5 representa un trastorno hereditario de patrón autosómico dominante, siendo *de novo* hasta en el 75% de los casos. Debido a su baja incidencia, la sospecha clínica resulta crucial para realizar el diagnóstico adecuado.

P-016. AUTOINMUNIDAD PANCREÁTICA Y RIESGO DE DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CON SÍNDROME TIRO-GÁSTRICO: ESTUDIO DE CASOS EN LANZAROTE (2017-2021)

María Elena Jerez Arzola, Carmen Rodríguez Hernández, Luisa Guillén Mesa y Alicia Torres Ríos

Hospital Universitario Doctor José Molina Orosa, Arrecife, España.

Introducción: El síndrome tiro-gástrico, incluido dentro del síndrome poliglandular autoinmune tipo 3, se asocia a un mayor riesgo de coexistencia de enfermedades autoinmunes. La identificación de autoinmunidad pancreática en estadios preclínicos podría permitir

estrategias de prevención y reducir el impacto emocional del diagnóstico de diabetes.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de autoinmunidad pancreática, la progresión a diabetes y el impacto de un programa de educación terapéutica en pacientes con hipotiroidismo autoinmune y gastritis autoinmune.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de una serie de 23 pacientes de la población de Lanzarote seguidos entre 2017 y 2021. Edad media 41,3 ± 6 años; 13 mujeres y 10 varones. Se determinaron anticuerpos anti-GAD65, anti-IA2, antiinsulina (IAA) y anti-ZnT8. El metabolismo glucídico se evaluó mediante glucosa basal y sobrecarga oral con 100 g de glucosa. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics. Los pacientes con autoinmunidad pancreática y diabetes preclínica participaron en un programa estructurado de educación terapéutica. El estrés relacionado con la diabetes se evaluó mediante el test PAID-5 y se comparó con un grupo control de 9 pacientes diagnosticados de diabetes autoinmune del adulto en contexto de cetoacidosis diabética durante el mismo periodo.

Resultados: Dieciséis pacientes (69,6%) presentaron autoinmunidad pancreática positiva. Los anticuerpos anti-GAD65 fueron los más frecuentes (13,4 ± 4 U/ml). Dos pacientes presentaron anticuerpos anti-IA2 positivos (21,3 ± 2 U/ml) y otros dos positividad combinada anti-GAD65 y anti-IA2 (24,5 ± 3 U/ml), con glucosa basal media de 96,7 ± 9 mg/dl y glucosa media tras sobrecarga oral de 153 ± 12 mg/dl. Cinco pacientes evolucionaron a diabetes estadio 3 entre 2019 y 2022, iniciando tratamiento con insulina. El grupo con educación terapéutica previa presentó un PAID-5 significativamente menor (5,4 vs. 9,7 puntos; p = 0,04).

Conclusiones: Los pacientes con síndrome tiro-gástrico presentan alto riesgo de autoinmunidad pancreática y progresión a diabetes. El cribado precoz y la educación terapéutica estructurada podrían disminuir el estrés emocional al diagnóstico y facilitar estrategias preventivas en esta población.

03. EPIDEMIOLOGÍA

Proyecto SED

P-017. IMPACTO DE LAS LIPOPROTEÍNAS REMANENTES Y HDL EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR: EVALUACIÓN DE BIOMARCADORES PREDICTIVOS EN EL ESTUDIO PROSPECTIVO DI@BET.ES Y UN ESTUDIO LONGITUDINAL EN SUJETOS CON DIABETES TIPO 2

Helena Sardà Simó^{a,b}, Marina Canyelles^{c,d,e}, Inka Miñambres^{a,b,e}, Gemma Rojo^{e,f}, José Luís Sánchez-Quesada^{d,e}, Joan Carles Escolà-Gil^{d,e} y Antonio Pérez^{a,b,e}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bDepartamento de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, España. ^cServicio de Bioquímica Clínica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^dInstitut de Recerca Sant Pau (IR SANT PAU), Barcelona, España. ^eCentro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Madrid, España. ^fServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España.

Introducción: Los niveles de colesterol en las lipoproteínas remanentes (TRL-C) y en las de baja densidad pequeñas y densas (sdLDL-C) desempeñan un papel clave en la predicción del riesgo cardiovascu-

lar. Por el contrario, el colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (HDL-C) ejerce efectos cardioprotectores y anti-diabéticos.

Objetivos y métodos: En la cohorte poblacional prospectiva Di@bet.es (n = 4.526), se evaluó la asociación entre los niveles basales de TRL-C, sdLDL-C, HDL-C (medidos por métodos directos) y el porcentaje de LDL pequeñas (medido por resonancia magnética nuclear, NMR), con el riesgo de desarrollar diabetes, alteraciones en el metabolismo de la glucosa y con la mortalidad total y cardiovascular durante un seguimiento de 7,5 años. En la cohorte longitudinal de pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) (n = 56), se analizó la relación de TRL-C, sdLDL-C y HDL-C con los cambios en la grasa epicárdica, la calcificación coronaria y la función cardíaca tras la optimización del control glucémico. Se realizaron estudios de regresión logística en la cohorte Di@bet.es y la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para pares apareados y la correlación de Spearman para el estudio longitudinal.

Resultados: En la cohorte Di@bet.es el HDL-C mostró una asociación inversa significativa con la aparición de diabetes [OR: 0,348 (0,195-0,62)] y con la incidencia de alteraciones en el metabolismo de la glucosa [OR: 0,489 (0,308-0,776)]. Los niveles de TRL-C [OR: 1,916 (1,216-3,018)], sdLDL-C [OR: 1,593 (1,012-2,507)], y el porcentaje de LDL pequeñas [OR: 1,709 (1,112-2,627)] correlacionaban significativamente con un mayor riesgo de alteraciones en el metabolismo de la glucosa. En el análisis de mortalidad general, HDL-C [OR: 0,662 (0,462-0,95)] se asoció inversamente con el riesgo de muerte total y ningún parámetro mostró asociación significativa con la mortalidad cardiovascular. En el estudio longitudinal de pacientes con DM2 se observó que el HDL-C (1,01 vs. 1,09 mM), el TRL-C (73,5 vs. 51,9 mg/dL) y el sdLDL-C (0,77 vs. 0,56 mM) cambiaron significativamente tras la optimización del control glucémico. No se observaron asociaciones significativas entre estos parámetros y la grasa epicárdica ni con el índice de calcificación de la placa aterosclerótica coronaria.

Conclusiones: El estudio Di@bet.es confirma el papel protector del HDL-C frente a la diabetes y la mortalidad, y la asociación de TRL-C y sdLDL-C con la alteración del metabolismo de la glucosa. En pacientes con DM2, un buen control glucémico normalizó el perfil lipídico aterogénico, incluyendo el TRL-C y sdLDL-C, destacando su importancia en el riesgo cardiometabólico.

Proyecto SED

P-018. DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA DIABETES TIPO 2 DE INICIO TEMPRANO: ESTUDIO D2TOP

Verónica Dávila Batista^a, Yaiza M. Gil Quintana^a, Miguel A. García Bello^b, Garlene Zamora Zamorano^a, Carla L. García Martín^c, Yolanda Ramallo^b y Anna M. Wagner Fahlin^{a,d}

^aUniversidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España. ^bServicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, Santa Cruz de Tenerife, España. ^cFundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria, España. ^dComplejo Hospitalario Universitario Insular, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de inicio temprano (≤ 45 años) es un problema emergente poco descrito en España. Se ha sugerido como un perfil con mayor agresividad clínica y peor pronóstico.

Objetivos: Realizar un diagnóstico de salud de la DM2 de inicio temprano en Canarias. Comparar indicadores de salud según la edad al diagnóstico y caracterizar factores psicosociales-clínicos-epidemiológicos.

Material y métodos: El proyecto incluye dos estudios: i) GesPeDia-D2Top: estudio transversal poblacional de Canarias entre 25-85 años, con datos de la historia clínica de atención primaria (2019-2022). La

exposición fue la edad al diagnóstico de la diabetes (reciente < 1 año y global). Los desenlaces incluyeron control metabólico (HbA_{1c} , índice de masa corporal, lípidos) y complicaciones (retinopatía, enfermedad cardiovascular, vascular periférica, insuficiencia cardíaca, nefropatía, amputaciones y pie diabético). Se realizaron análisis descriptivos y modelos de regresión de Poisson y logística con *splines* cúbicos para edad actual y edad al diagnóstico, ajustados por variables confusoras. ii) D2Top-caracterización: estudio descriptivo transversal de personas con DM2 de inicio temprano, diagnóstico reciente (< 5 años) y anti-GAD negativo. Captación esperada de 200 participantes por muestreo aleatorio mediante registro de Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria con primer contacto telefónico y 3 visitas. Se incluyen factores psicosociales, clínicos, epidemiológicos y genéticos (entrevista, FFQ, DXA, acelerómetros, carotídea, sensor continuo de glucosa, muestras biológicas) para identificar subgrupos de mayor riesgo.

Resultados: i) Se incluyeron 1.582.292 personas, 188.711 con DM2 (43.393 de reciente diagnóstico) con edad media de $46,9 \pm 14,6$ (DM $64,7 \pm 11,5$ DM2). Entre DM, la edad de diagnóstico medio fue a los $64,7 \pm 11,5$ años (un 86,7% con más de 45 años al diagnóstico), la duración de la DM $7,0 \pm 5,8$ años y HbA_{1c} $6,98 \pm 1,37$. Resultados preliminares muestran que la relación entre la edad al diagnóstico y el número de complicaciones sigue forma no-lineal compatible con curva en U, sin diferencias por sexo. La edad de diagnóstico sugiere una relación en curva de J invertida (mayor probabilidad cuando el diagnóstico es temprano) con presencia de retinopatía, pie diabético, mayor HbA_{1c} e índice de masa corporal. Mientras que se observa mayor probabilidad de complicaciones cardiovasculares en diagnósticos tardíos, al igual que en población general. Se está trabajando en análisis multivariante. ii) Se han revisado 240 historias del muestreo con diabetes, de los cuales 111 tienen DM2; hemos realizado 78 llamadas y reclutado 10 personas hasta la fecha. Se presentarán los resultados descriptivos de las características fenotípicas estratificado por sexo, obesidad y otras variables de interés.

Conclusiones: El inicio a edades tempranas de DM2 parece asociarse a peores índices glucémicos al debut y una mayor carga inicial de complicaciones en comparación con el diagnóstico más tardío. Esto podría reflejar un inicio más agresivo de la enfermedad o una mayor acumulación de factores de riesgo desde edades tempranas
Financiación: SED-2024. Mapfre-Canarias 2023. ISCI-PI24/00610.

P-019. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE DIABETES HOSPITALARIA (PDH) DEL HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA EN 2024

María José García Báez, Belén del Arco Romualdo, Carmen Bautista Recio, María José Vallejo Herrera, Noemí Guerrero, Stella María González Romero y Gabriel Olveira Fuster

Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España.

Introducción y objetivos: El manejo adecuado de la diabetes en pacientes hospitalizados es clave para garantizar la seguridad y la calidad asistencial. La evaluación periódica de las prácticas clínicas permite asegurar la correcta aplicación del Protocolo de Diabetes Hospitalaria (PDH) y detectar áreas de mejora. El objetivo del presente estudio fue analizar la aplicación del PDH del Hospital Regional Universitario de Málaga (HRUM) y compararla con la evaluación realizada en 2022, identificando oportunidades de mejora en el manejo de la hiperglucemia, el uso de linagliptina, las pautas correctoras y la solicitud de HbA_{1c} .

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal realizado entre el 18 y el 25 de octubre de 2024. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, hospitalizados en HRUM entre el 18 y 25 de octubre de 2024 con determinaciones de glucemias capilares. Criterios de

exclusión: hospitalizados en UCI y gestantes; pacientes con glucemias capilares sin diabetes ni hiperglucemia demostrada. Variables: edad, sexo, unidad de gestión clínica (UGC) de hospitalización, tipo de diabetes; tratamientos previos, durante el ingreso y al alta de hospitalización, estimación de HbA_{1c}, glucemias capilares, pautas insulínicas y asociación de linagliptina cuando procedía. Análisis: descriptivo transversal mediante SPSS. Comparación de resultados con los obtenidos en la evaluación de 2022.

Resultados: Se analizaron 84 pacientes (48% mujeres, edad media 72 ± 13,8 años); el 89% presentaba diabetes previa, principalmente tipo 2 (83%). El 26% de los pacientes ingresados en las plantas muestreadas presentaba diabetes o hiperglucemia. El 48% tenía tratamiento previo no insulínico y otro 48% tratamiento con insulina. La HbA_{1c} se había realizado en los 6 meses previos en el 57%, con un 63% < 7%. Durante el ingreso, se solicitó HbA_{1c} al 41% de los que no la tenían reciente. El 61% de los pacientes era candidato a tratamiento con linagliptina según el PDH, utilizándose en el 45% (mejora frente al 34% en 2022). El tratamiento se orientó adecuadamente al PDH en el 31% de los casos. La pauta correctora 0, recomendada para pacientes sin bolos prandiales, se empleó en el 30% de las situaciones en que habría sido apropiada (vs. 5% en 2022). El uso de biosimilares de glargina aumentó al 33% (frente a 25% en 2022). La unidad de Endocrinología participó en el alta de un 13% de los pacientes; el 16% requería ajuste de tratamiento por HbA_{1c} ≥ 8%.

Conclusiones: Aunque la aplicación del PDH ha mejorado respecto a 2022, persiste heterogeneidad en la elección de tratamientos y baja solicitud de HbA_{1c}. Encontramos preciso promover la formación a las diferentes UGC para optimizar la adherencia al protocolo, estandarizar la insulinización, promover el uso racional de terapias y aumentar la implicación del equipo de Endocrinología.

P-020. DISTRIBUCIÓN POR SEXO DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PERSONAS CON DIABETES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS: ANÁLISIS 2020-2024

Jessica Ares Blanco^a, Miguel García-Villarino^b, Carmen Lambert^c, Inés Masid^a, Elías Delgado^a y Edelmiro Luis Menéndez-Torre^a

^aHospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

^bUniversidad de Oviedo, Oviedo, España. ^cInstituto de Investigación sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, España.

Objetivos: Analizar la distribución por sexo y las tendencias temporales del tratamiento hipolipemiente en personas con diabetes en las comunidades autónomas españolas durante el período 2020-2024, contextualizando los hallazgos con los patrones de prevalencia regional de diabetes.

Material y métodos: Se realizó un análisis descriptivo de los datos de tratamiento hipolipemiente en personas con diabetes, estratificados por sexo, grupo etario y comunidad autónoma. Se analizaron cifras absolutas procedentes de las 17 comunidades autónomas españolas más Ceuta y Melilla durante cinco años consecutivos, comparándolas con los datos disponibles de prevalencia regional de diabetes.

Resultados: El número total de casos que recibieron tratamiento hipolipemiente aumentó de 3.440.254 (2020) a 3.962.928 (2024), lo que representa un crecimiento del 15,2%. La distribución por sexo permaneció estable a lo largo del período: 54,1% hombres frente a 45,9% mujeres. España cuenta con aproximadamente 5,1 millones de adultos con diabetes, con una prevalencia que alcanza el 14,8%, lo que sugiere que aproximadamente el 77,6% de las personas con diabetes recibieron tratamiento hipolipemiente en 2024. Andalucía presentó las cifras absolutas más elevadas de tratamiento (759.164 casos en 2024), seguida de Cataluña (586.075) y Comunidad Valenciana (505.628). Estas regiones también concentran el mayor número absoluto de casos de diabetes (> 800.000, > 700.000 y > 500.000 respecti-

vamente). La prevalencia regional de diabetes varía sustancialmente, desde el 4,51% en Castilla y León hasta el 9,72% en Canarias, aunque los patrones de distribución del tratamiento se mantuvieron consistentes en todas las regiones. La distribución por edad difirió según el sexo: los pacientes ≥ 65 años representaron el 60,6% de los hombres tratados frente al 68,4% de las mujeres tratadas en 2024, mientras que el grupo de 35-64 años supuso el 36,9% en hombres frente al 29,0% en mujeres, lo que sugiere que las mujeres reciben tratamiento predominantemente en edades más avanzadas.

Conclusiones: La cobertura del tratamiento hipolipemiente en personas con diabetes españolas muestra una alta penetración (aproximadamente 78%) con un predominio masculino consistente y variaciones regionales que reflejan los patrones subyacentes de prevalencia de diabetes. Las mujeres inician el tratamiento a edades más avanzadas que los hombres, lo que podría indicar un retraso en el diagnóstico o la prescripción. Se necesitan futuros estudios que incorporen tasas de tratamiento estandarizadas por edad según región y sexo para evaluar posibles inequidades en las estrategias de prevención cardiovascular.

P-021. PERFIL DE RIESGO VASCULAR Y SALUD ESPECÍFICA DE LA MUJER: RESULTADOS EN UNA COHORTE DE 225 MUJERES

Maria Dolores García de Lucas^a, Ana Isabel Jiménez Millan^b, Ana Zugasti Murillo^c y Maria Dolores López Carmona^a

^aHospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España.

^bHospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real,

España. ^cHospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

Introducción: La enfermedad cardiovascular (ECV) constituye la primera causa de mortalidad en la población femenina a nivel global. Además de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) tradicionales, en las mujeres existen factores específicos (FERV) vinculados a la historia hormonal y reproductiva que pueden influir en su riesgo vascular. No obstante, la incorporación sistemática de estos factores específicos en los modelos de predicción de riesgo sigue siendo insuficiente.

Objetivos: Analizar la prevalencia de estos factores de riesgo específicos en una cohorte de mujeres atendidas en consulta ambulatoria y explorar su potencial relación con el riesgo cardiovascular.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohortes prospectivo en 225 mujeres de entre 30 y 70 años, atendidas en 14 centros de salud de la provincia de Málaga entre el 14 y el 18 de abril de 2025. Se recolectaron FRVC y FERV. Los datos fueron obtenidos mediante entrevista dirigida y revisión de historia clínica. Se solicitó consentimiento informado. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis preliminar.

Resultados: Se entrevistaron 225 mujeres con una edad media de 56,43 años. El número de pacientes cupo/día fue 35,95 siendo el 58,53% mujeres. Entre los FRVC sobresalieron HTA (36,9%) y dislipemia (36,9%) seguidos de obesidad (32,9%) tabaquismo (21,8%), diabetes mellitus tipo 2 (15,6%). El 70% tomaba medicación. Entre los FERV, la edad promedio de la menarquia fue 12,3 años. El 70,7% tenían menopausia. El número de gestaciones promedio fue 2,3 con un 0,44% de abortos y 1,77% partos, siendo 1,80% el número de hijos nacidos vivos. Presentaron diabetes gestacional 10,2%, preeclampsia 2,2% y partos prematuros 8%. El 22,2% han tomado anti-conceptivo hormonal y un 5,3% terapia hormonal sustitutiva.

Conclusiones: En esta cohorte de mujeres de mediana edad se constató una prevalencia apreciable de factores de riesgo vascular específicos del sexo femenino. Tales hallazgos refuerzan la pertinencia de integrar de manera sistemática estas variables en los procedimientos de estratificación y evaluación del riesgo cardiovascular en la mujer.

P-022. PREVALENCIA DE DIABETES MONOGENICA EN EL HOSPITAL DE JEREZ: LA SOSPECHA CLINICA COMO CLAVE PARA EVITAR ERRORES DIAGNOSTICOS

Paula Begines Tirado, Luis Muñoz Arenas, Esteban Sánchez Toscano, María Mercedes Senent Capote y Javier Olmedo Pérez-Montaut

Hospital de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, España.

Introducción y objetivos: La diabetes MODY (*Maturity Onset Diabetes of the Young*) es una forma de diabetes monogénica caracterizada por su inicio temprano y su agregación familiar. Comprende una amplia heterogeneidad genética, lo que se traduce en importantes diferencias fisiológicas, clínicas y terapéuticas entre las distintas entidades. El objetivo del estudio es analizar el perfil clínico de los pacientes con diabetes MODY atendidos en nuestro medio.

Material y métodos: Se diseña un estudio transversal basado en las historias clínicas de las personas mayores de 14 años atendidas en las consultas externas de Endocrinología del Hospital Universitario de Jerez desde enero de 2012 hasta septiembre de 2025. El proceso de recogida de datos se realizó de manera anonimizada, garantizando la confidencialidad de los pacientes. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, antropométricas y analíticas relacionadas con la diabetes.

Resultados: Se reportaron un total de 39 casos de diabetes monogénica, de los que el 38,5% (n = 15) fueron hombres y el 61,5% (n = 24) eran mujeres con una edad media en el momento del diagnóstico de diabetes de $18,83 \pm 12,03$ años. El subtipo más prevalente fue la MODY 2 (n = 19) seguida de la MODY 3 (n = 12) y la MODY 1 (n = 6). Tan solo se detectó un caso de MODY 1 y MODY 8. El 89,74% (n = 35) de los pacientes tenían antecedentes familiares de primer grado de diabetes, mientras que el 64,10% (n = 25) también presentaban antecedentes familiares de segundo grado. Un total de 22 personas (más del 50% de los casos) recibieron inicialmente un diagnóstico erróneo: 7 de ellas de diabetes tipo 1 y las 15 restantes de diabetes tipo 2, lo que supuso un tiempo de retraso en el diagnóstico genético de 12 (4-19) años.

Conclusiones: La prevalencia de diabetes monogénica en nuestro medio es baja, si bien es cierto que los datos podrían estar infraestimados debido a la existencia de diagnósticos erróneos o a la falta de confirmación genética en casos de alta sospecha de MODY. Debe prestarse especial atención en aquellas personas con glucemia basal alterada o hemoglobina glicosilada en rango de prediabetes que tengan menos de 25 años, antecedentes familiares de primer grado de diabetes, normopeso y/o péptido C en rango de normalidad.

P-023. DESCRIPCIÓN DEL CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON Y SIN DIABETES MELLITUS RELACIONADA A FIBROSIS QUISTICA (DRFQ) ANTES Y DESPUÉS DE INICIAR TRIPLE TERAPIA MODULADORA ELEXACFTOR/TEZACFTOR/IVACFTOR

Carla Jimena Santivañez Perez, Laura Pérez-Olivarez Martin y Layla Diab Cáceres

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: Una de las complicaciones de la fibrosis quística (FQ) es la diabetes relacionada con la fibrosis quística (DRFQ), una entidad que contribuye significativamente al deterioro de la función pulmonar y aumenta la morbilidad. Nuevas terapias como la triple terapia moduladora (TTM) combinan fármacos (elexacftor/tezacftor/ivacftor) potenciadores y moduladores del canal transmembrana CFTR, cuya disfunción es la causante de la enfermedad. Este estudio pretende evaluar el efecto de la TTM sobre parámetros de control glucémico en pacientes con FQ, tanto en aquellos con diag-

nóstico previo de diabetes como en quienes presentan alteración del metabolismo de la glucosa (AMG) o normoglucemia.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo, incluyendo 41 pacientes con diagnóstico de FQ confirmado genéticamente y en seguimiento en nuestro centro durante 2023, todos tratados con TTM. Se analizaron variables demográficas, clínicas y parámetros de control glucémico antes y después de la TTM. En los pacientes con DRFQ en tratamiento con insulina se revisaron datos de sistemas de monitorización continua de glucosa (SMCG).

Resultados: La mediana de edad de los pacientes fue de 30 años (RIQ 24-36) y la mediana de IMC de $22,07 \text{ kg/m}^2$ (RIQ 20,5-24). La duración del tratamiento con TTM fue de 20 meses (RIQ 18-24). Trece pacientes (31,7%) tenían diagnóstico previo de diabetes y ocho (19,5%) de prediabetes; 13 pacientes (31,7%) recibieron insulina durante el seguimiento. Un paciente había recibido trasplante pulmonar previamente y uno estaba en tratamiento con corticoides. Debido al tamaño muestral, los pacientes con alguna AMG se analizaron como un único grupo. No se observaron cambios significativos en HbA_{1c} en pacientes no diabéticos frente a AMG: 5,6% (RIQ 5,4-5,9) versus 5,6% (RIQ 5,45-6,15), ni en glucosa basal: $94,0 \text{ mg/dl}$ (87-100) frente a $94,5 \text{ mg/dl}$ (88-102). Se analizaron datos de SMCG en seis pacientes diabéticos, sin cambios significativos en el coeficiente de variación: 38,9% (8,1-49,7) previo versus 32,3% (26,5-40,5) posterior (p = 0,64), ni en tiempo en rango: 92,0% (53-96) previo frente a 86,5% (84-97) posterior (p = 0,80). El peso corporal mostró una tendencia al aumento tras TTM: de 56 kg (51-60) a 59 kg (53-65) en pacientes con AMG (p = 0,12) y de 64,5 kg (53-74) a 67 kg (56-77,5) en no diabéticos (p = 0,48). Ambos grupos presentaron una reducción significativa de exacerbaciones anuales: de 2,75 y 1,75 a 1 (p = 0,003 y p = 0,024) respectivamente.

Conclusiones: Aunque no se observaron cambios significativos en los parámetros de control glucémico tras inicio de TTM, sí se evidenció una tendencia al aumento del peso, así como una reducción significativa en el número de exacerbaciones anuales en el grupo con AMG. Son necesarios estudios prospectivos con mayor tamaño muestral para definir el impacto metabólico de la TTM.

P-024. TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON DIABETES EN ESPAÑA (LIPIDSPAIN)

Miguel García Villarino

Universidad de Oviedo e Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, España.

Introducción y objetivos: La dislipidemia es un determinante del riesgo cardiovascular en la diabetes tipo 2 (DM2) y el control del LDL-colesterol (LDL-C) sigue siendo mejorable. El objetivo fue describir la evolución de la prescripción de hipolipemiantes y el logro de objetivos de LDL-C en personas con DM2 atendidas en Atención Primaria (AP) en España (2018-2023).

Material y métodos: Estudio transversal repetido a partir de estimaciones nacionales del portal estadístico del Ministerio de Sanidad basadas en el registro Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), que integra información clínica anonimizada procedente de historias clínicas electrónicas de AP del Sistema Nacional de Salud. Se incluyeron personas de 40-75 años con DM2 atendidas en AP. Se estimó la prescripción de fármacos hipolipemiantes (clasificación ATC C10A y C10B) por 1.000 atendidos y la proporción de terapia combinada. Se evaluó el control lipídico mediante el porcentaje de personas con LDL-colesterol < 100 mg/dL y < 70 mg/dL , global y estratificado por sexo.

Resultados: La tasa de tratamiento hipolipemiante aumentó de 550,1/1.000 en 2018 a 629,9/1.000 en 2023 (55,0 a 63,0%). La terapia combinada creció de 52 a 123/1.000. El logro de LDL-C < 100 mg/dL se mantuvo estable (66,7% en 2018; 67,3% en 2023), mientras que LDL-C < 70 mg/dL mejoró (25,5% a 30,8%). En 2023 persistieron di-

Tabla P-024

Tratamiento hipolipemiante en personas con DM2 y logro de LDL-C en el periodo 2018-2023

Año	Prescripción			LDL-c < 100 mg/dL		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
2018	55,10%	55,63%	54,29%	66,67%	70,58%	62,26%
2019	57,52%	58,31%	56,58%	67,72%	71,25%	63,77%
2020	57,84%	58,70%	56,81%	66,54%	71,20%	61,54%
2021	59,68%	60,70%	58,48%	65,15%	69,55%	60,41%
2022	61,47%	62,47%	60,29%	65,79%	70,09%	61,05%
2023	62,99%	64,12%	61,66%	67,29%	71,63%	62,29%

ferencias por sexo en el control: LDL-C < 70 mg/dL se alcanzó en 36,1% de hombres y 24,6% de mujeres.

Conclusiones: En la DM2 atendida en Atención Primaria, la intensificación del tratamiento hipolipemiante, especialmente el aumento de combinación, se acompañó de una mejora modesta del objetivo LDL-C < 70 mg/dL. Persisten oportunidades para intensificar el tratamiento y reducir desigualdades por sexo.

P-025. FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL GLUCÉMICO EN DIABETES: ANÁLISIS POR EDAD, SEXO Y NACIONALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Daniel Sánchez Fenollar, Silvia García Martínez, Cristina María García Martínez, Jesús Martínez Ruiz, María Rodríguez López y Jesús Romero Iglesias

Centro de Salud Cartagena/Los Dolores, Cartagena, España.

Objetivos: Evaluar el control glucémico en un centro de Atención Primaria teniendo en cuenta varios factores sociales y no modificables (sexo, nacionalidad y edad). Valorar las diferencias entre grupos y tramos de edad.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en un centro de salud de Cartagena (España), revisando 1.659 historias clínicas de pacientes con diabetes mellitus mayores de 14 años. El periodo analizado fue del 30/11/2024 al 30/11/2025. Se incluyeron aquellos con resultado de glicada (HbA_{1c}) en los últimos 12 meses (n = 1.057). Se definieron como variables: el sexo (M/F), la nacionalidad (ESP/NO), la edad actual y el valor de HbA_{1c}. Se definió como objetivo un valor de HbA_{1c} < 7% para todos los grupos etarios. Se calcularon porcentajes en objetivo por grupo y por tramo de edad (< 18, 18-49, 50-59, 60-69, 70-79, ≥ 80). Además, se estimaron medias y medianas de HbA_{1c} y se aplicaron pruebas de comparación (p < 0,05) y un modelo logístico ajustado por edad, sexo, nacionalidad e interacción entre las variables.

Resultados: Las medias de HbA_{1c} fueron: hombres españoles 7,09%; mujeres españolas 6,94%; hombres extranjeros 7,78%; mujeres extranjeras 7,54%. Las medianas: 6,7%, 6,7%, 7,3% y 7,3%, respectivamente. Con IC95%, se observaron diferencias significativas entre los españoles y los extranjeros: en los hombres con p (media) = 0,0014; p (mediana) = 0,0072; en las mujeres con p (media) = 0,0030; p (mediana) = 0,0034. Estas diferencias se mantuvieron en la mayoría de los tramos de edad. El análisis por objetivo único (< 7%) mostró que la nacionalidad extranjera redujo la probabilidad de estar dentro del objetivo (OR = 0,47; p = 0,015), incluso tras ajustar por la edad y el sexo. La edad incrementó la probabilidad de estar bien controlado, mientras que el sexo no mostró diferencias significativas.

Conclusiones: El control glucémico en el centro de salud analizado se mostró significativamente peor en pacientes extranjeros, in-

cluso tras ajustar por la edad y el sexo. La edad mejoró la probabilidad de estar en el objetivo. No se observaron diferencias significativas entre los hombres y las mujeres ni una interacción entre el sexo y la nacionalidad.

Variable	Odds ratio	IC95 límite inferior	IC95 límite superior	p
Edad (por año)	1,007	0,998	1,017	0,126
Sexo: M vs. F	0,802	0,615	1,047	0,105
Nacionalidad: no vs. esp	0,470	0,256	0,862	0,015
Interacción (M × NO)	1,130	0,518	2,465	0,759

P-026. DIABETES MITOCONDRIAL COMO MANIFESTACIÓN ENDOCRINA DEL SÍNDROME MELAS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Sonsoles Sesma Quesada, Isabel Gómez Chamorro, Eduardo Blanco Chillerón, Elisa Fernández Fernández, Alejandra Maricel Rivas Montenegro, Mónica Gómez-Gordo Hernanz y Olga González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus (DM) es una manifestación frecuente en el síndrome MELAS (*mitochondrial encephalomyopathy, lactic acidosis and stroke-like episodes*). Se debe a la disfunción mitocondrial, que altera la secreción de insulina, así como la producción energética celular. El objetivo fue describir dos casos de DM mitocondrial en el contexto de síndrome MELAS, analizando el proceso diagnóstico del síndrome, la forma de debut de la diabetes y la evolución del control glucémico tras el inicio de insulino-terapia bolo-basal.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo observacional de dos casos clínicos de DM mitocondrial en el contexto de síndrome MELAS, atendidos en un hospital de tercer nivel. Se revisaron las historias clínicas electrónicas, recogiendo variables demográficas, clínicas y analíticas relacionadas con el diagnóstico del síndrome MELAS y de la DM. Así mismo, se revisaron las plataformas de monitorización continua de glucosa. Caso 1: varón de 31 años con diagnóstico de síndrome MELAS desde 2015, en el contexto de hipoacusia neurosensorial, epilepsia, acidosis metabólica y antecedentes familiares maternos compatibles, confirmándose la mutación m.3243A>G. En septiembre de 2025 debutó con DM mediante cetoacidosis diabética, con glucemia de 346 mg/dL, HbA_{1c} de 13,3% y cetonemia > 2 mmol/L. Presentaba un índice de masa corporal (IMC) de 20,7 kg/m², autoinmunidad pancreática negativa y péptido C inicialmente conservado,

con descenso progresivo. Se inició insulino-terapia bolo-basal y monitorización continua de glucosa (MCG), observándose a los 3 meses un excelente control glucémico, con HbA_{1c} de 7%, tiempo en rango (TIR) del 94% y baja variabilidad glucémica, sin hipoglucemias ni complicaciones vasculares conocidas. Caso 2: varón de 34 años, IMC 19,25 kg/m², diagnosticado inicialmente de DM tipo 1 en enero de 2025 tras hiperglucemia grave. Posteriormente desarrolló crisis epilépticas y encefalopatía, estableciéndose el diagnóstico de síndrome MELAS, con confirmación genética de la mutación m.3243A>G. Presentó autoinmunidad pancreática negativa y marcada insulinopenia. En el seguimiento mostró adecuado control metabólico con insulino-terapia basal-bolo a bajas dosis, con HbA_{1c} de 7,1% y perfiles de MCG con un TIR del 68%, variabilidad glucémica de 27,6% y ausencia de hipoglucemias. No presentó complicaciones angiopáticas conocidas.

Conclusiones: La diabetes mitocondrial debe considerarse ante DM no autoinmune en adultos jóvenes con afectación neurológica o antecedentes maternos. La diabetes asociada a MELAS puede ser variable en su forma de debut, evolucionado habitualmente hacia la insulinopenia progresiva. Aunque se debe evitar el tratamiento con metformina para reducir el riesgo de acidosis láctica, no existen regímenes terapéuticos específicos para esta entidad, siendo el objetivo de control personalizado. El diagnóstico etiológico permite el cribado familiar y consejo genético.

P-027. LAS MUJERES INVISIBLES

Karla Meneses^{a,b}, Sol Hernández López^{a,c}, Miguel Ángel María Tablado^{a,d} y Rocío Maraver Romero^{a,b}

^aGDT Mujeres y Diabetes, España. ^bLa mesa azul, Madrid, España. ^cCS Aldea Moret, Cáceres, España. ^dCS Caillejas, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Se calcula que más de 740.000 mujeres están encarceladas en el mundo, lo que representa el 6,9% de la población reclusa global. En España, esta proporción asciende al 7,3%, es decir, aproximadamente 12 hombres por cada mujer presa. Existe una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas durante el encarcelamiento, o de agravarse, por diferentes factores como el sedentarismo, la obesidad, la patología mental, el consumo de psicótrópos y el envejecimiento. Sin embargo, los estudios sobre la prevalencia de diabetes en prisión son escasos y, en muchos casos, no están desagregados por sexo, lo que impide conocer la magnitud real del problema en mujeres reclusas. El objetivo es visibilizar la

situación de las mujeres con diabetes en prisión, analizar cómo el contexto penitenciario y el género influyen en su salud, y subrayar la necesidad de una atención sanitaria con perspectiva de género que garantice la equidad y la continuidad asistencial.

Material y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica centrada en la intersección diabetes, género y contexto penitenciario.

Resultados: La prevalencia de diabetes en prisión es desconocida y no se analiza desde una perspectiva de género. Solo existen 3 centros exclusivos para mujeres en el sistema penitenciario lo que genera aislamiento geográfico y dificultades de acceso a una atención sanitaria adecuada. Las mujeres presentan una alta carga de vulnerabilidad social y emocional que dificulta el control de sus patologías. Es necesario un abordaje clínico integral que integre el ciclo vital femenino (embarazos, lactancia, menopausia, etc.) y la prevención de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes. La falta de acceso a la tecnología, como la monitorización continua de la glucosa, a la salud bucodental y a programas preventivos dificulta el control metabólico. La salud oral y la lactancia son a menudo olvidadas, en este contexto, pese a conocerse el beneficio directo que supone para el control de la enfermedad. La falta de continuidad asistencial entre el ingreso en prisión y el sistema de salud comunitario supone un reto para los profesionales encargados del manejo de la diabetes.

Conclusiones: La falta de datos desagregados por sexos, la orientación androcéntrica del sistema penitenciario y la fragmentación de la atención sanitaria perpetúan las desigualdades en salud. Se requiere una atención penitenciaria con perspectiva de género que garantice una atención sanitaria equitativa, digna y basada en los derechos de la mujer.

P-028. DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD Y SARCOPENIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIABETES MELLITUS

Clara Romera Pérez, Lourdes María Tolentino Martínez, Juan Antonio Leandro Hernández, Ana Herrero Ruíz, Ana Isabel Sánchez Marcos, Lucía Felipe Plaza y María Teresa Mories Álvarez

Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Introducción y objetivos: La desnutrición relacionada con enfermedad (DRE) es consecuencia de una ingesta insuficiente de energía y/o nutrientes en contexto enfermedad o su tratamiento. En pacientes con

Tabla P-028

DM	No	Sí	p
DRE GLIM	DRE moderada: 42,6%, DRE grave: 14,9%	DRE moderada: 63%, DRE grave: 21,2%	p = 0,0,39
Sarcopenia	Probable: 51,1%, confirmada: 34%	Probable: 15,8%, confirmada: 57,9%	p = 0,031
IMC OMS	Bajo peso: 2,1%, normopeso: 36,5%, sobrepeso: 42%, O.G.1: 15,2%, O.G.2: 2,1%, O.G.3: 2,1%	Normopeso: 44,4%, sobrepeso: 27,8%, O.G.1: 22,2%, O.G.2: 0%, O.G.3: 5,5%	p = 0,430
Pérdida ponderal	-2,5% kg	-3,1% kg	p = 0,747
Circunferencia pantorrilla	30,9 cm	31,4 cm	p = 0,343
Dinamometría	19,1 N	18,4 N	p = 0,983
Proteínas	6,0 ± 0,8 g/dL	5,9 ± 0,9 g/dL	p = 0,708
Albúmina	3,6 ± 0,6 g/dL	3,6 ± 0,7 g/dL	p = 0,660
Ángulo fase	5,4 ± 0,9°	5,3 ± 1,1°	p = 0,529
Cribado MUST	Bajo: 35,5%, Moderado: 20%, Alto: 44,4%	Bajo: 5,2%, Moderado: 21,1%, Alto: 73,7%	p = 0,079
Cribado CONUT	Normal: 26,6%, bajo: 40%, moderado: 33,3%, grave: 0%	Normal: 26,3%, bajo: 36,8%, moderado: 31,6%, grave: 5,3%	p = 0,633
Comorbilidad Charlson y supervivencia 10 años	4,9; 45%	6,8; 12%	p = 0,011

diabetes mellitus (DM), la inflamación crónica, insulinoresistencia y la pérdida de masa muscular favorecen el desarrollo de DRE y sarcopenia, incluso con IMC normal. La sarcopenia diabética se asocia a peor control glucémico, mayor fragilidad y peor pronóstico a largo plazo. En este contexto, la DRE puede pasar inadvertida sin una adecuada valoración nutricional previa. Descripción del riesgo nutricional, diagnóstico DRE y sarcopenia de una muestra de pacientes DM ingresados.

Material y métodos: Estudio observacional y transversal realizado en condiciones práctica clínica habitual durante cuatro días consecutivos en cuatro plantas de hospitalización. Se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad, comorbilidades) y antropométricas (peso e IMC). Se realizó cribado de desnutrición mediante MUST y CONUT, evaluación de sarcopenia (dinamometría de mano, circunferencia de pantorrilla) y diagnóstico de DRE según GLIM. Se realizó análisis estadístico mediante el programa SPSS.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes: 56,1% hombres, con edad media $67 \pm 16,3$ años. El 28,8% con DM. Se observó una prevalencia de DRE según criterios GLIM del 84,2% en pacientes DM frente al 57,4% en no DM.

Conclusiones: En nuestra muestra, los pacientes DM presentan mayor prevalencia de DRE según criterios GLIM, mayor sarcopenia confirmada y una carga de comorbilidad más elevada, lo que se ha asociado negativamente a su supervivencia a largo plazo. Asimismo, muestran mayor riesgo nutricional, con mayores puntuaciones en MUST y CONUT.

P-029. ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS A LA DIABETES TIPO 1: PREVALENCIA, FACTORES ASOCIADOS E IMPACTO EN EL CONTROL GLUCÉMICO

Raymond Agustín Sánchez Acosta^a, Tomás González Vidal^{a,b}, Diego Rivas Otero^{a,b}, Pablo Agüeria Cabal^a, Guillermo Ramos Ruiz^a, Elías Delgado Álvarez^{a,b} y Edelmiro Menéndez Torre^{a,b}

^aHospital Central de Asturias, Oviedo, España. ^bInstituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, España.

Objetivos: Determinar la prevalencia de enfermedades autoinmunes asociadas (EAA) a la diabetes tipo 1 (DM1), los factores asociados a su presencia y su relación con el control glucémico según monitorización continua de glucosa (MCG).

Material y métodos: Estudio transversal realizado en un hospital universitario con 873 personas con DM1 usuarias de MCG *flash*. Tras

excluir 132 pacientes con diabetes LADA y 39 erróneamente diagnosticados como diabetes tipo 2 durante > 6 meses, el estudio incluyó 702 pacientes (413 varones, edad mediana 45 años) con DM1 "típica" que fueron clasificados en dos grupos según la presencia de EAA. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, edad al debut diabético y parámetros habituales de MCG.

Resultados: Un total de 157 (22,4%) pacientes presentaron alguna EAA, siendo el hipotiroidismo primario la más frecuente ($n = 91$, 13%). Las personas con EAA fueron más frecuentemente mujeres y tuvieron mayor edad (tabla). La edad al debut diabético no se asoció con la presencia de EAA. Tras ajustar por edad y sexo (regresión logística), la edad al debut tampoco se asoció con la presencia de EAA (OR 0,99, IC95% 0,97-1,00; $p = 0,272$). En ese modelo, la edad avanzada y el sexo femenino permanecieron asociados con mayor riesgo de EAA ($p < 0,05$, datos no mostrados). No hubo diferencias significativas en los parámetros de MCG entre pacientes con y sin EAA (tabla).

Conclusiones: Aproximadamente uno de cada cinco personas con DM1 presenta otra EAA, especialmente hipotiroidismo primario. Las EAA en DM1 son más frecuentes en mujeres y en edades avanzadas, reflejando un efecto acumulativo del riesgo de desarrollar estas patologías con el tiempo. La edad al diagnóstico de la DM1 no se asocia con la presencia de EAA, lo que sugiere que la carga autoinmune concomitante no depende de la edad al debut de la DM1, ni viceversa. La coexistencia de EAA no se asocia con un peor control de la DM1, sugiriendo que, en general, las EAA no comprometen el manejo metabólico.

P-030. ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE INSULINIZACIÓN/DERIVACIÓN HOSPITALARIOS EN PACIENTES CON DIABETES Y ERRORES RELACIONADOS CON LA INSULINOTERAPIA: AUDITORÍA CLÍNICA DE 72 HORAS DE INGRESO

Paula Cebrián López, Sofiya Khoruzha Aleksandrovych, Ángel Alcalá Artal, Fernando Vidal-Ostos de Lara, Cecilia González García, Marta Hermoso García y Marta Botella Serrano

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

Introducción: La variabilidad en la prescripción de insulina, la falta de circuitos de derivación y los errores del personal médico pueden comprometer el control glucémico y la seguridad del paciente hospi-

Tabla P-029

Variable	No EAA (n = 545)	≥ 1 EAA (n = 157)	p
Características			
Edad (años)	44 (34-54)	48 (38-59)	0,015
Sexo (mujer)	193 (35,4)	96 (61,1)	< 0,001
Edad al debut diabético (años)	21 (13-28)	20 (10-30)	0,441
MCG			
Hiper glucemia nivel 2 (> 250 mg/dL, %)	11 (4-22)	12 (5-21)	0,452
Hiper glucemia nivel 1 (181-250 mg/dL, %)	25 (18-31)	25 (21-31)	0,993
Tiempo en rango (70-180 mg/dL, %)	55 (44-68)	57 (46-67)	0,344
Hipoglucemia nivel 1 (54-69 mg/dL, %)	3 (1-5)	2 (1-5)	0,442
Hipoglucemia nivel 2 (<54 mg/dL, %)	0 (0-1)	0 (0-1)	0,511
Coefficiente de variación (%)	37,3 (32,8-42,2)	37,3 (34,1-41,4)	0,476
GMI (%)	7,4 (6,8-7,9)	7,3 (6,9-7,8)	0,450

Variables continuas expresadas como medianas (rangos intercuartílicos) y comparadas mediante el test de Mann-Whitney; variable dicotómica expresada como número absoluto (porcentaje) y comparada mediante el test de chi-cuadrado.

talizado con diabetes. Por ello, evaluar la adherencia al protocolo/circuito, la práctica real de prescripción al ingreso, la derivación a Endocrinología y la presencia de errores de administración y/o prescripción es de especial importancia para garantizar el manejo adecuado del paciente con diabetes durante la hospitalización.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo a partir de una base de datos de 51 pacientes ingresados, donde durante las últimas 72 horas disponibles del ingreso, se evaluó cumplimiento del protocolo al ingreso, emisión de parte a Endocrinología (y adecuación al protocolo del hospital), presencia de errores (administración y prescripción, y profesional implicado), prescripción de insulina (basal, rápida y pauta correctora) y la realización de ajuste de dosis en los últimos 3 días analizados del ingreso.

Resultados: El cumplimiento del protocolo de insulinización al ingreso solo ocurrió en un 5,9% de los pacientes (3/51) y, durante el ingreso, se emitió parte a Endocrinología en un 15,7% de los pacientes totales (8/51), de los cuales el 50% de las interconsultas de realizaban según el protocolo hospitalario de derivación. La insulinización al inicio del ingreso consistió en insulina basal (39,2%), insulina rápida (21,6%) y pauta correctora (90,2%). La glucemia media en 3 días fue de 168,38 mg/dl y el número de registros de glucemia en 3 días fue de 6,15 registros de media (2-14). Durante los 3 días analizados, se detectaron errores de administración en 14 pacientes (27,5%) y errores de prescripción en 8 pacientes (15,7%): la atribución global fue a Enfermería en un 33,3%, a Médico en un 9,8% y a ambos en un 2,0% de los pacientes. Solo se realizó ajuste de dosis de insulina en los 3 días analizados a un 29,4% de los pacientes.

Conclusiones: En esta serie predominaron pacientes de edad avanzada y diabetes tipo 2, con baja adherencia al protocolo al ingreso y escasa derivación a Endocrinología. La prescripción se caracterizó por uso muy frecuente de pauta correctora, con menor utilización de insulina basal y rápida, y una tasa relevante de déficit de registro de glucemias y errores de administración/prescripción, lo que señala oportunidades de mejora del circuito y de seguridad del proceso.

P-031. ¿CÓMO LLEGAN LOS PACIENTES CON DIABETES AL HOSPITAL? CARACTERIZACIÓN DE HBA_{1c} Y TERAPIA PREVIA EN 51 PACIENTES

Ángel Alcalá Artal, Sofiya Khoruzha Aleksandrovych, Paula Cebrián López, Fernando Vidal-Ostos de Lara, Cecilia González García, Marta Hermoso García y Marta Botella Serrano

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

Introducción y objetivos: Los pacientes con diabetes ingresados presentan elevada complejidad clínica y requieren una caracterización basal para entender las condiciones metabólicas a partir de las cuales realizaremos el seguimiento, ajuste de terapia y control de complicaciones relacionadas con la diabetes. Nuestro objetivo es describir las características demográficas, el contexto asistencial el control metabólico basal y el tratamiento preingreso de nuestros pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 51 ingresos de pacientes diabéticos en un hospital de segundo nivel, donde se analiza el perfil de paciente, servicio responsable del ingreso y motivo de ingreso. Se recogieron variables de diabetes previa (tipo y si era conocida) y estado metabólico basal (última hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) y tiempo desde su última determinación. También se describió el tratamiento antidiabético preingreso y la realización de cambios del tratamiento al alta.

Resultados: Obtuvimos una media de 75,82 años con predominancia del sexo masculino (52%), en los cuales el servicio responsable más frecuente fue Medicina Interna (49%), seguido de Paliativos/

Oncología Médica (15,7%) y Traumatología (8%). El 84% de los pacientes presentaba diabetes tipo 2, el 4% autoinmune del adulto y el 2% pancreatopriva, y se detectó un 11,7% de nuevos diagnósticos de diabetes durante el ingreso. La HbA_{1c} más reciente tuvo una media de 7,44% (4,2-18,7%), con 131,7 días de media y 47 días de mediana desde la última determinación. De los pacientes con diabetes conocida, el 76,5% tomaban antidiabéticos orales (ADO) (39/51) y el 43,1% (22/51) insulina (basal 41,2% y/o rápida 21,6%), asociada o no a ADO. Los ADO más frecuentes fueron metformina sola (17,6%) y/o combinada con inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (iDPP4) o inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) (11,8% y 7,8%, respectivamente). Los motivos de ingreso más frecuentes fueron infección respiratoria/broncoaspiración (25,6%), infección del tracto urinario (9,8%), sepsis/ fiebre sin foco (8,0%) y fractura de huesos (7,9%). Solo se realizó cambios de tratamiento diabético al alta en un 32% de los pacientes.

Conclusiones: Los pacientes ingresan con un perfil de edad avanzada y complejo, mayoritariamente con DM2 y motivos de ingreso principalmente infecciosos y fracturas, atendidos sobre todo por Medicina Interna. La HbA_{1c} media es aceptable para dicha edad de los pacientes, pero con determinaciones a menudo no recientes. Una proporción relevante ya usa antidiabéticos orales y/o insulina al ingreso, pero existe un porcentaje muy escaso de optimización de tratamiento al alta, por lo que debería ponerse especial foco en la conciliación y reevaluación estructurada del tratamiento antes del alta, reforzando un circuito de intervención y continuidad asistencial para reducir inercia terapéutica.

P-032. PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DE DIABETES TIPO 1 EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO

Carmen Grau del Valle^a, Juan Diego Salazar^a, Santiago García^a, Cristina del Castillo Villaescusa^b, Carlos Morillas Ariño^a, Celia Bañuls^a y Eva Solá^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Doctor Peset-FISABIO, Valencia, España. ^bServicio de Pediatría, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Objetivos: El propósito de nuestro estudio fue analizar la participación de familiares de primer grado (FPG) de personas con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en el cribado de fases presintomáticas de la enfermedad, cuantificando el número de FPG que aceptan participar e identificando las principales barreras que podrían dificultar su implementación.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo para evaluar la presencia de DM1 presintomática en FPG de personas con DM1 atendidas en el Servicio de Endocrinología y Nutrición y en el Servicio de Pediatría de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron FPG con edades comprendidas entre los 2 y 45 años y residentes en la comunidad autónoma del hospital. Durante la visita médica habitual, las personas con DM1 fueron informadas sobre la posibilidad de realizar cribado de fases presintomáticas a sus FPG mediante la determinación anticuerpos anti-GAD, anti-IA2, IAA y anti-ZnT8 empleando la técnica CLIA en suero. Posteriormente, se revisaron las historias clínicas y se contactó telefónicamente con las personas con DM1 en las que sus FPG no se habían realizado el cribado, con el fin de conocer su decisión y los motivos.

Resultados: Se incluyeron n = 276 personas con DM1 atendidas entre septiembre 2024 y diciembre 2025. De estos, n = 31 no tenían FPG con edades entre 2-45 años. Los n = 245 restantes contaban con un total de n = 422 FPG susceptibles de realizarse el cribado. Entre los FPG identificados, 46,2% eran hijos, 27,5% hermanos, 15,4% padres, 4,4% sin relación de primer grado y en 5,7% no se pudo determinar el parentesco. En cuanto a la participación, 74,6% de los FPG aceptaron realizarse el cribado, mientras que 25,4% declinaron

participar. Entre los motivos de los que decidieron no participar se observa que el 9,9% no especificó la razón, el 3,8% se mostró indeciso, el 3,5% manifestó cierto desinterés en realizarse los análisis, el 2,6% reside fuera de la comunidad, el 2,1% expresó miedos e inseguridades, otro 2,1% señaló que la falta de tiempo era un impedimento y, finalmente, un 1,4% refirió no tener relación con sus FPG.

Conclusiones: La mayoría de los FPG aceptaron el cribado, mostrando una actitud favorable hacia la detección precoz de la DM1. Sin embargo, se identificaron barreras como la distancia, falta de tiempo, miedos o inseguridades, que limitaron la participación. Estos hallazgos proporcionan información relevante para el desarrollo de estrategias de detección precoz dirigidas a poblaciones con mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

P-033. DICAT85: DISEÑO DE UN ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE EL PERFIL CLÍNICO Y TERAPÉUTICO DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 DE 85 AÑOS O MÁS EN CATALUÑA

Elena Mañes López, Carolina Lapena Estella y Berta Fernández Camins

ICS, Barcelona, España.

Objetivos: Describir las características clínicas, funcionales, cognitivas y terapéuticas de personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de 85 años o más atendidas en atención primaria en Cataluña.

Material y métodos: Estudio observacional transversal basado en registros clínicos de la base de datos SIDIAP. Se incluirán todas las personas con diagnóstico activo de DM2 y edad \geq 85 años a 31/12/2024. Se analizarán variables sociodemográficas (edad, sexo, índice MEDEA, institucionalización), clínicas (HbA_{1c}, IMC, eGFR, complicaciones), funcionales (Índice de Barthel), cognitivas (Pfeiffer), tratamientos antidiabéticos, polifarmacia y condiciones especiales (PCC, MACA). Se realizará un análisis descriptivo y comparativo por subgrupos clínicos relevantes.

Resultados: Se estima una cohorte representativa de personas con DM2 de edad muy avanzada. Se espera una alta prevalencia de comorbilidad, polifarmacia, deterioro funcional y cognitivo. Una proporción significativa podría estar recibiendo tratamientos hipoglucemiantes potencialmente intensivos, incluso en contextos de fragilidad clínica. El análisis en curso permitirá identificar perfiles clínicos diferenciados y evaluar la adecuación del tratamiento antidiabético según el estado funcional y cognitivo.

Conclusiones: DICAT85 proporcionará una caracterización poblacional única del manejo actual de la DM2 en personas mayores de 85 años. Los resultados contribuirán a individualizar objetivos terapéuticos, promover la desprescripción cuando sea necesario y optimizar la atención desde la atención primaria.

P-034. ADAPTING EVIDENCE-BASED DIABETES PREVENTION FOR THE SPANISH CONTEXT: ES-DPP

Ivonne Carolina Hernández Bermúdez^{a,b}, Miquel Colom Rossello^{a,c}, Miquel Bennasar Venny^{a,b,c}, Aina Maria Yañez Juan^{a,b,c}, Sofía Montemayor Frías^a, Laura Natalia Roza Amengual^{a,b} and Manuela Abbate^{a,b,c}

^aResearch Group Global Health, University of the Balearic Islands, Palma, Spain. ^bNursing and Physiotherapy Department, University of the Balearic Islands, Palma, Spain. ^cResearch Group On Nursing, Community and Global Health, Health Research Institute of the Balearic Islands, Palma, Spain.

Introduction: Spain is one of the European countries with the highest prevalence of type 2 diabetes (T2D). Given their accessibility to the community, Primary Care Centers (PCCs) provide an ideal setting

for the implementation of lifestyle modification programs for T2D prevention. The PreventT2 curriculum within the U.S. National Diabetes Prevention Program is one of the most effective evidence-based interventions (EBIs) for preventing T2D through structured lifestyle change. However, direct implementation in Spain is limited by contextual, cultural, and organizational differences. This study applied the Intervention Mapping-Adapt (IM-ADAPT) framework to culturally and contextually adapt PreventT2 for use in Spanish Primary Care.

Methods: This work forms part of the ALADIM hybrid type II trial. Following IM-ADAPT Steps 1, 3, and 4, we: (i) conducted a needs and assets assessment of the new at-risk population and settings; (ii) developed the logic model of the problem and logic model of change; (iii) mapped PreventT2 using EBI Mapping to identify core components; (iv) compared the logic model of PreventT2 with the local logic model of change to assess fit; (v) planned, pretested, and produced the adaptations, which were documented using the FRAME model.

Results: Findings revealed determinants at personal, interpersonal and organizational levels influencing diabetes risk (such as low self-efficacy and limited knowledge), and substantial organizational constraints in PCCs. Fit assessment showed strong alignment in behavioral targets and change methods but poor alignment in delivery and environmental agents. Major adaptations included: reducing the program duration from 12 to 9 months; incorporating asset-mapping for diet and physical activity; integrating family- and friend-based support activities; cultural and linguistic adaptation of all materials; updating dietary guidance to Spanish national recommendations; redesigning visuals to reflect the local population; and substituting lifestyle coaches with trained PCC healthcare professionals. The resulting intervention, PreveniDOS, preserves core the EBI components while improving cultural relevance and feasibility in Spanish PCCs.

Conclusions: IM-ADAPT provided a rigorous method for balancing fidelity and contextual fit. PreveniDOS will undergo pilot testing to evaluate preliminary effectiveness and key implementation outcomes before being evaluated in the full cluster randomized trial.

P-035. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2. ESTUDIO DI@BET.ES

Sara García Serrano^{a,b}, Mariluz López Herrera^c, Predoctoral Wasima Oualla Bachiri^{a,b,c}, Maria Soledad Ruiz de Adana^{a,b}, Ana Lago-Sampedro^{a,b}, Flores Martín Reyes^a y Eva García Escobar^{a,b}

^aUGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga, IBIMA-Plataforma Bionand, Málaga, España. ^bCiber de Diabetes y enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Málaga, España. ^cUniversidad de Málaga, Málaga, España.

Introducción: La evidencia indica que las personas con diabetes tipo 2 tienden a mostrar una mayor adherencia al tratamiento farmacológico que a las modificaciones del estilo de vida, como la dieta o la actividad física o abandono del tabaco. No obstante, los resultados difieren entre estudios, y los factores que determinan la falta de adherencia a los distintos componentes del tratamiento continúan siendo poco conocidos.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento y a las recomendaciones de hábitos de vida en sujetos con diabetes tipo 2 pertenecientes a una subcohorte del estudio poblacional español di@bet.es.

Material y métodos: Se realizó un análisis secundario de datos de la fase transversal del estudio di@bet.es, estudio basado en un muestreo aleatorio por conglomerados de la población general española (n = 5.050). Se recogieron variables mediante encuesta estructurada de datos clínicos y demográficos, cuestionarios sobre nutrición y ejercicio, exploración física (peso, talla, IMC) y sobrecarga oral de glucosa (75 g) en individuos sin diagnóstico previo. Los participantes

se clasificaron en cuatro grupos: normoglucemia (NG, n = 3.745), prediabetes (PD, n = 583), diabetes no conocida (DMnc, n = 244) y diabetes conocida (DMc, n = 478) según criterios OMS. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante χ^2 y ANOVA. En los sujetos con diabetes se exploraron los factores asociados a la adherencia terapéutica y recomendaciones mediante regresión logística.

Resultados: Las personas con DMc fueron de mayor edad, predominantemente varones, y presentaron un IMC más elevado que los grupos restantes, diferenciándose de DMnc en la edad ($62,6 \pm 13,5$ años en DMnc vs. $65,5 \pm 11,5$ años en DMc). La adherencia al tratamiento farmacológico fue elevada para la diabetes (98,7%), pero menor para la hipertensión arterial (57,9%) y la dislipemia (61%), observándose diferencias significativas entre DMc y DMnc en este último tratamiento (39,5% en DMnc vs. 61,0% en DMc). No se hallaron diferencias relevantes en el tabaquismo ni en los hábitos dietéticos, salvo un menor consumo de dulces, mayor uso de edulcorantes y menor tendencia al picoteo en el grupo DMc. La práctica de ejercicio en el tiempo libre fue menos frecuente en DMc que en el resto de los grupos, aunque sin diferencias frente a DMnc ($1,5 \pm 1,2$ h/semana vs. $1,7 \pm 0,2$ h/semana; ns). Los análisis de regresión logística múltiple mostraron que el diagnóstico previo de DM se asocia únicamente con diferencias en el comportamiento relacionado con el consumo de dulces, el uso de edulcorantes, el picoteo y la adherencia al tratamiento hipolipemiente.

Conclusiones: Las personas con diabetes presentan una adherencia subóptima a las recomendaciones terapéuticas, dado que el diagnóstico no se asocia a diferencias relevantes en los hábitos de vida en comparación con grupos poblacionales similares que desconocen padecer la enfermedad.

P-036. EVOLUCIÓN DEL CONTROL Y PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LA DIABETES EN EL PERIODO 2022-2024 EN NAVARRA

Ángela Alonso Echarte, Javier Aguirre Castiella, Sofía Baniandres Eizaguirre, Jon Yoldi Urdirroz, Marta García Mouriz, Francisco Javier Basterra Gortari y María José Goñi Iriarte

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus (DM) representa una de las enfermedades crónicas que más ha incrementado su prevalencia en los últimos años. Además del control glucémico, el control de los principales factores de riesgo cardiovascular junto con el diagnóstico de las principales complicaciones supone un reto en la práctica clínica. El objetivo es describir la prevalencia de DM en la población navarra adulta, su asociación con la obesidad, así como conocer el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular, la prevalencia de complicaciones, y su variación en los últimos años (2024 vs. 2022).

Material y métodos: Estudio descriptivo de la muestra recogida en la base de datos "Atlas para monitorización de los cuidados en diabetes" que incluye a la población navarra, con DM, de edad igual o superior a 40 años con tarjeta sanitaria activa el 31 de diciembre de 2022. Se excluyen los casos de diabetes gestacional. Los datos provienen de los sistemas de información de atención primaria y del Conjunto Mínimo de Datos Básicos.

Resultados: Las personas con DM con edad igual o mayor a 40 años en 2024 en Navarra se sitúan en 40.388 personas, lo que supone un 10,1% de la población, siendo 57,7% hombres y 42,3% mujeres. Esto supone una prevalencia idéntica a la registrada en 2022. La prevalencia de obesidad en las personas con diabetes ha disminuido de un 26,7% en 2022 a un 25,9% en 2024. La monitorización del grado de control y los principales factores de riesgo cardiovascular se ha revalorizado con mayor frecuencia en el año 2024 frente a 2022: HbA_{1c} (78

vs. 75,1%), LDL-col (74,1 vs. 70,9%), TA (64 vs. 59,2%). Por otra parte, el estudio de complicaciones también ha incrementado: albuminuria (71,7 vs. 66,7%), exploración del pie diabético (33,9 vs. 27,2%) y del fondo de ojo (47,4 vs. 39,7%). En cuanto al control de estos factores, los pacientes con HbA_{1c} < 7% (48,6 vs. 47,8%), TA \leq 140/80 29,7 vs. 27,6%), LDL < 100 mg/dl (52,5 vs. 41%) y albuminuria < 30 mg/día (59,5 vs. 54,2%) han aumentado en 2024 con respecto a 2022. Finalmente, la prevalencia de las complicaciones (expresada por 1.000 personas con diabetes) ha disminuido respecto a 2022: tasas de ingreso por complicaciones agudas (1,2 vs. 1,9), ICC (1,8 vs. 3,8), amputaciones (1,3 vs. 2,6), IAM (2,7 vs. 3,8) y ACV (3,2 vs. 6,2). La tasa de retinopatía/ceguera se mantiene idéntica respecto a 2022 (130,8).

Conclusiones: La prevalencia de diabetes en personas adultas en Navarra se ha mantenido estable en los últimos 3 años. Aunque se objetiva una mejoría en la monitorización de los cuidados, las cifras objetivadas indican la necesidad de una optimización de los controles médicos y de los tratamientos prescritos.

P-037. ALTERACIONES MORFOFUNCIONALES AL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES AUTOINMUNE LATENTE DEL ADULTO: EVOLUCIÓN TRAS LA INSULINOTERAPIA Y MEJORÍA DEL CONTROL GLUCOMETABÓLICO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Pedro Luis Talledo Madrid, Gabriela Inés Simbaña Aragón, Alicia Pelayo García, María Fernanda Peñaherrera Aguilar, María Isabel Álvarez Schettini, Valeria Alcántara Aragón y Coral Montalbán Carrasco

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Objetivos: La diabetes mellitus es una enfermedad heterogénea cuya etiopatogenia y fenotipo condicionan su impacto sobre el estado nutricional y la composición corporal. Aunque existen estudios sobre composición corporal y masa muscular en la diabetes mellitus autoinmune, no hay datos que integren una valoración morfofuncional completa que incluya la ecografía nutricional. El objetivo es describir la evolución morfofuncional tras el diagnóstico y tratamiento de una diabetes latente autoinmune del adulto (LADA).

Material y métodos: Se presenta a una mujer de 40 años, inicialmente diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2, que se incorpora a un programa de intervención sobre el estilo de vida. En la valoración inicial se reorienta el diagnóstico de diabetes tipo LADA. Se realizó una valoración morfofuncional al diagnóstico y en el seguimiento a las 6 y 12 semanas tras la instauración de tratamiento insulínico. La evaluación incluyó ecografía nutricional, bioimpedancia vectorial, dinamometría de fuerza muscular y monitorización continua de glucosa como apoyo al ajuste dietético y terapéutico.

Resultados: En la bioimpedancia se observó una mejoría del ángulo de fase de $4,2^\circ/-3,13$ a $4,99^\circ/-0,2$ (valor absoluto/estandarizado) y de la masa celular corporal de 21 kg a 35 kg. La ecografía nutricional mostró un incremento del área muscular del recto anterior de $2,6 \text{ cm}^2$ a $4,03 \text{ cm}^2$ y del eje Y de $7,95 \text{ cm}$ a $14,87 \text{ cm}$. En la dinamometría se objetivó un aumento de la fuerza muscular de 26/23 kg a 30/28,7 kg (máxima/media). Estos cambios se asociaron a una mejoría del control glucémico, con aumento del tiempo en rango del 40% al 93% y descenso del GMI del 8,4% al 6,5%. La paciente no presentó dinapenia, pero sí criterios de miopenia, atribuible principalmente a la insulinopenia y probablemente agravada por el tratamiento previo con inhibidores de SGLT2 y la hiperglucemia sostenida.

Conclusiones: La valoración morfofuncional es una herramienta de gran utilidad en la diabetes mellitus para caracterizar el fenotipo del paciente, optimizar el abordaje terapéutico de forma individualizada y evaluar el estado nutricional. Además, puede contribuir a mejorar la comprensión del tratamiento y la adherencia del paciente.

P-038. RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROGRAMA DE CRIBADO EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE DIABÉTICOS TIPO 1 DEL CHUNSC (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

Laura Mora Martín, Bruno Francisco García Bray, Ignacio Llorente Gómez, Benigno Rivero Melián, Susana Martínez González, María Arbelo Rodríguez y Encarnación Cebrián Cuevas

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad con gran impacto en la calidad de vida. Su diagnóstico temprano mediante un cribado apropiado conlleva la posibilidad de una correcta educación diabetológica, reduciendo el riesgo de cetoacidosis al debut y de deterioro metabólico. Iniciamos un programa de cribado y analizamos la aceptación del mismo así como la tasa de resultados positivos.

Material y métodos: Los servicios de Pediatría y Endocrinología del HUNSC han puesto en marcha un programa de screening a familiares de primer grado entre 6 y 45 años de pacientes con DM1. Se realiza la medición, previa explicación del proceso, de los 4 anticuerpos implicados en la etiología de la DM1. Todo resultado positivo se confirma mediante otra técnica diferente. Si se corrobora la positividad se proporciona a cada paciente un seguimiento acorde al riesgo individual. Se recoge en todos ellos la presencia o no de otras enfermedades autoinmunes.

Resultados: Se han entregado 434 propuestas de cribado. Obtuvimos respuesta en 152 casos (35%), aceptando el cribado 90 de ellas (59,2%). Ya se ha realizado la determinación de anticuerpos en 46 (51%), siendo 39,1% hombres y 60,9% mujeres. 4 pacientes presentan positividad de 1 anticuerpo y 2 pacientes de 2 anticuerpos. Esto corresponde con un 8,69% de positividad para 1 anticuerpo y 4,34% para más de uno. De entre estos pacientes, solo uno de ellos padece de enfermedades autoinmunes concomitantes, en este caso, vitiligo, hipotiroidismo autoinmune y gastritis crónica autoinmune.

Conclusiones: Hemos obtenido una baja respuesta a la oferta de realización de cribado de la DM1, probablemente debido a que el método de captación presenta limitaciones: falta de comunicación entre familiares, retrasos en la realización de la analítica y comprobación de resultados. Al margen de lo anterior, observamos una tasa de positivos más elevada de la esperada, siempre teniendo en cuenta que el tamaño muestral todavía es bajo. Debemos realizar modificaciones para optimizar el mecanismo de cribado, ya que consideramos que es una herramienta útil para mejorar el manejo precoz de la DM1.

P-039. CARACTERIZACIÓN CORPORAL Y METABÓLICA EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DEL METABOLISMO HIDROCARBONADO

Javier Concha Lahsen^a, Estefanía Chumbiauca Vela^a, Cindy Suazo Agurcia^b, Lucía O'Connor Ramiro^a, María Elena Martínez Segura^a, Javier Escalada San Martín^a y Carolina Perdomo Zelaya^a

^aDepartamento de Endocrinología Clínica, Universidad de Navarra, Pamplona, España. ^bPerdomo Suazo Consultores, Pamplona, España.

Objetivos: Comparar las características demográficas, metabólicas y de composición corporal entre pacientes con y sin alteración del metabolismo hidrocarbonado (que incluye prediabetes y diabetes mellitus).

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal comparativo en 175 pacientes atendidos en la consulta de Endocrinología de la Clínica Universidad de Navarra, divididos en dos grupos: normoglucémicos (n = 67) y con prediabetes o diabetes tipo 2 (n = 108). Se analizaron variables antropométricas (Peso, talla, perímetros: cuello, abdominal, cadera) de composición corporal (bioimpedancia

[BIA], ecografía nutricional, clínicas (comorbilidades), grasa y rigidez hepática (mediante *coefficient attenuated parameter* [CAP] y kPa a través de FibroScan®), bioquímicas (incluyendo los marcadores séricos de fibrosis: NAFLD Fibrosis Score [NFS], FIB-4 Score, Hepamet Fibrosis Score [HFS]) y el riesgo cardiovascular (mediante SCORE 2 y SCORE-Diabetes, respectivamente)

Resultados: El grupo con alteración del metabolismo hidrocarbonado (AMH) presentó mayor edad (53,05 ± 11,25 vs. 43,90 ± 12,43 años; p < 0,001). Los pacientes con AMH tenían mayor adiposidad central: mayor perímetro abdominal (109,47 ± 12,35 vs. 104,07 ± 10,67 cm; p = 0,004), mayor circunferencia de cuello (39,52 ± 5,41 vs. 37,21 ± 3,68 cm; p = 0,003) y mayor índice cintura-cadera (0,938 ± 0,086 vs. 0,891 ± 0,071; p < 0,001). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las siguientes variables: tejido adiposo subcutáneo (TAS) máximo, tejido adiposo preperitoneal (TAPP) máximo, grasa corporal mediante BIA, grasa visceral mediante BIA. Los pacientes con AMH presentaron mayor CAP (265,32 ± 48,43 vs. 247,45 ± 48,33; p < 0,019). Los scores de fibrosis hepática (NFS, FIB-4 y HFS) también fueron significativamente peores (p < 0,05). No se encontró una mayor rigidez hepática. La prevalencia de comorbilidades fue significativamente más alta en el grupo con AMH, destacando dislipemia (57,4 vs. 23,9%; p < 0,001), hipertensión arterial (HTA) (47,2 vs. 31,3%; p = 0,038), síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) (13,9 vs. 4,5%; p = 0,046) y la presencia de más de 3 criterios de síndrome metabólico (SM) (65,7 vs. 13,4%; p < 0,001). Los pacientes con AMH tenían mayor riesgo cardiovascular a 10 años (4,4% ± 3,4 vs. 2,5% ± 1,8).

Conclusiones: La AMH permite identificar un fenotipo de pacientes con alto riesgo cardiometabólico. La adiposidad central y su severidad (valorada mediante perímetro abdominal, perímetro de cuello, CAP, marcadores séricos de fibrosis), así como la presencia de comorbilidades metabólicas, son los componentes más importantes en su fisiopatología.

P-040. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR DE PACIENTES CON DIABETES MONOGENICA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA TRATADOS MEDIANTE TRASPLANTE SIMULTÁNEO PÁNCREAS-RIÑÓN

Mariana Jesús Gomes Porras^a, Virginia Morillas Jiménez^b, Carmen Bautista Recio^c, Verónica López Jiménez^d, Elena Gutiérrez Vilchez^d, Jose Antonio Perez Daga^e y María Soledad Ruiz de Adana Navas^f

^aEndocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IIBIMA), Plataforma BIONAND, Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM) grupo CB07/08/0019, Programa de doctorado en biomedicina, investigación traslacional y nuevas tecnologías en salud de la Universidad de Málaga, Málaga, España. ^bEndocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga, Programa de doctorado en biomedicina, investigación traslacional y nuevas tecnologías en salud de la Universidad de Málaga, Málaga, España. ^cEndocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España. ^dNefrología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España. ^eCirugía General y Digestiva, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España. ^fEndocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IIBIMA), Plataforma BIONAND, Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM) grupo CB07/08/0019, Málaga, España.

Objetivos: Caracterizar clínica y molecularmente una cohorte de pacientes con diabetes monogénica (DMO) y enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) tratados mediante trasplante simultáneo

páncreas-riñón (TSP-R) en un centro de referencia nacional (CSUR TPR) del Hospital Regional Universitario de Málaga.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal que incluyó 8 pacientes con DMo y ERCA sometidos a TSP-R. Todos los pacientes recibieron seguimiento endocrinológico (consulta monográfica de Diabetes genética y Trasplante) y nefrológico antes y después del trasplante.

Resultados: De los 259 TSP-R realizados desde el año 1992 en pacientes con DM, 9 correspondieron a individuos con DMo (3,5%), incluido 1 trasplante pancreático. 62,5% (n = 5) fueron hombres, con una edad media de 44,6 ± 6,4 años al momento del trasplante. 75% (n = 6) fueron remitidos desde unidades de diálisis y dos estaban en seguimiento endocrinológico previo. 7 pacientes debutaron con diabetes MODY a una edad mediana de 16 años (7-28). Los subtipos MODY identificados fueron MODY-HNF1A (n = 4), MODY-HNF4A (n = 1) y dos casos bigénicos (MODY-GCK+HNF1A y MODY-HNF4A+HNF1A). Un paciente presentó diabetes mitocondrial (Dmt) con inicio a los 50 años. La duración de la diabetes antes del TSP-R fue de 30,5 años (22-39,5) con un retraso del diagnóstico genético de 27 años (15,5-34). Todos presentaban complicaciones crónicas microvasculares y 62,5% macrovasculares, especialmente enfermedad arterial periférica y cardiopatía isquémica. Solo el paciente con Dmt (12,5%) estaba en fase de prediálisis al momento del TSP-R. La supervivencia del injerto renal fue del 87,5%, lográndose normalización de la función renal. Los injertos pancreáticos fueron funcionales en el 55,5% de los casos (cuatro tras el trasplante inicial y uno tras trasplante al año siguiente). Tras una mediana de seguimiento de 6 años (2-9), el 80% (n = 4) desarrolló obesidad con una ganancia de 14 kg (6-26); dos de estos pacientes mantuvieron normoglicemia con arGLP-1, mientras que los otros dos evolucionaron nuevamente hacia DM insulino dependiente. El paciente con Dmt mantuvo su peso habitual y normoglicemia. Se registraron complicaciones quirúrgicas pancreáticas tempranas en el 44,4% de los procedimientos, principalmente trombosis portocava (n = 3, 75%), además uno de estos pacientes asoció trombosis renal y falleció por un fallo multiorgánico en el posoperatorio inmediato, y necrosis peripancreática secundaria a fístula pancreática (n = 1, 25%). Se registró un segundo fallecimiento, 6 años después del TSP-R exitoso, debido a shock hipovolémico secundario a hemorragia digestiva baja.

Conclusiones: El TSP-R puede constituir una estrategia terapéutica eficaz en perfiles seleccionados de pacientes con DMo, especialmente en aquellos evaluados endocrinológicamente antes de alcanzar la fase de diálisis. La alta tasa de complicaciones perioperatorias refleja el impacto de una diabetes de larga evolución no diagnosticada ni tratada adecuadamente. Un seguimiento endocrino-nefrológico estrecho antes y después del TSP-R resulta esencial para optimizar los resultados metabólicos y de supervivencia de injertos y pacientes.

P-041. PREVALENCIA, GRADO DE CONTROL GLUCÉMICO Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES Y SÍNDROME CARDIORRENAL METABÓLICO EN ESPAÑA

Domingo Orozco-Beltran^a, Fernando Álvarez Guisasola^b, Sara Artola Menéndez^c, Manel Mata Cases^d, Ana M. Cebrian Cuenca y Antonio Pérez Pérez^f

^aUniversidad Miguel Hernández, Elche, España. ^bCentro de Salud Ribera del Órbigo, Benavides de Órbigo, España. ^cCentro de Salud José Marvá, Fundación RedGDPs, Madrid, España. ^dDAP-Cat group, Unitat de Suport a la Recerca Barcelona, Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, España. ^eCentro de Salud de Cartagena Casco, Grupo de Investigación en Atención Primaria, Instituto de Investigación Biomédica de Murcia, Cartagena, España. ^fServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universidad Autónoma de Barcelona, CIBERDEM, Barcelona, España.

Introducción: El síndrome cardiovascular-renal-metabólico (CRM) se define por la Asociación Americana del Corazón (AHA) como «un trastorno sistémico caracterizado por interacciones fisiopatológicas entre factores de riesgo metabólicos, enfermedad renal crónica (ERC) y el sistema cardiovascular que conduce a una disfunción multior-gánica y a una alta tasa de resultados cardiovasculares adversos». Debido al creciente reconocimiento del síndrome CRM, los fármacos antidiabéticos con beneficios cardiorrenales (iSGLT2, arGLP1) se consideran la terapia de primera línea.

Material y métodos: Estudio observacional multicéntrico basado en la revisión aleatoria de historias clínicas electrónicas de 5009 pacientes con DM2, procedentes de 70 centros de salud en España y atendidos por 309 médicos de familia (MF). Se realizó un análisis multivariante mediante razón de prevalencias (RP) con sus IC95% para identificar las variables asociadas al uso de iSGLT2 o arGLP1.

Resultados: La prevalencia de afectación renal y cardiovascular en los pacientes con DM es del 12,1% (ARyCV). Un 51,6% no padece afectación renal ni cardiovascular (NoARniCV), un 21,5% presenta solo afectación renal (ARnoCV) y un 14,8% solo ECV (CVnoAR). La proporción de varones es mayor cuantas más complicaciones hay presentes, 53,9%, 51,9%; 66,6%, 64,0% (p < 0,001). La prevalencia de obesidad fue similar en los 4 grupos aunque con pequeñas diferencias significativas (NoARniCV 38,0%, ARnoCV 37,5%, CVnoAR 32,4%, ARyCV 34,7%; p = 0,03). Y el grado de control (HbA_{1c} < 7%) fue (59,7%; 52,6%; 58,1% y 55,2%; p < 0,001) y el grado de control glucémico individualizado (59,7%; 63,3%; 64,6%; 69,2%). El objetivo conjunto de HbA_{1c} < 7% más IMC < 30 Kg/m² fue de (33,0%; 29,5%; 36,3%; 32,5%; p < 0,11). El uso de iSGLT2 y/o arGLP1 fue respectivamente en cada categoría de 38,1% (NoARniCV); 44,6% (ARnoCV); 48,3 (CVnoAR); 52,0% (ARyCV) (p < 0,001). En el modelo multivariante la razón de prevalencias para el uso de iSGLT2 y/o arGLP1 fue mayor a más componentes del síndrome CRM (RP NoARniCV 1,0; ARnoCV 1,18; CVnoAR 1,12; ARyCV 1,45; p < 0,001), menor edad, sexo varón, más años de evolución de la DM, peor control glucémico, presencia de dislipemia, a mayor uso de pioglitazona y menor de idPP4.

Conclusiones: La mitad de las personas con DM padecen más de un componente del síndrome CRM. En el modelo multivariante los patrones asociados de uso de iSGLT2 y/o arGLP1 se fueron pacientes más jóvenes pero con control glucémico más años de evolución de la DM.

P-042. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES DERIVADOS A HOSPITAL DE DÍA EN EL 2025 POR HIPERGLUCEMIA EN UN HOSPITAL DE NIVEL 2

Nicolás Ascoeta Ortiz, San Duran Carbonell, Rosa Morínigo Maldonado, Pilar Canelada Orellana, Esther Batista, Denise Ayala, Lucía Choque, Eduardo González y Laura Tuneu Valls

Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España.

Introducción: La hiperglucemia es una causa frecuente de atención en los hospitales de día, tanto en pacientes con diabetes conocida como en debuts diabéticos. El análisis de sus características permite optimizar el manejo ambulatorio y la planificación asistencial.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas, etiológicas, terapéuticas y la evolución del control glucémico de los pacientes atendidos en el hospital de día por hiperglucemia durante 2025, incluyendo el subgrupo de debuts diabéticos.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó a pacientes atendidos en el hospital de día en 2025 por hiperglucemia. Se analizaron variables demográficas, antropométricas, etiológicas, tratamiento antidiabético previo y al alta, así como la evolución de la hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}). Se realizó un análisis descriptivo del subgrupo de debut diabético.

Resultados: Se analizaron 213 pacientes (51,20% hombres), con una edad media de 61,65 ± 16,25 años y un IMC medio de 27,83 ± 5,49 kg/

m². La edad media al diagnóstico de diabetes fue de 51 ± 13,52 años. El 59,42% eran caucásicos, el 29,29% latinoamericanos y el 15,46% asiáticos. El 23% presentaban anticuerpos anti-GAD positivos, el 2,87% diabetes de origen pancreático y el 1,94% diabetes postrasplante. Los meses con mayor número de descompensaciones fueron mayo, julio y marzo. La HbA_{1c} media al ingreso fue de 10,5%, reduciéndose a 7% al alta. El 37,80% recibía antidiabéticos orales y el 23,92% antidiabéticos orales más insulina basal; la mayoría fue dada de alta con pauta basal-bolo. Se identificaron 34 debuts diabéticos, con edad media de 49 ± 16,17 años; el 62% fueron DM2, el 22% DM1 y el 12,5% LADA.

Conclusiones: El hospital de día permite una mejora significativa del control glucémico y una intensificación terapéutica eficaz, siendo especialmente relevante en pacientes con debut diabético y etiologías no clásicas.

04. DIABETES Y GESTACIÓN

P-043. MANEJO EDUCATIVO DE LA DIABETES GESTACIONAL: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Marta Moro Cabrera, Blanca Isabel Delgado Gutiérrez, Miriam Alejo Ramos, Elena González Arnaiz, María D. Ballesteros Pomar, Laura Manjon Miguélez y María Anunciación Valladares Ferreras

CAULE, León, España.

Introducción: La diabetes gestacional (DG) puede ocasionar complicaciones maternas y fetales por lo que la educación diabetológica por enfermería especializada es clave para mejorar el control glucémico y prevenir estos riesgos.

Objetivos: Evaluar la eficacia de un programa de educación de enfermería especializada en el manejo de la diabetes gestacional, considerando variables clínicas y sociodemográficas como edad materna, peso e índice de masa corporal (IMC), semanas de gestación al inicio de la intervención.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en mujeres con DG diagnosticada por método de 2 pasos (Carpenter y Coustan), y realizada educación diabetológica (consulta monográfica) impartida por enfermería especializada del servicio Endocrinología y Nutrición del Complejo Asistencial Universitario de León durante el 2024. Se recogieron variables demográficas, ponderales, analíticas, gestacionales, terapéuticas y fetales. Todas las pacientes recibieron educación diabetológica, centrada en autocontrol glucémico, dieta, actividad física y señales de alarma. Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante SPSS®.

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes. El 49,1% tenía antecedentes familiares de diabetes, el 12,7% habían tenido DG previamente. El 80% de embarazos fueron espontáneos y el resto

reproducción asistida (11,8% mediante fecundación *in vitro*). El 60,9% presentaron SOG patológica y el 21,8% no concluyente. El 21,8% (n = 24) precisaron tratamiento insulínico durante la gestación. El 78,3% fueron partos vaginales (38,2% espontáneos 29,1% precisaron inducción, 5,5% instrumentación), el 22,7% fueron cesáreas. El resto de las variables cuantitativas aparecen reflejadas en la tabla.

Conclusiones: Las gestantes de nuestra muestra mostraron una edad media avanzada y un IMC elevado, ambos factores de riesgo relevantes en la DG. La educación diabetológica se impartió en un momento cercano al diagnóstico, lo que refleja una adecuada coordinación asistencial. Casi una de cada cuatro pacientes requirió insulino terapia, lo que subraya la importancia de la detección y educación temprana para optimizar el control metabólico. En conjunto, el estudio confirma que la educación diabetológica especializada constituye un pilar esencial en el manejo integral de la DG.

Variables cuantitativas

Variabes	Media	DE
Edad (años)	34,98	5,61
Peso (Kg)	79,03	17,61
IMC (Kg/m ²)	29,73	6,19
SG al diagnóstico (semana)	26,70	7,80
SG a la educación diabetológica (semana)	27,06	7,74
Glucemia en ayunas (mg/dl)	88,44	12,53
HbA _{1c} (%)	5,57	0,49
Peso RN (gramos)	3135,74	550,59
SG al parto (semana)	38,48	2,22

SG: semana gestacional; RN: recién nacido.

P-044. DIABETES GESTACIONAL: BRECHA CRÍTICA EN EL SEGUIMIENTO POSPARTO Y RIESGO METABÓLICO RESIDUAL

Ignacio García Herrero^a, María Dolores García García^b, Lucía Soledad Jiménez Sidrach de Cardona^d, Jorge Moreno Fernández^b, María Dolores Carrillo García^a, María Xania de Casas Fernández^a y Elena López Garre^a

^aEAP San Antón, Cartagena, España. ^bEAP Orihuela Costa, La Zenia, Orihuela, España. ^cHospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España. ^dFacultad de Enfermería Sede Cartagena, Cartagena, España.

Introducción: El historial de DG impone un riesgo significativo y a largo plazo de desarrollar DM2. El seguimiento estricto mediante SOG o HbA_{1c} es la principal estrategia de prevención.

Tabla P-044

Aspecto	Descripción	Fuente del dato
Diseño	Descriptivo, observacional, de casos-control, cuasiexperimental	
Población	Pacientes con diagnóstico de DG, de nuestro EAP	
Muestra (n)		96 pacientes (tras exclusiones por cambio de centro/ausencia de historia)
Criterio de búsqueda	(type 2 diabetes) AND (gestational diabetes) AND (monitoring), ≤ 10 años de antigüedad.	
Artículos revisados	3 artículos (metanálisis/revisiones sistemáticas)	

Objetivos: Objetivo primario: evaluar la adherencia a las guías de monitoreo posparto (SOG y HbA_{1c}) en mujeres con DG. Objetivo secundario: determinar el estado metabólico residual (prediabetes/DM2) en la población estudiada.

Material y métodos: Se presentan en la tabla.

Resultados: A. Reclasificación con sobrecarga oral de glucosa (SOG). La SOG posparto es esencial para la reclasificación, pero el cumplimiento fue muy bajo: sin SOG: 58,33% de las madres no tuvieron reclasificación con SOG. SOG oportuna: Solo el 22,9% se realizó antes de los 100 días posparto (plazo adecuado). SOG tardía: Un 17,71% se realizó después del plazo óptimo de 100 días. Diagnóstico de diabetes: de las 9 madres con diagnóstico posterior de DM2, solo el 44,45% tuvo una SOG en el tiempo adecuado. B. Seguimiento con hemoglobina glicada (HbA_{1c}). El uso de HbA_{1c} en el primer año posparto para fines diagnósticos también fue deficiente: sin HbA_{1c} oportuna: 76,04% de las madres no se realizaron HbA_{1c} o se realizó tardíamente (después de 365 días). HbA_{1c} oportuna: solo el 23,96% se realizó dentro de los primeros 365 días. Riesgo metabólico medio: la media de HbA_{1c} en las pruebas oportunas fue de 5,75%, lo que se clasifica como un estado de prediabetes.

Conclusiones: Más de la mitad de las pacientes con DG no reciben el seguimiento metabólico posparto recomendado en las guías, lo que representa un riesgo de salud pública. La media de HbA_{1c} en el seguimiento oportuno (5,75%) evidencia que el grupo poblacional de ex-DG padece un alto grado de prediabetes y necesita intervención preventiva intensiva. Los protocolos de transición de obstetricia a atención primaria/endocrinología deben reforzarse para garantizar que se realice la SOG (6-12 semanas posparto) y el monitoreo anual posterior. Recomendar la implementación de un sistema de alerta en la historia clínica electrónica y la educación estructurada posparto para incrementar la tasa de cumplimiento del SOG y reducir la progresión de prediabetes a DM2.

P-045. RELACIÓN ENTRE OBESIDAD PREGESTACIONAL Y COMPLICACIONES EN DIABETES GESTACIONAL

Franco Nicolas López López, Rocío Villar Taibo, Eva Gómez Vázquez, Ana Cantón Blanco, Everardo Josué Díaz López y Miguel Ángel Martínez Olmos

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Introducción y objetivos. Comparar variables materno-fetales en mujeres con diabetes gestacional (DG) según presencia de obesidad pregestacional (OBP); analizar niveles de HbA_{1c} y su relación con

macrosomía (M), y evaluar la asociación entre OBP y requerimiento de insulina (RI).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de gestantes con DG entre 2022-2023. Clasificación según OBP (IMC ≥ 30 kg/m²). Registramos variables clínicas y bioquímicas al diagnóstico.

Resultados: 300 mujeres. La tabla resume las características clínicas, bioquímicas y complicaciones. La curva ROC para HbA_{1c} como predictor de M mostró un AUC de 0,845; punto de corte óptimo fue HbA_{1c} > 5,4% (sensibilidad 90%, especificidad 61%). La OBP se asoció con niveles más altos de HbA_{1c} (OR = 1,095, IC95%: 1,047-1,145, p < 0,001). El 54,5% de las mujeres con OBP requirieron insulina, frente al 21,5% de las no obesas (OR 4,38; p < 0,001). En el análisis multivariado, la OBP se asoció de forma independiente con M (OR 3,36; IC95%: 1,34-8,98; p = 0,01). El RI no mostró asociación significativa (OR 0,65; p = 0,38).

Conclusiones: La OBP se relacionó con mayor RI, valores más altos de HbA_{1c} y mayor frecuencia de M. La OBP también adelantó el momento del diagnóstico de DG. Una HbA_{1c} > 5,4% mostró buena capacidad discriminativa para M. La OBP se mantuvo como factor independiente, destacando la necesidad de control metabólico estricto y seguimiento individualizado.

P-046. IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON BOMBA DE INSULINA FRENTE A PAUTA BASAL/BOLOS SOBRE EL CONTROL GLUCÉMICO Y LOS RESULTADOS PERINATALES EN GESTANTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1: COHORTE DE VIDA REAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Gabriela Inés Simbaña Aragón, Carlos Latorre Mesa, María Pie León, Lourdes Aizpeolea San Miguel, Ricardo Batanero Maguregui, Pedro Talledo y Rocío Michelena Fernández

Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Introducción: Las gestantes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) presentan un riesgo elevado de complicaciones maternas y neonatales, incluso en unidades especializadas. El uso de tecnologías como la monitorización continua de glucosa (MCG) y las bombas de insulina (CSII) podría optimizar el control glucémico durante la gestación, pero la evidencia comparativa frente a múltiples dosis de insulina (MDI) en condiciones de práctica clínica real es limitada.

Objetivos: Comparar el control glucémico basado en métricas de MCG y los resultados perinatales en gestantes con DM1 tratadas con bomba de insulina frente a pauta basal/bolos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de gestantes con DM1 atendidas en la consulta gestacional y diabetes entre

Tabla P-045

	Sin OBP (177) 59%	Con OBP (123) 41%	
Edad	36 (19-46) RIC 8	36 (25-45) RIC 9	p = 0,741
IMC pregestacional	24,70 (15,90-29,80) RIC 4,8	33,6 (30-66,2) RIC 5	p < 0,001
IMC al diagnóstico	27,1 (17,30-36,10) RIC 4,5	34 (28,60-64,50) RIC 4,25	p < 0,001
Antecedente de prediabetes	5,6% (10)	22% (27)	p < 0,001
Semana de diagnóstico DG	25 (6-37,40) RIC 5,6	22 (5-35,4) RIC 16,35	p < 0,001
RI	21,5% (38)	54,5% (67)	p < 0,001
HbA _{1c} (%)	5,1 (4,2-6,2) RIC 0,4	5,3 (3,4-6,3) RIC 0,5	p < 0,001
Preeclampsia	2,3% (4)	6,5% (8)	p = 0,077
Macrosomía	4,5% (8)	12,2% (15)	p = 0,025
Prematuridad	6,2% (11)	9,7% (12)	p = 0,361
Bajo peso al nacer	7,3% (13)	5,7% (7)	p = 0,741

el 2023 y 2025. Se incluyeron 20 gestaciones: 13 tratadas con CSII (12 Ypsomed y 1 Medtronic) y 7 con MDI. Se recopiló edad, IMC, HbA_{1c} y métricas de MCG por trimestre (TIR 63-140 mg/dL, TAR, TBR, glucosa media, coeficiente de variación), así como dosis total de insulina. Los desenlaces obstétrico y neonatales incluyeron macrosomía (GEG), pequeño para edad gestacional (PEG), tipo de parto, complicaciones del embarazo y complicaciones posparto y neonatales. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante pruebas de Mann-Whitney y test exacto de Fisher ($p < 0,05$).

Resultados: Las mujeres en CSII eran ligeramente mayores ($35,1 \pm 6,5$ vs. $31,4 \pm 5,3$ años), con IMC similar ($24,9 \pm 3,1$ vs. $24,6 \pm 2,4$ kg/m²). La HbA_{1c} fue consistentemente inferior en el grupo CSII, con una HbA_{1c} en el tercer trimestre de $6,23 \pm 0,41\%$ frente a $6,85 \pm 0,66\%$ en MDI ($p = 0,10$), y una mayor proporción de mujeres en objetivo $< 6,5\%$ ($61,5$ vs. $14,3\%$). El TIR en tercer trimestre fue alto en ambos grupos ($72,1 \pm 15,6\%$ en CSII vs. $81,1 \pm 13,0\%$ en MDI; $p = 0,19$), con tendencia a menor tiempo en hipoglucemia en CSII (TBR $3,8 \pm 3,1$ vs. $5,3 \pm 1,9\%$). La frecuencia de GEG fue elevada y comparable ($45,5\%$ en CSII vs. $57,1\%$ en MDI). Sin embargo, las complicaciones del embarazo fueron significativamente menos frecuentes en el grupo CSII ($38-45\%$ frente a 100% en MDI; $p 0,038$), y las complicaciones posparto y neonatales se observaron exclusivamente en el grupo MDI (0 vs. $71,4\%$; $p 0,003$).

Conclusiones: En esta cohorte de vida real, el tratamiento con bomba de insulina durante la gestación en mujeres con DM1 se asocia a un mejor perfil de HbA_{1c} y, de forma destacada, a una reducción significativa de las complicaciones obstétricas y neonatales frente a la pauta basal-bolos, pese a lograr TIR de embarazo elevados en ambos grupos. Estos hallazgos apoyan la integración preferente de la CSII en las unidades de diabetes y embarazo, y subrayan la necesidad de estudios multicéntricos que confirmen estos resultados.

P-047. PREVALENCIA Y DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES GESTACIONAL EN UN ÁREA SANITARIA: ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DE DOS PASOS

Edelmiro Luis Menéndez Torre^{a,b,c}, Ana Victoria García Gómez^b, Eduardo Iglesias^c, Carmen Lambert Goitia^b, Lucía del Fresno^a, Yolanda Suárez^a y Jessica Ares Blanco^{a,b,c}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ^bISPA, Oviedo, España.

^cUniversidad de Oviedo, Oviedo, España.

Objetivos: Analizar la prevalencia de diabetes gestacional (DG) y el rendimiento del cribado mediante la estrategia de dos pasos en la población gestante de nuestra área sanitaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 513 gestantes consecutivas del área sanitaria de Oviedo en el año 2024. La edad media de las mujeres fue de 33,13 años ($32,70-33,56$) y el IMC de $24,65$ kg/m² ($24,24-25,06$). Se siguió el protocolo secuencial de la SED: cribado con test de O’Sullivan (50 g glucosa) en el primer trimestre a las gestantes de alto riesgo (edad

≥ 35 años, IMC ≥ 30 kg/m² o familiares de 1er grado) y en el segundo trimestre a todas las no diagnosticadas con anterioridad. Se consideró positivo una glucemia ≥ 140 mg/dL. diagnóstico con sobrecarga oral de glucosa (SOG) con 100 g, a las pacientes con cribado positivo (glucemia basal, 1 h, 2 h, 3 h). El diagnóstico se confirmó con dos o más valores alterados según criterios de Carpenter y Coustan. Con un único valor alterado se repetía la SOG.

Resultados: Prevalencia global de DG: 9,4%, (50 mujeres), de las cuales 11 (22%). A tres mujeres por DG previa se les realizó SOG directamente y todas fueron diagnosticadas de DG. (2 en el primer trimestre y 1 en el tercero). En las 510 gestantes restantes 103 presentaron O’Sullivan positivo, (20,2%). Tras SOG, fueron diagnosticadas de DG el 46,5% en el primer trimestre y el 28,9% en el segundo (tabla). A las 224 paciente con O’Sullivan normal el primer trimestre se les repitió en la semana 24 (positividad 18,75% ($42/224$), de las cuales tuvieron DG 8 (19,05%). Se realizaron en total 250 SOG, 62 mujeres necesitaron 2 (12,1%) y 11 (2,61%) necesitaron 3. De las 250 SOG, 43 (17,2%) tuvieron como resultado un único valor alterado.

Conclusiones: En una población de mujeres gestantes con una edad media mayor de 33 años, la estrategia de dos pasos reveló una prevalencia de DG del 9,4% en nuestro medio. Más de las tres cuartas partes fueron diagnosticadas antes del tercer trimestre. La incidencia de DG fue dos veces mayor en las mujeres con una prueba de cribado positiva en el primer trimestre (consideradas de alto riesgo) comparadas con aquellas con un cribado positivo en el segundo trimestre. Para establecer el diagnóstico de DG se requirió un elevado número de SOG ya que en un porcentaje elevado ofrecen resultados no diagnósticos.

P-048. IMPACTO MATERNO Y PERINATAL DE LA MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN LA DIABETES GESTACIONAL

Mariela Martínez Buezo, Gema López Gallardo, Ana Piñar Gutiérrez, San Amuedo Domínguez, Virginia Bellido Castañeda, Noelia Gros Herguido y Alfonso Soto Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Objetivos: Evaluar el impacto de la monitorización flash de glucosa (MFG) en gestantes con diabetes gestacional (DG), comparando el control glucémico y los resultados maternos y perinatales frente a mujeres que realizaron seguimiento glucémico convencional.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron mujeres con DG atendidas en una unidad específica de un hospital de tercer nivel entre 2024 y 2025. Las variables cualitativas se describen como n (%) y se compararon con el test de χ^2 , las cuantitativas como P50 (P25-P75) y se compararon con test no paramétricos de comparación de medianas. Se recogieron variables demográficas y clínicas maternas, datos de control glucémico, resultados obstétricos y perinatales. Los resultados se compararon

Tabla P0-47

	Primer O’Sullivan			Diabetes gestacional				
	Neg.	Pos.		1T	2T	3T	Total	
Primer trimestre	224	58	20,57%	11	11	5	27	46,55%
Segundo trimestre	183	45	19,74%	0	8	3	11	24,44%
Total	407	103	20,20%	11	19	8	38	36,89%

entre ambos grupos mediante análisis estadístico apropiado, considerando significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes (30 por grupo). La edad mediana fue de 37 (34-40) años en el grupo con MFG y de 35 (30-37) años en el grupo control. Presentaron antecedentes de DG 6 (20%) mujeres del grupo con MFG y 10 (33,3%) del grupo control ($p = 0,243$) y antecedente de cesárea previa 4 (13,3%) y 6 (20%), respectivamente ($p = 0,488$). La ganancia ponderal fue de 8,5 (3,5-13,9) kg frente a 7,6 (2,8-13,2) kg ($p = 1$). No se observaron diferencias en HbA_{1c} en el segundo (5,3 vs. 5,6%; $p = 0,074$) ni en el tercer trimestre (5,8 vs. 5,6%; $p = 1$).

Resultados			
Variable	Con MFG	Sin MFG	p
Complicaciones maternas			
Preeclampsia	6 (20%)	0	0,001
Eclampsia	1 (3,3%)	1 (3,3%)	0,321
Parto			
Parto pretérmino	3 (10%)	1 (3,3%)	0,3
Parto eutócico	13 (43,33%)	14 (46,66%)	0,815
Parto instrumental	5 (16,67%)	6 (20%)	
Cesárea programada	6 (20%)	5 (16,67%)	
Cesárea urgente	6 (20%)	5 (16,67%)	
Resultados fetales y neonatales			
Pequeño para edad gestacional	2 (6,7%)	1 (3,3%)	0,533
Peso al nacer (en g)	3.270 (2.900-3.500)	3.300 (3.020-3.720)	0,605
Polihidramnios	2 (6,7%)	3 (10%)	0,64
Hiperbilirrubinemia neonatal	22 (73,3%)	12 (40%)	0,009
Distrés respiratorio	3 (10%)	1 (3,3%)	0,301
Hipoglucemia neonatal	6 (20%)	3 (10%)	0,278
Ingreso en UCI de neonatos	3 (10%)	0 (0%)	0,076
Macrosomía	6 (20%)	7 (23%)	0,754

Conclusiones: El uso de MFG en mujeres con DG no se asoció a diferencias significativas en el control glucémico ni en la mayoría de los resultados maternos y perinatales en comparación con la monitorización convencional. Estos hallazgos sugieren que la MFG es una alternativa segura en el manejo de la DG, si bien son necesarios más estudios para confirmar su impacto clínico.

P-049. ALTERACIONES DEL METABOLISMO HIDROCARBONADO A LARGO PLAZO EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE DIABETES GESTACIONAL: ANÁLISIS DE UNA COHORTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Lucía Manzano Valero, María Amparo Marcos Martínez, María Ruíz de Ancos, Aster Adel-Gamil Eskandarous-Ghattas, Andrea Castiblanque Ortiz, Alejandro Raúl Gratacós Gómez y Julia Sastre Marcos

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España.

Introducción y objetivos: La diabetes gestacional (DG) se asocia a un aumento del riesgo de desarrollar alteraciones del metabolismo

hidrocarbonado (AMH) años después del embarazo. No obstante, existe heterogeneidad en la evolución metabólica, lo que hace necesario identificar factores que permitan una estratificación precoz del riesgo.

Objetivos: Determinar la prevalencia de AMH a los 10 años tras un episodio de DG. Analizar los factores maternos, obstétricos y metabólicos asociados. Evaluar el rendimiento predictivo de un modelo pronóstico clínico mediante análisis ROC.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en una cohorte de mujeres diagnosticadas de DG entre 2009 y 2010 en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron 464 mujeres, de las cuales 413 (89%) completaron el seguimiento a los 10 años. Se analizaron variables previas al embarazo, parámetros metabólicos durante la gestación y resultados obstétricos, así como metabólicos en el seguimiento. La variable principal fue la presencia de AMH a los 10 años, definida como prediabetes y/o diabetes mellitus. Se efectuó un análisis descriptivo, bivalente y un análisis multivariante mediante regresión logística para identificar predictores independientes. La capacidad discriminativa del modelo se evaluó mediante curva ROC.

Resultados: A los 10 años de la DG, el 24,7% de las mujeres presentó AMH (IC95%: 21,0-28,6), correspondiendo el 11,1% a prediabetes (IC95%: 8,0-13,8) y el 13,6% a diabetes mellitus (IC95%: 10,4-17,4), mayoritariamente tipo 2. Las mujeres con AMH mostraron un perfil metabólico más desfavorable; con mayor índice de masa corporal, mayor prevalencia de hipertensión arterial y dislipemia en el seguimiento ($p < 0,001$). Antes del embarazo, la obesidad y la historia familiar de diabetes se asociaron de forma significativa con la aparición de AMH. Durante la gestación, presentaron valores más elevados de glucemia basal y tras sobrecarga oral, mayores niveles de HbA_{1c} en el tercer trimestre y una mayor necesidad de tratamiento con insulina. Asimismo, se observó un mayor peso neonatal y una mayor frecuencia de macrosomía. En el análisis multivariante; la obesidad a largo plazo, la historia familiar de diabetes, la insulino-terapia y la hiperglucemia basal durante el embarazo, se identificaron como predictores independientes de AMH a los 10 años. El modelo pronóstico mostró una capacidad discriminativa buena, con un área bajo la curva ROC de 0,74 (IC95%: 0,66-0,81; $p < 0,001$).

Conclusiones: Una proporción relevante de mujeres con antecedente de DG desarrollan AMH a largo plazo. La presencia de alteraciones metabólicas ya durante la gestación permite identificar un subgrupo con mayor riesgo futuro. El modelo predictivo desarrollado presenta un rendimiento adecuado, lo que respalda su utilidad potencial para seleccionar mujeres candidatas a un seguimiento metabólico más estrecho y a intervenciones preventivas personalizadas tras el embarazo.

P-050. PERFIL CLÍNICO Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO EN GESTANTES TRATADAS COMO DIABETES GESTACIONAL SIN SOG 100 G

María Ángeles Villahoz Iglesias, Marta Camarero Erdoiza, Ainhoa Zarandona del Campo, Unai Pérez Domínguez, Urko Aguirre Larracochea, Carmen Urbano Rico y Ainara Fraile Vázquez

Hospital Universitario Galdakao Usansolo, España.

Introducción: La sobrecarga oral de glucosa de 100 gramos (SOG 100 g) es el estándar diagnóstico para la diabetes gestacional (DG). En la práctica clínica, algunas mujeres son tratadas como DG sin realizarla. Este grupo representa un colectivo heterogéneo cuyo perfil de riesgo y necesidad real de tratamiento no ha sido suficientemente estudiado.

Objetivos: Describir las características clínicas y factores de riesgo de mujeres tratadas como diabetes gestacional sin la realización previa de la SOG 100 g, así como analizar la proporción que requirió

tratamiento con insulina y los factores asociados a dicha necesidad terapéutica.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que participaron 47 mujeres embarazadas tratadas como DG entre junio 2024 y octubre 2025, para identificar factores asociados al inicio de insulina. Variables maternas: edad, procedencia, índice de masa corporal (IMC), antecedentes obstétricos y familiares con diabetes, factores de riesgo metabólicos y criterios clínicos que motivaron el diagnóstico.

Resultados: Un tercio de las participantes recibió tratamiento farmacológico. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la edad media entre mujeres tratadas y no tratadas ($p = 0,35$). La glucemia basal del test de O'Sullivan fue mayor en el grupo tratado (175,9 vs. 157,1 mg/dL), con una diferencia clínicamente relevante, aunque no significativa ($p = 0,10$). No se hallaron asociaciones significativas entre la prescripción de tratamiento y la semana de cribado ni el IMC previo, aunque las mujeres tratadas mostraron un IMC medio algo mayor y mayor proporción de obesidad. Tampoco se identificaron diferencias según antecedentes personales, familiares de diabetes o país de procedencia. La presencia de glucemias capilares elevadas tras el diagnóstico se asoció de forma muy significativa con el uso de fármacos sin diferencias según el momento de inicio del tratamiento. (66,7 vs. 3,4%; $p < 0,001$). Entre las 13 mujeres tratadas, no hubo diferencias en edad, valores de O'Sullivan ni IMC previo entre quienes iniciaron tratamiento temprano (≤ 24 semanas) o tardío (> 24 semanas). La edad gestacional en el momento de inclusión fue menor en quienes iniciaron tratamiento temprano (mediana 16 vs. 29,5 semanas; $p = 0,03$), con mayor proporción de diagnóstico en ≤ 18 semanas. No se observaron diferencias significativas en antecedentes obstétricos o familiares, aunque hubo una tendencia a mayor frecuencia de antecedentes familiares de diabetes en el grupo de inicio tardío.

Conclusiones: La indicación de tratamiento farmacológico depende principalmente del mal control glucémico, siendo este el principal criterio para intensificarlo. Los factores de riesgo previos no influyen en la indicación de tratamiento farmacológico. El inicio del tratamiento farmacológico se relaciona con el momento del diagnóstico, lo que subraya la importancia del seguimiento metabólico continuo independientemente de la edad gestacional.

P-051. DIABETES GESTACIONAL COMO MARCADOR TEMPRANO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA MUJER

Aster Adel-Gamil Eskandarous-Ghattas,
María Amparo Marco Martínez, Lucía Manzano Valero,
María Ruiz de Ancos, Andrea Castiblanque Ortiz,
Alejandro Raúl Gratacós Gómez y Julia Sastre Marcos

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España.

Introducción y objetivos: La diabetes gestacional (DG) se reconoce como un importante marcador precoz de riesgo metabólico en la mujer. Sin embargo, la magnitud y los determinantes del desarrollo posterior de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) a largo plazo no están completamente establecidos. El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de FRCV a los 10 años del parto en mujeres con antecedente de DG, e identificar los factores clínicos y metabólicos asociados al desarrollo de un perfil de alto riesgo cardiovascular.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo con análisis bivariante y multivariante en una cohorte de mujeres con antecedente de DG. Se incluyeron 464 mujeres, de las cuales 413 (89%) disponían de seguimiento a los 10 años posparto. Se analizaron variables clínicas, antropométricas y metabólicas previas al embarazo, durante la gestación y en el seguimiento. Se definió la presencia de ≥ 1 FRCV a los 10 años. Se compararon variables cuantitativas mediante pruebas de contraste y cualitativas mediante χ^2 . Se realizó

un modelo de regresión logística multivariante para identificar asociaciones independientes.

Resultados: A los 10 años posparto, el 24,7% de las mujeres presentó alteración del metabolismo hidrocarbonado (prediabetes y/o diabetes), el 18,6% hipertensión arterial, el 30,5% dislipemia y el 19,9% tabaquismo activo; la esteatosis hepática fue poco frecuente (4,6%) y los eventos cardiovasculares mayores fueron infrecuentes (1,2%). El peso medio fue de 73,7 kg y el IMC medio de 28,5 kg/m², situando a la cohorte global en rango de sobrepeso. El 48,4% presentó al menos un FRCV a los 10 años. Las mujeres con ≥ 1 FRCV mostraron IMC pregestacional y a los 10 años significativamente mayores; valores superiores de glucosa basal y poscarga durante el embarazo; HbA_{1c} más elevada en segundo, tercer trimestre y mayor peso neonatal. Asimismo, se observó asociación significativa con historia familiar de diabetes, obesidad pregestacional, síndrome de ovario poliquístico, necesidad de tratamiento con insulina y macrosomía fetal. En el análisis multivariante, la presencia de ≥ 1 FRCV se asoció de forma independiente con historia familiar de diabetes (OR 2,75. IC95%: 1,37-5,52), mayor IMC pregestacional (OR 1,08 por kg/m². IC95%: 1,01-1,16) y HbA_{1c} elevada en el tercer trimestre (OR 4,36. IC95%: 1,83-10,37).

Conclusiones: Las mujeres con antecedente de DG presentan una elevada prevalencia de FRCV a los 10 años. Un perfil metabólico desfavorable ya presente durante el embarazo identifica un fenotipo de alto riesgo metabólico, lo que refuerza la DG como una oportunidad clave para la estratificación precoz del riesgo y la implementación de estrategias preventivas personalizadas.

P-052. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN GESTANTES CON SOSPECHA DE CRECIMIENTO FETAL EXCESIVO

Lucía Fuentes Barragán, María José Amaya García,
Magdalena Martín-Javato Martín-Javato,
Sergio Garrido Domínguez, Irene Álvarez Reyes,
Ana del Valle Azogil, Rocío Jazmín Grau Figueredo,
Ana Alejandra Cordero Vaquero, Jose Antonio Lucas Gamero
y Fidel Jesús Enciso Izquierdo

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España.

Introducción: La prevalencia de diabetes gestacional (DG) en España es del 8,6%. Asocia aumento de morbilidad materno-fetal, siendo más frecuente el recién nacido grande para la edad gestacional (GEG) asociado al IMC materno elevado previo al embarazo, multiparidad, ganancia de peso gestacional y diabetes materna. Se sabe que distintos grados de hiperglucemia, aún inferiores a los umbrales diagnósticos de DG también se asocian a aumento de morbilidad.

Objetivos: Evaluar los niveles de glucosa mediante monitorización continua (MCG) en gestantes con y sin alteración de la glucemia con sospecha de GEG según la biometría de la ecografía de la semana 30 de gestación.

Material y métodos: Estudio prospectivo de gestantes del Hospital San Pedro de Alcántara que presentaban percentil ≥ 75 en la medición de la circunferencia abdominal (pCA). Se les colocaba un sensor de glucosa durante 14 días y se les entregaban recomendaciones dietéticas para reducir la carga glucémica menos intensivas que en las gestantes con DG o intolerancia a la glucosa (IG). Se analizaron variables sociodemográficas, resultados analíticos (glucemia, insulina, péptido C), valores del sensor de MCG y resultados perinatales, comparándose los resultados obtenidos en mujeres con y sin alteraciones de la glucemia.

Resultados: Se incluyeron a 38 gestantes, edad media 34,68 años (DE 5,08). Se compararon las que presentaban DG (17 casos) o IG (3 casos) frente a metabolismo hidrocarbonado normal (17 casos) y 1 caso no diagnóstico. El IMC pregestacional fue mayor en DG o IG (31,34 vs. 25,74, $p < 0,05$), aunque la ganancia de peso hasta la

semana 30 y la ganancia total fue superior en normoglucemia (4,39 VS 9,43; 6,23 VS 10,34, $p < 0,05$). Los niveles de HbA_{1c} , HOMA-IR y péptido-C fueron 5,3 vs. 5,13, 3,44 vs. 2,55, y 3,23 vs. 2,59 ($p < 0,05$) en pacientes con DG o IG vs. normoglucemia, respectivamente. En DG o IG el IMG fue de 5,64%, glucemia media de 97,37 mg/dl, tiempo > 120 mg/dl de 13,74% y tiempo > 140 mg/dl del 4,74%, frente a normoglucemia, que presentaron valores de 5,59%, 95,28 mg/dl, 9,61% y 1,78%, respectivamente. La tasa de GEG fue del 0,0% en DG o IG y de 0,0% en normoglucemia. Los resultados perinatales en DG o IG frente a normoglucemia fueron 15,8 vs. 15,8% (cesáreas), 5,3 vs. 2,6% (macrosomía), 7,9 vs. 2,6% (ingreso neonatal), 2,6 vs. 0% (hipoglucemia neonatal), 0 vs. 2,6% (distrés respiratorio) y 5,3 vs. 0% en trastornos hipertensivos del embarazo, $p > 0,05$.

Conclusiones: Las mujeres sin alteraciones de la glucemia en riesgo de GEG en la semana 30 de gestación, tuvieron mayor ganancia de peso gestacional y diferencias no significativas en parámetros de MCG frente a las que presentaban DG o IG. Tras intervención dietética y colocación de sensor en la semana 30, las complicaciones perinatales fueron similares en ambos grupos.

P-053. FACTORES DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA PREDICTORES DE FETO GRANDE PARA LA EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES CON DIABETES TIPO 2

Manuel Jesús Carmona Rico, Ana Piñar Gutiérrez, Gema López Gallardo, San Amuedo Domínguez, Noelia Gros Herguido, Virginia Bellido Castañeda y Alfonso Manuel Soto Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Objetivos: El objetivo del estudio fue evaluar qué parámetros de glucometría se asocian a un mayor riesgo de feto grande para la edad gestacional (GEG) en mujeres embarazadas con diabetes tipo 2 pregestacional (DT2P).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con DT2P atendidas en una unidad de referencia para diabetes y embarazo entre 2017 y 2025 y que portaran monitorización flash de glucosa (MFG). Se realizó una regresión logística

univariante para evaluar cada posible factor de riesgo de GEG. Las variables con $p < 0,25$ en el análisis univariante fueron incluidas en un modelo mayor de regresión logística multivariante, llevándose a cabo una reducción del modelo mediante eliminación progresiva de variables no significativas. Se realizó un ajuste del modelo final por factores de confusión e interacción.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes, con mediana de edad de 34 años [rango intercuartílico (RI) 37,75-30]. 24,4% eran fumadoras. La mediana de índice de masa corporal (IMC) antes del embarazo fue de 33,71 kg/m² (RI 40,66-30,89). Solo 8,9% de embarazos fueron programados. 11,1% de mujeres presentaron preeclampsia. El 73,3% precisaron cesárea. El 46,7% fueron GEG y se obtuvo una tasa de 2,2% de hipoglucemias neonatales y 4,4% de mortalidad perinatal. Los resultados de los análisis univariante y multivariante para los parámetros de glucometría se muestran en la tabla.

Conclusiones: La tasa de GEG en mujeres con DT2P fue del 46,7%. Se asoció como factor de riesgo independiente para GEG un mayor porcentaje de TAR nivel 1 en el segundo trimestre en un análisis multivariante de regresión logística. Se necesitan estudios sobre la asociación de parámetros glucométricos y resultados materno-fetales en este grupo de pacientes.

P-054. EFECTO DE LOS SISTEMAS DE ASA CERRADA HÍBRIDA SOBRE EL CONTROL GLUCÉMICO Y LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1: ESTUDIO PROSPECTIVO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Irea Fernández Xove^a, Everardo J. Díaz-López^a, María de las Nieves Caamaño-Lois^a, María Fernández-Argüeso^a, Olaia Díaz-Trastoy^a, Paula Andújar-Plata^a y Marcos Pazos-Couselo^b

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

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) exige un control glucémico riguroso para reducir el riesgo de complicacio-

Tabla P-053

Resultados de glucometría

Variable	Análisis univariante		Análisis multivariante	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
TIR 2T (%)	0,893 (0,818-0,976)	0,013		
TAR nivel 1 2T (%)	1,174 (1,027-1,341)	0,019	1,192 (1,004-1,414)	0,044
Gestación programada				
Abortos previos				
Cesáreas previas				
TAR total 2T (%)	1,131 (1,014-1,263)	0,028		
Glucosa promedio 2T (mg/dl)	1,091 (1,005-1,185)	0,037		
Coefficiente de variación 2T (%)	1,198 (0,979-1,466)	0,079	1,181 (0,98-1,42)	0,08
TIR 3T (%)	0,895 (0,819-0,978)	0,014		
TAR nivel 1 3T (%)	1,169 (1,035-1,320)	0,012		
TAR total 3T (%)	1,149 (1,021-1,293)	0,021		

1T: primer trimestre de embarazo; 2T: segundo trimestre de embarazo; 3T: tercer trimestre de embarazo; CV: coeficiente de variación; IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*; p: significación estadística; TAR: tiempo por encima de rango; TIR: tiempo en rango.

nes crónicas. Los sistemas de asa cerrada híbrida (SAC), que integran infusión continua de insulina y monitorización continua de glucosa (MCG) mediante algoritmos automatizados, han mostrado mejorar la HbA_{1c}, aumentar el tiempo en rango (TIR) y disminuir la carga del autocuidado. El objetivo de este estudio fue analizar el impacto clínico y en la calidad de vida del cambio de una infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) convencional a un SAC en adultos con DM1.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo y longitudinal en la Unidad de Tecnología en Diabetes del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Se incluyeron 62 adultos con DM1 tratados previamente con ISCI que iniciaron un SAC (780G, CamAPS o Control-IQ). Se recogieron variables basales y a los 6 meses: métricas de MCG, HbA_{1c}, dosis de insulina y episodios de hipoglucemia. La calidad de vida se evaluó mediante DTSQ y EuroQol (EQ-5D).

Resultados: La cohorte estuvo formada por 62 pacientes (56,5% hombres), con una edad media de 47,2 años y 27 años de evolución de DM1. Los sistemas utilizados fueron 780G (61,3%), CamAPS (17,7%) y Control-IQ (21,0%). El motivo principal para iniciar SAC fue mal control glucémico (50%), seguido de hipoglucemias (22,6%). Un 40,3% presentaba retinopatía diabética. A los 6 meses, el uso de SAC se asoció a una mejora significativa del control metabólico. La HbA_{1c} descendió de $7,83 \pm 1,14\%$ a $7,01 \pm 0,70\%$ ($p < 0,001$) y el TIR aumentó de $54,1 \pm 17,7\%$ a $72,7 \pm 9,4\%$ ($p < 0,001$). El tiempo por encima de rango (TAR1) disminuyó de $24,44 \pm 7,43\%$ a $19,64 \pm 5,72\%$ ($p = 0,031$). No se observaron cambios relevantes en el tiempo en hipoglucemia ni en la frecuencia de episodios. La glucosa media bajó de $180,4 \pm 40,6$ mg/dL a $150,1 \pm 13,0$ mg/dL ($p < 0,001$), y el GMI se redujo de $7,68 \pm 0,94$ a $6,92 \pm 0,33$ ($p < 0,001$), sin variaciones significativas en la variabilidad glucémica. Respecto a la calidad de vida, en el DTSQ tras el cambio los pacientes consideraron que los episodios de hipoglucemia inaceptablemente baja se redujeron ($2,37 \pm 1,07$ vs. $2,00 \pm 1,25$; $p = 0,004$). En el EQ-5D, el dominio de

ansiedad/depresión mejoró de forma significativa ($3,94 \pm 0,99$ a $4,11 \pm 1,08$; $p = 0,003$).

Conclusiones: El paso de ISCI a SAC se asoció a mejoras clínicamente relevantes del control glucémico, con descensos de HbA_{1c}, incremento notable del TIR y reducción de glucosa media y GMI, sin incremento de hipoglucemias. La calidad de vida mejoró de forma discreta, especialmente en la percepción de seguridad y en el bienestar emocional. Los SAC muestran un perfil de eficacia y seguridad favorable en práctica clínica real.

P-055. CAMBIOS EN LA EXPRESIÓN DE MICROARN EN DIABETES MELLITUS GESTACIONAL SEGÚN EL TIPO DE TRATAMIENTO Y SU ASOCIACIÓN CON VARIABLES MATERNAS Y NEONATALES

Andrea Fernández Valero^{a,b}, Nerea Peña Montero^a, Teresa Linares-Pineda^a, Fuensanta Lima-Rubio^a, María José Picón César^a, Sonsoles Morcillo^a y María Molina-Vega^a

^aHospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

^bHospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España.

Introducción: La fisiopatología del inicio y la progresión de la DMG aún no se comprende bien, pero se sabe que los factores genéticos y epigenéticos desempeñan un papel importante. Muchos estudios han demostrado una disregulación de los microARNs en las mujeres con DMG, y se les ha implicado en la modulación de vías metabólicas clave. En la DMG la metformina se ha mostrado como un tratamiento seguro y que tiene ciertas ventajas sobre el tratamiento con insulina.

Objetivos: Evaluar los cambios en la expresión de cinco microARNs relacionados con la función de la célula β en mujeres con DMG tratadas con metformina o insulina, comparados con gestantes sanas y analizar su posible asociación con variables metabólicas y neonatales.

Tabla P-055

Cambios intragrupo

	Basal	Preparto	p
Controles (N = 41)			
miRNA_hsa_let_7i_5p	0,09424 ± 0,3264	0,02668 ± 0,0355	0,089
miRNA_miR_29a_3p	0,01508 ± 0,01631	0,01363 ± 0,00698	0,759
miRNA_miR_125b_5p	0,00308 ± 0,00503	0,002842 ± 0,001851	0,443
miRNA_miR_375_3p	0,000686 ± 0,000764	0,0005949 ± 0,00058	0,575
miRNA_miR_335_5p	0,000262 ± 0,000223	0,0001974 ± 0,000119	0,128
Grupo insulina (N = 38)			
miRNA_hsa_let_7i_5p	0,06214516 ± 0,1936	0,01579275 ± 0,01505	0,004
miRNA_miR_29a_3p	0,04569852 ± 0,15248	0,00927599 ± 0,00769	0,005
miRNA_miR_125b_5p	0,00647348 ± 0,01929	0,00094842 ± 0,00090	0,004
miRNA_miR_375_3p	0,00292773 ± 0,00933	0,00033287 ± 0,000279	0,004
miRNA_miR_335_5p	0,00093121 ± 0,00346	0,00020620 ± 0,000241	0,005
Grupo metformina (N = 41)			
miRNA_hsa_let_7i_5p	0,01724738 ± 0,011305	0,01735399 ± 0,02052	0,743
miRNA_miR_29a_3p	0,01097588 ± 0,00779	0,01053838 ± 0,01161	0,670
miRNA_miR_125b_5p	0,00140728 ± 0,00130	0,00115457 ± 0,00152	0,819
miRNA_miR_375_3p	0,00043486 ± 0,00057	0,00046264 ± 0,00057	0,768
miRNA_miR_335_5p	0,00024654 ± 0,000260	0,00023102 ± 0,000285	0,883

Material y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron 120 gestantes sometidas a sobrecarga oral de glucosa con 100 g tras test de O'Sullivan positivo. Las mujeres diagnosticadas de DMG fueron aleatorizadas a tratamiento con metformina o insulina; aquellas con SOG normal constituyeron el grupo control. Se recogieron variables antropométricas y se realizaron determinaciones basales y preparto de cinco microARN circulantes (miR-375-3p, miR-29a-3p, miR-125b-5p, hsa-let-7i-5p y miR-335-5p).

Resultados: En la evaluación basal, miR-375-3p mostró niveles significativamente más elevados en el grupo tratado con insulina en comparación con metformina y controles ($p = 0,01$), sin diferencias significativas en el resto de microARN. Los cambios a lo largo de del embarazo dentro de cada grupo se muestran en la tabla. En el grupo insulina, una mayor reducción en miR-335, miR-125b y miR-375 se asoció con resultados antropométricos neonatales más bajos. Por el contrario, el peso materno y el IMC se correlacionaron positivamente con los cambios en miR-let-7i y miR-335. Además los niveles de todos los microARN fueron más bajos en los recién nacidos que experimentaron hipoglucemia en comparación con los que no.

Conclusiones: Las gestantes con DMG tratadas con insulina presentan niveles basales más elevados de miR-375-3p y una regulación negativa significativa de microARN a lo largo del embarazo, no observada en el tratamiento con metformina ni en las gestantes sanas. La dinámica de los microARN podría reflejar tanto la adaptación del crecimiento fetal como el estado metabólico materno en los embarazos con DMG tratados con insulina.

P-056. TRAYECTORIA DEL CRECIMIENTO POSNATAL HASTA LOS DOS AÑOS DE VIDA EN HIJOS DE MUJERES CON DIABETES TIPO 1 SEGÚN LA EXPOSICIÓN PRENATAL A MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA

Verónica Perea Castilla^a, M.^a José Picón^b, Ana Megía^c, María Goya^d, Ana M.^a Wagner^e, M.^a Dolores Montañez^f e Irene Vinagre^g

^aHospital Universitari Mutua Terrassa, Terrassa, España. ^bHospital Universitari Virgen de la Victoria, Málaga, España. ^cHospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España. ^dHospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. ^eComplejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria, España. ^fHospital 12 de Octubre, Madrid, España. ^gHospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Objetivos: Comparar el z-score del índice de masa corporal (IMC) a los 24 meses de vida en hijos de mujeres con diabetes mellitus tipo 1 (DM1), según la exposición o no prenatal al sistema de monitorización continua *freestyle* Libre (FSL).

Material y métodos: Estudio de seguimiento de los hijos de una cohorte de gestante con DM1 incluidas previamente en un estudio multicéntrico observacional, en el que se comparó el uso de FSL frente a la monitorización capilar convencional de glucosa (GC). Se incluyeron niños con al menos una medición antropométrica posnatal disponible hasta los 24 meses de edad. El objetivo primario fue el z-score del IMC a los 24 meses, calculado según los estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Como objetivos secundarios, se evaluaron la trayectoria del IMC durante los dos primeros años de vida y la prevalencia de sobrepeso y obesidad a los 24 meses según criterios OMS e *Internacional Obesity Task Force* (IOTF). El análisis se realizó mediante modelos de regresión lineal y modelos lineales de efectos mixtos ajustados por factores maternos y neonatales relevantes.

Resultados: De los 300 niños elegibles, 245 disponían de al menos una medición antropométrica posnatal y 177 tenían z-score de IMC disponible a los 24 meses (64 grupo FSL y 113 grupo GC). No se observaron diferencias en las características maternas ni neonatales

basales entre los niños incluidos y no incluidos en el análisis principal. A los 24 meses, el z-score medio de IMC fue de $0,26 \pm 0,96$ en el grupo de GC y $0,31 \pm 1,06$ en el grupo FSL, sin diferencias significativas en el análisis crudo ($p = 0,706$) ni tras la estratificación por sexo. En el modelo multivariable, el uso de FSL no se asoció con el z-score de IMC a los 24 meses. En cambio, el haber nacido grande para la edad gestacional se asoció de forma independiente con un mayor z-score de IMC a los 24 meses (β 0,62; IC95% 0,27-0,97; $p = 0,001$). No se observaron diferencias significativas entre grupos (FSL vs. GC) en la prevalencia de sobrepeso (5,14% según criterios de la IOTF y 6,21% según criterios de la OMS) ni de obesidad (0,56% según ambos criterios). Tampoco se detectaron diferencias en la trayectoria del IMC durante los dos primeros años de vida según la estrategia de monitorización glucémica utilizada durante el embarazo.

Conclusiones: El uso de FSL durante el embarazo no se asoció con diferencias en el IMC ni en su trayectoria durante los dos primeros años de vida en los hijos de mujeres con DM1, en comparación con GC. En cambio, haber nacido grande para la edad gestacional se mantuvo como el principal determinante del IMC a los 24 meses de edad.

P-057. EFECTO DE LA DIABETES GESTACIONAL EN LA ADAPTACIÓN TÉRMICA POSNATAL

Nerea Vilanova Ricart^{b,c,d}, Nerea Tomàs Ripollès^a, Mónica Ballesteros Pérez^{a,b}, Albert Guarque Rus^a, Ariadna Prats Custal^a, Luis Herrador Bravo de Soto^a y Ana Megía Colet^{a,b,c,d}

^aHospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España. ^bUniversitat Rovira i Virgili, Tarragona, España. ^cInstitut de Recerca Biomèdica Catalunya Sud, Tarragona, España. ^dCIBERDEM, Madrid, España.

Introducción: La diabetes gestacional (DMG) se asocia a un exceso de aporte de nutrientes al feto, crecimiento fetal excesivo y aumento de la adiposidad neonatal. El tejido adiposo es clave para la adaptación postnatal al medio extrauterino. Una composición corporal neonatal alterada podría comportar una disfunción o desequilibrio del tejido adiposo blanco (WAT) y marrón (BAT) y comprometer la adaptación posnatal, así como aumentar el riesgo posterior de obesidad y enfermedades metabólicas.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo prenatal que incluyó 156 mujeres (124 controles y 32 DMG) y sus neonatos. Se recogieron datos clínicos maternos y antropometría materna y neonatal. Se midió la temperatura corporal, la del cuello y del deltoides mediante termografía infrarroja, como estimación indirecta de la actividad del BAT. Todas las determinaciones se realizaron: basales, a los 3 y a los 11 minutos tras la exposición a un estímulo frío controlado (19 °C). Análisis estadístico: se emplearon pruebas de Mann-Whitney para variables no paramétricas, el análisis de la varianza (ANOVA) con ajuste de Bonferroni para comparaciones múltiples, así como la correlación de Spearman. El nivel de significación se estableció en $\alpha < 0,05$.

Resultados: Los neonatos expuestos a la DMG mostraron una temperatura corporal inferior comparado con los controles ($36,40 \pm 0,29$ °C vs. $37,02 \pm 0,32$ °C; $p = 0,031$). Las temperaturas neonatales se asociaron inversamente con la adiposidad en la zona cervical en los controles ($\rho = -0,226$; $p = 0,021$; $n = 105$) y en el grupo DMG ($\rho = -0,404$; $p = 0,027$; $N = 30$) y en el deltoides solo en el grupo DMG ($\rho = -0,407$; $p = 0,025$; $N = 30$). Tras la exposición al frío, el descenso térmico fue mayor en el grupo DMG ($-0,61$; IC95% $-0,88$ a $-0,33$) frente a los controles ($-0,26$; IC95% $-0,36$ a $-0,16$; $p = 0,020$), observándose además un efecto del índice de masa corporal (IMC) materno ($p = 0,017$). En la zona cervical también se detectaron efectos significativos tanto de la exposición a la DMG ($p = 0,037$) como del

IMC materno ($p = 0,001$) tras la exposición al frío, con una interacción significativa entre ambas variables ($F(1,113) = 6,83$; $p = 0,010$).

Conclusiones: La exposición intrauterina a la DMG se asocia con alteraciones significativas de la termorregulación neonatal, sugiriendo una disfunción temprana de los mecanismos termogénicos. En este contexto, la temperatura neonatal se asocia inversamente con los estimadores de adiposidad, hecho que se pronuncia en el grupo con DMG, lo que indica una posible reducción de la actividad funcional del tejido adiposo marrón. Las diferencias observadas en la zona cervical y deltoides refuerzan esta hipótesis. Además, la interacción con el índice de masa corporal materno sugiere que el sobrepeso y la obesidad exacerban esta vulnerabilidad térmica.

Financiado: ISCIII PI21/1479 y PI24/01451.

P-058. RECLASIFICACIÓN METABÓLICA POSPARTO 10 AÑOS TRAS LA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: ESTUDIO PRELIMINAR EN NUESTRA ÁREA

Carlos López Pereira, Almudena Lara Barea y Cristina López Tinoco

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus gestacional (DMG) se asocia a un mayor riesgo de desarrollar alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, síndrome metabólico (SM) y enfermedad cardiovascular a medio y largo plazo tras el parto. La identificación de factores clínicos y biomarcadores asociados a esta progresión podría permitir una mejor estratificación del riesgo y facilitar la implementación de intervenciones precoces que eviten o retrasen su aparición. Evaluar la prevalencia de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado a largo plazo en mujeres con antecedente de DMG y analizar su asociación con variables clínicas, analíticas y marcadores inflamatorios durante el embarazo y en la reevaluación posparto.

Material y métodos: Estudio longitudinal observacional en una cohorte de mujeres con antecedente de DMG reevaluadas entre 8 y 11 años posparto. De las 53 mujeres inicialmente incluidas, 6 fueron excluidas por datos incompletos, resultando una muestra final de 43 mujeres. Se realizó un análisis descriptivo de factores de riesgo cardiovascular y un análisis bivariante para evaluar la asociación entre reclasificación anómala del metabolismo hidrocarbonado (glucemia basal alterada (GBA), intolerancia a la glucosa (ITG) o diabetes mellitus tipo 2 (DM2)) y variables clínicas, analíticas y citocinas.

Resultados: Tras una mediana de seguimiento de 10 años posparto, el 41,9% presentó alguna alteración del metabolismo hidrocarbonado (11 GBA, 3 ITG y 4 DM2). La prevalencia de dislipemia e hipertensión arterial fue del 20,9% y 11,6% respectivamente, y 14 mujeres (32,6%) cumplían criterios para diagnóstico de SM. En el análisis bivariante, la reclasificación metabólica anómala se asoció con mayor índice de masa corporal (IMC) pregestacional ($p = 0,005$), niveles superiores de HbA_{1c} ($p = 0,015$) y leptina ($p = 0,007$) durante el embarazo, y una menor edad gestacional al parto ($p = 0,025$). En la reevaluación posparto, las mujeres con alteraciones del metabolismo hidrocarbonado presentaron un perfil metabólico desfavorable, caracterizado por mayor IMC, mayor perímetro de cintura, mayor resistencia a la insulina estimada mediante HOMA, así como niveles más bajos de colesterol HDL ($p < 0,05$ para todas las comparaciones).

Conclusiones: A largo plazo, una proporción elevada de mujeres con antecedente de DMG presenta alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. La presencia de estas alteraciones se asocia con obesidad pregestacional, peor control glucémico durante el embarazo y un perfil metabólico desfavorable en el posparto. Son necesarios estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y la inclusión de un grupo control que permitan confirmar y ampliar estos resultados, y poder así establecer estrategias de seguimiento e intervención individualizadas tras la DMG.

P-059. LA GALECTINA-8 SE SOBREEXPRESA EN EL TROFOBLASTO DE PLACENTAS DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL. POSIBLE PAPEL DE LA LEPTINA

Lourdes Hontecillas Prieto, Raquel Muñoz Pacheco, Rocío Flores Campos, Daniel García Domínguez, Malika Tami, Flora Sánchez-Jiménez, Antonio Pérez Pérez, Teresa Vilarriño-García y Víctor Sánchez Margalet

Hospital Universitario Virgen Macarena, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

Introducción y objetivos: Las galectinas son lectinas que se expresan en muchos tejidos de todos los organismos. Las galectinas tienen múltiples funciones en el desarrollo embrionario, la regeneración, el cáncer y la inflamación. La galectina-8 puede actuar como proteína extracelular e intracelular. Se ha visto que la galectina-8 se expresa en trofoblasto de placenta humana, contribuyendo a su invasividad. Como la galectina-8 también modula el sistema inmunológico adaptativo estimulando linfocitos T y B, así como el sistema inmunológico innato, activando células dendríticas, planteamos la hipótesis que la expresión de galectina-8 podría estar aumentada en el trofoblasto de placentas de diabéticas gestacionales (DMG) y que el incremento de leptina podría mediar ese incremento en galectina-8. Por tanto, el primer objetivo fue comparar la expresión de galectina-8 en trofoblasto de DMG y trofoblasto de placentas control. Para ver el posible papel de la leptina quisimos estudiar su efecto *in vitro* sobre una línea celular de trofoblasto (Bewo) así como en explantos de trofoblasto de placentas control.

Material y métodos: Analizamos placentas (5) de embarazos con DMG y controles sanos (10) obtenidas mediante cesárea programada, para estudiar la expresión de galectina-8, y el efecto *in vitro* de la leptina. Los efectos de la leptina *in vitro* fueron realizados primero en células Bewo. La expresión de galectina-8 se llevó a cabo por PCR cuantitativa e inmunoblot. En trofoblastos de las placentas se estudió por inmunohistoquímica. El análisis de la significancia de las diferencias se llevó a cabo por un test de ANOVA seguido de Bonferroni.

Resultados: Observamos que el trofoblasto de las placentas de GDM expresan significativamente (80%) más galectina-8 que los controles. Este efecto fue confirmado por inmunoblot e inmunohistoquímica. Los estudios *in vitro* mostraron que la leptina aumenta de forma dosis-dependiente la expresión de galectina-8 tanto en células Bewo como en explantos de trofoblastos de placentas control. El máximo efecto se observó a una concentración de leptina 10 nM, que puede coincidir con la alta concentración de leptina sobreexpresada en el trofoblasto de DMG.

Conclusiones: La galectina-8 está sobreexpresada en trofoblasto de placentas de DMG, mediado por la sobreexpresión de leptina, lo cual podría contribuir a su efecto proinflamatorio en la DMG.

P-060. TELEMEDICINA EN DIABETES GESTACIONAL: RESULTADOS EN EL CONTROL POSPARTO

María José Amaya García, Irene Álvarez Reyes, Rocío Jazmín Grau Figueredo, Fidel Jesús Enciso Izquierdo, Ana Alejandra Cordero Vaquero, Jose Antonio Lucas Gamero y Sergio Garrido Domínguez

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España.

Introducción: Las tasas de control posparto (CPP) tras diabetes gestacional (DG) en países europeos varían ampliamente, siendo más elevadas en centros especializados y cuando existen protocolos estructurados, pero en general permanecen bajas, entre el 18% y 44%. Por otro lado, la telemedicina permite controles clínicos frecuentes reduciendo la necesidad de visitas presenciales y ha demostrado

beneficios en DG. En el Área de Salud de Cáceres se ha implantado un sistema de seguimiento de la DG mixto presencial y remoto, incluido el CPP, que se realiza en colaboración con las matronas.

Objetivos: Evaluar la tasa de CPP de un sistema de seguimiento de DG realizado mayoritariamente de forma remota.

Material y métodos: El protocolo de seguimiento consiste en una primera consulta, seguida de una revisión inicial, ambas presenciales. Las revisiones posteriores se realizan vía telefónica, previo envío de la información a través de correo electrónico, salvo dificultad para transmitir la información, barrera idiomática o preferencias de la paciente. Se han seleccionado pacientes evaluadas al menos en una ocasión en el periodo comprendido entre el 18/05/23 y el 31/12/24. Criterios de exclusión: gestación gemelar, imposibilidad o negativa al test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG).

Resultados: Se han evaluado 182 gestantes, con una edad media de $35,17 \pm 4,58$ años y un IMC de $28,33 \pm 6,09$ kg/m². Según el TTOG, 144 presentaban DG y 38 casos intolerancia a la glucosa. El seguimiento ha supuesto un total de 1.503 consultas, de las cuales 954 (63%) han sido telefónicas. Precisaron insulina el 44%, la tasa de cesáreas fue del 31,5% y el 6,9% de los neonatos presentó hipoglucemia. El 76,2% de las pacientes realizaron el CPP en un tiempo promedio de 76,5 días tras el parto (el 75% se realizó en un plazo inferior a 90 días). En el 28,1% de los casos se detectó glucemia basal alterada y en el 10,1% intolerancia a la glucosa. Cinco de las 43 mujeres que no realizaron el CPP abandonaron el seguimiento antes del parto, en 3 casos no se solicitó (uno de ellos por cirugía bariátrica previa) y en las 35 restantes fue deseo de las pacientes no realizarlo.

Conclusiones: Un programa de seguimiento estructurado basado en la telemedicina, con colaboración de las matronas, consigue mejorar significativamente las tasas de control posparto en DG, alcanzando en nuestra área de salud el 76,2%.

P-061. PREVALENCIA DE HIPERGLUCEMIA EN EL EMBARAZO MEDIANTE TAMIZAJE TEMPRANO, ESTÁNDAR Y TARDÍO: UN ESTUDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LIMA, PERÚ

Segundo Nicolás Seclén, Lucy Damas, Vicky Motta, Lesly Jiménez y Marlon Yovera-Aldana

Universidad Peruana Cayetano Heredia; Asociación de Diabéticos Juveniles, Lima, Perú.

Objetivos: Determinar la prevalencia de hiperglucemia en el embarazo (HIP) según el momento del cribado en gestantes.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal en gestantes reclutadas entre febrero de 2019 y agosto de 2022 en cuatro centros de atención primaria de Lima, excluyendo a aquellas con diabetes conocida. El cribado consistió en una prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75 g de glucosa en el primer contacto. Se clasificó como temprana si se realizó antes de las 24 semanas, estándar entre las 24 y 28 semanas y tardía si se realizó después de las 28 semanas. Para la diabetes mellitus gestacional (DMG), se utilizaron los criterios diagnósticos de la IADPSG para cualquier edad gestacional. Para la diabetes en el embarazo (DIP), se utilizaron niveles de glucosa superiores a 126 mg/dl en ayunas o superiores a 200 mg/dl a las 2 horas poscarga. Se calcularon las razones de prevalencia de DMG y DIP según el tipo de cribado.

Resultados: Se incluyeron 4.495 gestantes con una edad promedio de 29 años. La prevalencia de HIP fue del 14,9%, la de DMG del 14,2% y la de DIP del 0,7%. El cribado temprano de DMG mostró una prevalencia un 23% mayor en comparación con el cribado de DMG a las 24-28 semanas, ajustado por edad (RP: 1,23; IC95%: 1,01-1,49; p = 0,036). No se encontraron diferencias en la DIP entre los tipos de cribado.

Conclusiones: En gestantes de cuatro centros de atención primaria en Lima, una de cada siete gestantes (14,9%) presentó HIP, la de DMG fue del 14,2% y la de DIP fue del 0,7%. El cribado temprano mostró la mayor proporción de DMG en comparación con el cribado estándar o tardío. Se necesitan estudios longitudinales para validar si esta mayor prevalencia temprana influye en las complicaciones materno-perinatales.

05. MONITORIZACIÓN DE LA DIABETES

Proyecto SED

P-062. INDIVIDUALIZACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN LA POBLACIÓN ANCIANA CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN FUNCIÓN DEL ESTADO COGNITIVO

Mónica Sánchez Bartrés^a, Mercè Abad Martín^b, Pablo Sancho^b, Pedro Alejandro Gil^a, Cristina Hernández Pascual^{a,b}, Rafael Simó Canonge^b y Olga Simó Servat^{a,b}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ^bUnidad de Investigación en Diabetes y Metabolismo, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, España.

Objetivos: El deterioro cognitivo es una comorbilidad cada vez más frecuente entre la población de más de 65 años con diabetes tipo 2, y puede suponer todo un reto en aquellos pacientes que requieren múltiples dosis de insulina. Se desconoce qué impacto puede tener el deterioro cognitivo incipiente (DCI) en el uso de la monitorización continua de glucosa (MCG) en esta población. El objetivo del presente estudio es determinar si el uso de test de *screening* de DCI (MoCA y microperimetría) puede ayudar a identificar aquellos sujetos con diabetes tipo 2 que presentarán mayores dificultades en el uso de la MCG y personalizar su manejo en el control.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional en pacientes con diabetes tipo 2 mayores de 65 años y en tratamiento con múltiples dosis de insulina que inician la MCG en la Unidad de Tecnologías del Hospital Universitario Vall d'Hebron. Todos los pacientes se sometieron a un test MoCA y estudio con microperimetría antes de iniciar la MCG. Además, también respondieron al test de Clarke, DDS, DTSQ al inicio y los 6 meses de iniciar la MCG. Se recogieron también variables clínicas relevantes e información glucométrica de la primera y la última descarga del sensor.

Resultados: Se han incluido un total de 123 sujetos, de los cuales 98 completaron el seguimiento a los 6 meses. En la primera visita 44 sujetos de los 123 (35,8%) tenían tanto MoCA como microperimetría alterados. No observamos diferencias significativas entre los pacientes con riesgo de deterioro cognitivo y los normocognitivos en cuanto a los datos glucométricos. A los 6 meses en global todos mantenían un buen control metabólico. Únicamente 2 pacientes decidieron no continuar con la MCG. Sin embargo, un 20,83% de los pacientes requería el soporte de un cuidador para el manejo de la MCG, siendo este porcentaje mayor en los pacientes en riesgo de deterioro cognitivo: 35,29 vs. 12,9% (p = 0,02).

Conclusiones: El riesgo de deterioro cognitivo, medido mediante test de *screening* (MoCA) junto a la microperimetría, no supone una barrera para el adecuado uso de la MCG en sujetos con diabetes tipo 2 mayor de 65 años. Incluir en los programas formativos a los cuidadores principales es fundamental para asegurar el buen uso de la tecnología en la población mayor de 65 años, especialmente cuando existe riesgo de deterioro cognitivo.

P-063. EXPERIENCIA DE MCG FLASH EN PACIENTES CON DM TIPO 2: DATOS DE VIDA REAL

Francisco Javier Gómez Alfonso, Louisa Miriam Beaulieu Oriol, Álvaro Valverde Márquez, Carolina Ximena Vivas Vaca, Lourdes María Tolentino Martínez, Juan Antonio Leandro Hernández y María Teresa Mories Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Objetivos: Valorar la eficacia y rendimiento de la MCG flash en pacientes con DM2 y terapia bolo-basal o basal-plus en vida real; objetivo primario: HbA_{1c}; objetivos secundarios: métricas según informe AGP (perfil ambulatorio de glucosa): uso sensor, n.º de lecturas diarias, glucosa promedio, variabilidad glucémica (VG), tiempo en rango entre 70-180 mg/dL (TIR), tiempo en hipo < 70 mg/dL (Thipo1), tiempo en hipo < 54 mg/dL (Thipo2); tiempo en hiper > 180 mg/dL (Thiper1), tiempo en hiper > 250 mg/dL (Thiper2).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes DM2 con terapia bolo-basal o basal-plus que iniciaron MCG flash (Free Style Libre 2) en 2024-25, en una consulta externa general de un hospital terciario. Las variables se analizaron de forma basal y a los 6 meses de inicio de sensor glucémico; se empleó para ello el programa estadístico SPSS 22.0.

Resultados: Se reclutaron y analizaron 75 pacientes. El 46,6% eran varones; la edad media fue 67 ± 54 años. La HbA_{1c} basal media inicial fue 7,63 ± 1,52% y final 7,05 ± 0,8% (p = 0,01). El uso de sensor medio basal fue 92,31 ± 1,82% y final 92,9 ± 1,14% (p = 0,91). El n.º de lecturas diarias medio basal fue 12,75 ± 0,5 y final 13,78 ± 0,72 (p = 0,57). La glucosa promedio media basal fue 177,57 ± 8, mg/dL y final 164 ± 6,29 mg/dL (p < 0,01). La VG media basal fue 37,11 ± 0,93% y final 33,46 ± 0,59% (p = 0,02). El TIR medio basal fue 63,27 ± 3,61 y final 72,4 ± 2,23% (p < 0,01). El Thipo 1 medio basal fue 2,42 ± 0,83% y final 1,47 ± 0,43% (p = 0,01). El Thipo2 medio basal fue 0,86 ± 0,22% y final 0,38 ± 0,11% (p < 0,01). El Thiper1 medio basal fue 25,48 ± 2,47% y final 20,23 ± 1,80% (p = 0,01) El Thiper2 medio basal fue 7,57 ± 2,86% final 4,81 ± 1,7% (p = 0,03).

Conclusiones: Los resultados obtenidos ponen de manifiesto, que además de mejoría en el objetivo primario (HbA_{1c}), en pacientes con DM2 y terapia bolo-basal o basal-plus, la monitorización flash de glucosa aporta beneficios adicionales en todas las métricas de AGP. Se precisan estudios de mayor tamaño muestral y más prolongados en el tiempo que cercioren o no dichos resultados.

P-064. POSIBILIDAD DE FINANCIACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 TRATADOS CON INSULINA BASAL: EVIDENCIA A PARTIR DE DOS CASOS CLÍNICOS

Isabel Tombo Fernández, Orieta Sánchez Rivero y Estela Elías Martínez

Hospital Bidasoa, Hondarribia, España.

Objetivos: La monitorización continua de glucosa (MCG) ha demostrado mejorar el control glucémico y reducir eventos adversos en personas con diabetes. Sin embargo, su financiación en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) tratados únicamente con insulina basal continúa siendo limitada, a pesar de que existen perfiles clínicos con un claro beneficio.

Material y métodos: Se presentan dos casos clínicos de pacientes con DM2 en tratamiento con insulina basal. Se utilizó sistemas de MCG durante un periodo de tiempo en el que se analizaron los pa-

rámetros de tiempo en rango (TIR 70-180 mg/dl), tiempo por debajo de rango (TBR < 70 mg/dl), presencia de hipoglucemias, ajuste de dosis de insulina basal y evolución de HbA_{1c}, comparándoles con el control previo basado en glucemias capilares.

Resultados: Caso 1: varón de 70 años, remitido desde Atención Primaria por hipoglucemias nocturnas. DM2 con baja reserva pancreática con buen control metabólico (HbA_{1c} 6,5%) excepto por hipoglucemias nocturnas no detectadas mediante autocontrol capilar ya que solo realizaba controles basales con glucómetro y no ajustaba su insulina basal (glargina 300). El paciente decide autofinanciarse sensores de MCG, en las primeras dos semanas se objetivó un TBR del 22%. Se realizaron ajustes progresivos de insulina glargina 300U, reduciendo la dosis de 20U a 6U en dos meses. Tras la intervención, el TIR alcanza el 90%, el TBR (54-69 mg/dl) se redujo al 2% y desaparecieron las hipoglucemias, pero no fue posible retirar del todo la insulina debido a péptido C bajo. Caso 2: varón 59 años diagnosticado de DM2 en 2021 en tratamiento con antidiabéticos orales + glargina 100U. En julio del 2025, presenta HbA_{1c} 11,8%, discrepancia con sus glucemias capilares basales y dificultad para monitorizarse con glucemia capilar por dolor y fobia a las agujas. Tras colocación de MCG de prueba, se alcanzó un TIR del 69% a las dos semanas, sin hipoglucemias, y a los dos meses se observó una mejoría de HbA_{1c} de 11,8% a 8,6%.

Conclusiones: Estos dos casos evidencian que la MCG permite detectar hipoglucemias ocultas, frecuentes en DM2 con insulina basal. Facilita ajustes precisos de insulina, evitando infra- o sobretamamientos. Es especialmente útil en pacientes con barreras para el autocontrol capilar. Se asocia a una rápida mejoría de parámetros clínicos, como HbA_{1c} y TIR/TBR. Evita visitas, descompensaciones y potenciales ingresos hospitalarios, lo que se traduce en ahorro económico para el sistema. La MCG es altamente beneficiosa en pacientes con DM2 tratados con insulina basal, particularmente en situaciones de riesgo (hipoglucemias inadvertidas, dificultades para el autocontrol, mal control glucémico). Los resultados mostrados reflejan mejoras en seguridad, control metabólico y autonomía del paciente. La financiación de la MCG en este perfil de pacientes está justificada, dado su impacto clínico y su potencial ahorro en complicaciones.

P-065. RELACIÓN ENTRE GMI Y HBA_{1c} EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 SEGÚN EL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA

Laura María Martín Flores, Jorge González Prieto, Luis Miguel Domínguez Márquez, Lucía Babiano Benito, Pilar Isabel Beato Vibora, Marta María Guijarro Chacón y Francisco Morales Pérez

Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Introducción: El *Glucose Management Indicator* (GMI) se ha incorporado de forma progresiva como una herramienta central en el manejo actual de la diabetes. Esta medida nos proporciona una estimación de la HbA_{1c} (hemoglobina glicosilada) basada en el perfil glucémico registrado por el sensor, lo que permite disponer de una medida dinámica y actualizada del control glucémico, complementando la HbA_{1c} clásica.

Objetivos: Evaluar la concordancia del GMI de 90 días para predecir la HbA_{1c} con los distintos dispositivos de monitorización continua de glucosa (MCG).

Material y métodos: Estudio observacional transversal retrospectivo unicéntrico con pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) con MCG.

Resultados: Se incluyeron 145 pacientes (45,5% varones; 54,5% mujeres), edad media 43,28 ± 15,08 años, duración media de diabetes 23,21 ± 13 años. MCG: FreeStyle 3 (17,9%), FreeStyle 2 (20,7%),

Guardian 4 (20,7%), Simplera (20%) y Dexcom G7 (20,7%). Comorbilidades: dislipemia 42,1%, hipertensión 31,1%, retinopatía 29%, nefropatía 10%. IMC: normopeso 44%, sobrepeso 38%, obesidad 18%. Todos presentaron una capacidad predictiva moderada-alta; siendo FreeStyle Libre 2 el que mejor resultado obtuvo. Estos resultados no se vieron influenciados por el uso de iSGLT2 ($p = 0,252$), ni por la variabilidad glucémica ($p = 0,734$). El cambio esperado en la HbA_{1c} por cada incremento de una unidad porcentual en el GMI, fue representado por el coeficiente B. Simplera mostró la mayor sobreestimación ($B = 1,606$), mientras que Dexcom G7 fue el único que infraestimaba ($B = 0,903$). Con el GMI de 14 días, se obtuvo también una capacidad predictiva elevada ($R^2 0,529-0,653$, $p < 0,001$ en todos los casos). Por último, la correlación entre el GMI de 14 y 90 días fue alta ($r = 0,930$; $p < 0,001$). Se definió buena concordancia entre ellos como una diferencia $< 0,1$. Estos pacientes tuvieron menor HbA_{1c} ($-0,52\%$; $p < 0,001$), variabilidad glucémica ($-2,5$; $p = 0,01$) y edad (-5 años; $p = 0,047$).

Correlación y capacidad predictiva de la HbA_{1c} a partir del GMI en función de cada dispositivo de MCG

Dispositivo MCG	R	R2	p
FreeStyle 3	0,726	0,527	< 0,001
FreeStyle 2	0,843	0,711	< 0,001
Guardian 4	0,758	0,575	< 0,001
Simplera	0,799	0,638	< 0,001
Dexcom G7	0,819	0,670	< 0,001

R: coeficiente de correlación de Pearson; R2: coeficiente de determinación; p: significación estadística.

Conclusiones: El GMI de 90 días predice de forma significativa la HbA_{1c} en todos los dispositivos de MCG, con mejor rendimiento en FreeStyle Libre 2 y Dexcom G7. Existen diferencias relevantes entre dispositivos en la relación GMI- HbA_{1c} , con sobreestimación variable según el sensor. En pacientes jóvenes, bien controlados y con baja variabilidad glucémica, el GMI de 14 días podría ser suficiente para estimar el control glucémico a largo plazo.

P-066. EVOLUCIÓN DEL DISTRÉS OCASIONADO POR LA INSULINIZACIÓN BASAL EN UN HOSPITAL DE DÍA DE DIABETES

Mercè Abad Martín^b, Ángel Michael Ortiz Zúñiga^{a,b}, Mónica Sánchez Bartres^a, Marcos Dos Santos^{a,b}, Cristina Hernández Pascual^{a,b}, Rafael Simó Canonge^b y Olga Simó Servat^{a,b}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ^bUnidad de investigación en Diabetes y Metabolismo, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, España.

Introducción: La insulinización en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) suele asociarse a una elevada carga emocional, aumento del distrés relacionado con la enfermedad y riesgo de errores técnicos, especialmente en las primeras semanas. Sin embargo, existe poca evidencia de la evolución de este distrés en los pacientes que reciben insulinización basal bajo un programa de optimización del control metabólico en un Hospital de Día de Diabetes (HDD).

Objetivos: Evaluar el impacto de la atención en un HDD sobre el distrés relacionado con la diabetes durante el inicio de insulinoterapia en pacientes con DM2.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo de 12 semanas. Se incluyeron sujetos con DM2 a los que se les inició tratamiento con insulinoterapia basal. Todos los sujetos utilizaron MCG durante 2 semanas al inicio del estudio y 2 semanas más a las 12 semanas del inicio de la insulinización. El impacto emocional se evaluó al inicio y al final del estudio mediante la Diabetes Distress Scale (DDS), el Short Form-12 Health Survey (SF-12) y la Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes: 83% mujeres, edad media de $64,8 \pm 11,1$ años, con un tiempo de evolución de la DM2 de $13,5 \pm 9,1$ años. La dosis de insulina por Kg de peso fue de $0,26 \pm 0,04$. En relación a las complicaciones de la diabetes las más prevalentes fueron la enfermedad renal crónica 17,1% y la cardiopatía isquémica 28,2%. Se realizaron cinco visitas presenciales (día 0, semanas 1, 2, 10 y 12) que incluyeron educación diabetológica, evaluación clínica, análisis de los resultados de la MCG y HbA_{1c} y ajustes en el tratamiento. En cuanto a los parámetros de la MCG observó una mejora significativa del control metabólico, destacando el TIR ($59,4 \pm 26,5$ vs. $76,7 \pm 25,7$, $p < 0,001$), el TAR > 250 mg/dl ($12,6 \pm 4,3$ vs. $4,9 \pm 4,4$, $p < 0,001$) y la variabilidad glucémica ($27,8 \pm 7,9$ vs. $25,3 \pm 7,5$, $p = 0,045$). Además, se observó una reducción significativa de la HbA_{1c} ($10,6 \pm 2,1$ vs. $6,87 \pm 0,8$, $p < 0,001$). Los pacientes no presentaron hipoglucemias por debajo de < 54 mg/dl. El cuestionario DDS mostró una reducción significativa del distrés asociado a la diabetes en el seguimiento ($2,14 \pm 0,78$ vs. $1,89 \pm 0,99$, $p = 0,042$), especialmente en reducción de carga emocional ($57,2$ vs. $35,7\%$, $p = 0,01$). En cuanto al cuestionario SF-12, también se observó una mejora significativa del bienestar emocional ($14,3$ vs. $35,7$, $p = 0,03$).

Conclusiones: Nuestros resultados demuestran que el seguimiento de un programa de optimización del control metabólico realizado en un HDD reduce el distrés emocional de forma significativa a los 3 meses de iniciar el tratamiento con insulina.

P-067. SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA: UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR EL CONTROL GLUCÉMICO Y LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2

Ricardo Martín Peñalver^{a,b}, María Teresa Pinedo Velázquez^a, Carla García Martínez^c, Nancy Vicente Alcalde^a y Maite Ros Martínez^b

^aUniversidad Cardenal Herrera CEU, Elche, España. ^bCentro de Salud El Raval, Departamento de Salud Elche-Hospital General. Conselleria de Sanidad, Elche, España. ^cHospital Universitario San Juan de Alicante, Sant Joan d'Alacant, España.

Introducción y objetivos: El autocontrol de la glucosa es clave para un buen control metabólico en la diabetes, previniendo complicaciones y mejorando la calidad de vida. Permite conocer los niveles en tiempo real, reduciendo el riesgo de hipoglucemias e hiperglucemias, y facilita el ajuste del tratamiento según la alimentación y el ejercicio. El avance tecnológico en el control de la diabetes ha llevado al uso de la monitorización continua de glucosa (MCG) como una alternativa a los métodos tradicionales. La hipótesis de partida es que cuando las personas con diabetes tipo 2 utilizan un sistema de MCG dentro de su tratamiento, se presupone que hay una mejoría en el control y en la calidad de vida. La educación terapéutica en diabetes es fundamental para que las personas con diabetes, independientemente de si usan insulina o no, asuman el control de su enfermedad e integren el autocontrol en su rutina diaria. Se considera la base del cuidado de Enfermería, con el objetivo de que los pacientes comprendan su enfermedad y sepan cómo gestionarla.

Objetivos: Describir las ventajas e inconvenientes del sistema de monitorización continua de glucosa (MCG) con sensor, frente a la monitorización tradicional con el glucómetro utilizado en pacientes con diabetes tipo 2; identificando evidencias disponibles que demuestran una mayor calidad de vida.

Material y métodos: Se realiza una búsqueda bibliográfica en 4 bases de datos: PubMed, Dialnet, Science of Web y Scopus. Para dichas búsquedas, se aplicaron las palabras clave y sus términos tesaurus [Mesh] correspondientes y también se usaron los descriptores en español [Decs]. Las investigaciones incluidas fueron aquellas que cumplían los criterios de inclusión y exclusión seleccionados. Se han seleccionado 19 artículos para realizar la discusión. Dichos artículos se han clasificado en 3 categorías: 1) Precisión y efectividad de la MCG con distintos dispositivos, 2) Beneficios en el autocontrol y autocuidado autónomas en el paciente, 3) Desafíos tecnológicos que tiene afrontar el paciente asociado al uso de dispositivos.

Resultados: La enfermería juega un papel esencial en el cuidado y seguimiento de los pacientes con sistemas de MCG implantables, brindando educación y entrenamiento, supervisando el cuidado y mantenimiento del dispositivo, interpretando los datos de glucemia y ajustando el tratamiento según sea necesario.

Conclusiones: La monitorización continua de glucosa (MCG) muestra buenos resultados clínicos. Su uso mejora el autocontrol, la autonomía del paciente y reduce los episodios de hipoglucemia, especialmente cuando se encuentra en un contexto de educación terapéutica.

P-068. RESULTADOS DE LOS PARÁMETROS DE CONTROL EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 Y MEDIDOR DE GLUCOSA DEXCOM ONE+ QUE PARTICIPAN EN UN PROGRAMA DE SALUD

Maite Ros Martínez^a, Ricardo Martín Peñalver^{a,b}, María Teresa Pinedo Velázquez^b, Laura González Adsuar^a, Inés Pérez García^a y Mireya García Martínez^a

^aCS El Raval, Elche, España. ^bUniversidad Cardenal Herrera CEU, Elche, España.

Introducción: Se han demostrado beneficios en el uso de medidores continuos de glucosa (CGM), como el Dexcom ONE+, en adultos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que reciben insulina. En un estudio prospectivo, la utilización de Dexcom ONE+ en pacientes con DM2 durante seis meses, se asoció a una disminución significativa de la HbA_{1c} y a un aumento del tiempo en rango (TIR). La bibliografía reciente destaca que los CGM facilitan cambios conductuales positivos en los pacientes, permitiéndoles ajustar su dieta y tratamiento en tiempo real. La American Diabetes Association (ADA) recomienda el uso de CGM en personas con DM2 que reciben tratamiento con insulina, basándose en la mejora de los resultados glucémicos y en la satisfacción del tratamiento por parte de los pacientes. En resumen, el uso de CGM como Dexcom ONE+ en DM2 tratados con insulina mejora el control glucémico y su calidad de vida.

Objetivos: Se pretende comparar los resultados en la HbA_{1c} y TIR en personas con DM2 tras la participación en un programa de salud para usuarios con CGM Dexcom ONE+.

Material y métodos: Se organizó un programa para adultos DM2 con terapia intensiva de insulina y que, al menos, precisaban de seis punciones digitales al día para la automonitorización de glucosa en sangre. Como criterios de exclusión: deterioro cognitivo, ausencia de cuidador. Consta de 6 sesiones en las que se instruyó a pacientes y familiares sobre el uso del sensor Dexcom ONE+, manejo de insulina y complicaciones asociadas a la diabetes. Se formaron 2 grupos de 8 personas, uno con inicio en octubre de 2024 (grupo I) y, otro, con inicio en mayo 2025 (grupo II).

Resultados: A través del análisis estadístico en el programa R Commander, se identificó que el grupo I seguía parámetros de normalidad, (Shapiro-Wilk normality test data: $p = 0,7978$). Dado que las muestras fueron pequeñas, se utilizó para el análisis comparativo el test no paramétrico de Wilcoxon para muestras apareadas, encontrando una mejora estadísticamente significativa en los niveles de HbA_{1c} al año de la puesta del sensor ($p = 0,03906$). Sin embargo, no se encontró asociación en el TIR ($p = 0,2334$). El grupo II, mantenía parámetros de normalidad, (Shapiro-Wilk normality test data: $p = 0,007169$) aunque no hubo mejora estadísticamente significativa tras la aplicación del sensor durante los 6 primeros meses (Análisis de Wilcoxon $p = 0,0625$) ni en el TIR ($p = 0,8438$).

Conclusiones: Se observó una mejora estadísticamente significativa en los valores de Hb1Ac a largo plazo. Existen factores que pueden influir en los resultados (tiempo, manejo previo de la diabetes, edad, etc.). Se propone la mejora del análisis para próximos grupos usando herramientas validadas como el DKQ-24 (Diabetes Knowledge Questionnaire). No existe conflicto de intereses en el desarrollo de este programa.

P-069. PERFIL DE CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON BOMBA DE INFUSIÓN CONTINUA DE INSULINA DEL HOSPITAL DE LEÓN

Daniel Carrascosa Lorente, María Antequera González, Carmen Dameto Pons, María Casado Rodríguez, Leire Loroño Yagüe, María García Duque, Begoña Pérez Corral y María Ballesteros Pomar

Hospital de León, Servicio de Endocrinología y Nutrición, León, España.

Objetivos: Los dispositivos de bomba de infusión continua de insulina (BICI), se han relacionado con un mejor control glucémico de las personas que los utilizan. Nuestro objetivo es analizar el perfil de control glucémico en pacientes usuarios de estos sistemas, así como describir sus características clínicas.

Material y métodos: Estudio observacional transversal que incluye a los pacientes con diabetes en seguimiento en la consulta de Endocrinología del Hospital de León desde 2020 hasta la actualidad que utilizan MiniMed™ 780G. Se excluyeron a pacientes menores a 14 años y gestantes. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y analíticas, incluyendo parámetros extraídos de los registros de la BICI.

Resultados: Se incluyeron a 50 pacientes, de los cuales, el 66% fueron mujeres y la edad media fue de 42 años (DE 12,21). Un 94% de los pacientes era diabético tipo 1. El tiempo medio de evolución de la diabetes fue de 20,92 años (DE 10,55), presentando un 66% del total de la muestra un tiempo de evolución superior a los 15 años. En cuanto al control glucémico, la hemoglobina glicosilada media fue de 7,01% (DE 0,61). Un 80% de los pacientes presentó tiempos en rango (TIR) superiores al 70%, un 14% presentó tiempos de alto rango (TAR) por encima del 30% y un 10% presentó tiempos por debajo de rango (TBR) superiores al 5%. La glucosa promedio fue de 141,9 mg/dL (DE 17,2), con un coeficiente de variación (CV) medio de 31,95% (DE 4,94). Solo 11 pacientes presentaban valores del CV por encima del 36%. El indicador de control de glucosa (ICG) medio fue del 6,7% (DE 0,4). Por último, las dosis de insulina total media utilizada por los pacientes fue de 42,35 unidades diarias (DE 21,15).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes mostró un buen control glucémico, si bien sigue existiendo un porcentaje no desdeñable en los que persisten niveles glucémicos muy variables pese al uso de la BICI. Ello pone de manifiesto la importancia de fortalecer el aprendizaje y la monitorización continuada de los pacientes que utilizan estos sistemas, para así conseguir un control más estable a lo largo del tiempo.

P-070. TRANSICIÓN DEL SEGUIMIENTO GLUCÉMICO CON SMBG A MCG EN PACIENTES CON DM2 INSULINIZADOS EN HEMODIÁLISIS: EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR BASADO EN PLATAFORMAS DIGITALES

Sonia Caparrós molina^a, Pedro Gil Millán^{a,c}, Alicia Ribas Paulet^a, Ascension Lupiáñez Barbero^a, Eber Tapia Suárez^a, Rubén Ponce Valero^a y Shaira Martínez Vaquera^b

^aDiaverum Virgen de Montserrat, Sant Cugat del Vallès, España.

^bDiaverum Servicios Renales, Madrid, España. ^cServicio de Endocrinología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción y objetivos: El seguimiento glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) insulinizados en hemodiálisis (HD) representa un desafío clínico, dada la elevada variabilidad glucémica (VG) y el riesgo de hipoglucemias. En este contexto, desarrollamos un programa basado en el uso sistemático de plataformas digitales para mejorar el control metabólico, desde el autoanálisis capilar (SMBG) hasta la implementación de monitorización continua de glucosa (MCG).

Material y métodos: Desde 2022 se inició en tres centros de HD un programa multidisciplinar (nefrología, enfermería especializada y endocrinología/nutrición). Se realizaron descargas de glucómetros (Accu-Chek[®]) tres veces por semana en la plataforma SmartPix Online[®], monitorizando glucosa media, TIR (70-180 mg/dL), TAR (> 180 mg/dL) y TBR (< 70 mg/dL). Se compararon los datos basales con los de seguimiento a dos años. Posteriormente, en una cohorte de 32 pacientes, se implantó MCG durante 20 días (Dexcom One Plus[®]), analizándose su correlación con los últimos registros de SMBG. Las métricas glucémicas se analizaron mediante plataformas Roche y Dexcom Clarity[®].

Resultados: En los 53 pacientes con SMBG, tras dos años de seguimiento, no se observaron cambios en TIR (70,55% a 67,28%), una tendencia de incremento en TAR (24,64% a 30,72%) y un descenso del TBR (4,55 vs. 2,6%; p = ns). En el subgrupo con MCG (n = 32), no se observaron diferencias significativas en glucosa media (166,7 vs. 161,1 mg/dL, p = NS), TIR (67,3% SMBG vs. 66,6% MCG, p = NS), ni TAR (30,73 vs. 31,38%). Sin embargo, el TBR mostró una reducción (2,36% SMBG vs. 1,64% MCG;) aunque no significativa, si clínicamente importante. El GMI obtenido por MCG (7,23 ± 1,11%) fue significativamente superior a la HbA_{1c} (6,45 ± 1,39%; p < 0,001), indicando una posible infraestimación del control glucémico por HbA_{1c}.

Conclusiones: La implementación escalonada de plataformas digitales ha permitido optimizar el control metabólico en pacientes

con DM2 en HD, integrando el rol activo de un equipo especializado. La transición de SMBG a MCG ha demostrado detectar patrones glucémicos subclínicos, mejorando la toma de decisiones terapéutica tanto del paciente como del profesional. Este modelo representa una estrategia efectiva, facilitando además la coordinación asistencial mediante plataformas digitales. Este modelo podría contribuir a un cambio de paradigma en el manejo de la diabetes en el paciente en HD.

P-071. IMPACTO DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL CONTROL METABÓLICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1

Cristina Perez Fernández^b, Mercè Abad Martín^b, José Alfonso Arranz Martí^c, Cristina Hernández Pascual^{a,b}, Rafael Simó Servat^b, Olga Simó Servat^{a,b} y Fernando Sebastián-Valle^c

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ^bUnidad de Investigación en Diabetes y Metabolismo, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, España. ^cServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de La Princesa, Madrid, España.

Objetivos: La práctica de actividad física en los pacientes con diabetes es un pilar fundamental para la optimización del control metabólico, y a la vez un reto por el riesgo de presentar hipoglucemias. El objetivo del presente estudio es evaluar el grado de control metabólico obtenidos por monitorización continua de glucosa (MCG) en pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) y su relación con el grado de actividad física.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, multicéntrico y transversal, entre diciembre de 2024 y mayo de 2025. Se incluyeron pacientes adultos con DM1, portadores de MCG FreeStyle[®], atendidos en las consultas externas del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona y del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid. Se excluyeron del estudio los pacientes portadores de sistemas de infusión subcutánea continua de insulina (ISCI). EL nivel de actividad física fue evaluado mediante el cuestionario International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), el cual mide el nivel de ejercicio físico con METs (*Metabolic Equivalent of Tasks*).

Resultados: Se incluyeron un total de 427 pacientes con DM1, con una edad media de 48,1 ± 5,9 años, el 44,9% eran mujeres y la duración media de la diabetes fue de 20,3 años. Se estratificaron a los pacientes en 4 subgrupos en función de su nivel de actividad física

Tabla P-071

Variable	N total	METs Q1	METs Q2	METs Q3	METs Q4	p
		< 693 METs/week	693-1,520 METs/week	1,521- 2,978 METs/week	> 2,978 METs/week	
HbA _{1c} (%) [mmol/mol]	7.4 (6.8-8.1)	7.7 (7.1-8.5)	7.7 (6.9-8.2)	7.4 (6.8-8.1)	6.9 (6.5-7.5)	< 0.001
Smoking habit	135 (32.2%)	40 (37.4%)	45 (43.7%)	29 (27.4%)	21 (20.4%)	0.002
Lipid-lowering treatment	192 (45.4%)	52 (48.6%)	46 (43.8%)	51 (48.1%)	43 (41.0%)	0.637
GMI	7.1 (6.7-7.7)	7.4 6.9-8	7.2 (6.8-7.7)	7.1 (6.7-7.7)	6.9 (6.5-7.3)	< 0.001
TIR (70-180 mg/dL)	62 (49-75)	58 (42-68)	61 (46-73)	61 (48-75)	68 (58-81)	< 0.001
TITR (70-140 mg/dL)	38 (26-50)	32 (21-43)	38 (26-48)	37 (27-50)	44 (33-56)	< 0.001
TAR > 180 mg/dL	26 (16-34)	27 (22-34)	27 (18-35)	25 (6-37)	22 (12-30)	0.001
TAR > 250 mg/dL	8 (3-18)	11 (5-25)	8 (4-19)	8 (3-18)	5.5 (1.5-13)	0.001
TBR < 70	2 (1-6)	2 (1-4)	2 (1-6)	2 (1-5)	3 (1-6)	0.192
HDL-colesterol (mg/dL)	56 (47-67)	52 (44-64)	54 (47-65)	59 (51-67)	57 (48-70)	0.013
Triglycerides (mg/dL)	72 (54-96)	84 (69-118)	70 (56-103)	65 (52-85)	66 (46-90)	< 0.001

medido por MET. Observamos una clara relación con mejores resultados glucométricos y de perfil lipídico en aquellos pacientes con mayor actividad física, sin un incremento del tiempo en hipoglucemia. Respecto al hábito tabáquico, se evidenció una relación inversa con el nivel de actividad física, de modo que un mayor número de METs se asoció con un menor consumo de tabaco. No se observaron hipoglucemias significativas entre los tres grupos.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la práctica de actividad física contribuye de manera significativa a mejorar el control metabólico, sin episodios de hipoglucemia. Estos hallazgos ponen de manifiesto la relevancia del ejercicio físico como una práctica habitual dentro del abordaje integral de los pacientes con DM1.

P-072. ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA MCG EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA: PERSPECTIVA DE LAS ENFERMERAS REFERENTES

María José Martínez Roldán^a, Natalia Mangas Fernández^{a,b}, Carmen Martínez Melgar^a, Montserrat Ramos Fortes^a, Ana Chico Ballesteros^{a,b,d,e}, Inka Miñambres^{a,b,c,e} y Antonio Pérez Pérez^{a,b,c,e}

^aHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bInstitut de Recerca Sant Pau, Barcelona, España. ^cCIBERDEM, Barcelona, España. ^dCIBER-BBN, Madrid, España. ^eDepartamento de Medicina, Universidad Autónoma, Cerdanyola del Vallés, España.

Introducción y objetivos: La monitorización continua de glucosa (MCG) se está incorporando progresivamente en personas con diabetes tipo 2 en Atención Primaria, pero los modelos de implementación y el rol de las enfermeras referentes no están suficientemente descritos. El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau ha impulsado un modelo basado en formación inicial común para profesionales de los centros de atención primaria (CAP) y acompañamiento posterior por una enfermera consultora hospitalaria. El objetivo de este estudio es explorar la experiencia de las enfermeras referentes de los CAP respecto a este modelo de implementación de la MCG.

Material y métodos: Estudio cualitativo descriptivo y exploratorio, con diseño de estudio de casos mediante entrevistas semiestructuradas. Participaron cuatro enfermeras referentes en diabetes de diferentes CAP que habían aplicado el modelo. Las entrevistas se grabaron, transcribieron literalmente y analizaron mediante codificación temática inductiva, identificando categorías relacionadas con

la formación recibida, el acompañamiento de la enfermera consultora, la integración de la MCG en la práctica clínica y el impacto percibido en pacientes y profesionales.

Resultados: Se identificaron siete categorías principales. La formación inicial en el hospital se valoró como útil, aunque densa y de corta duración, y se sugirió complementarla con más práctica y sesiones de refuerzo. El acompañamiento de la enfermera consultora se percibió como un elemento clave para aplicar lo aprendido, ganar seguridad y resolver dudas en la práctica real. El rol de la enfermera referente se consolidó como liderazgo local en la implementación y referencia para el resto del equipo. En relación con los pacientes, las profesionales describen mayor autonomía, mejor comprensión del perfil glucémico, detección de hipoglucemias no reconocidas y mayor implicación en el autocuidado. En la práctica enfermera, la MCG facilita un ajuste más preciso del tratamiento y la toma de decisiones compartida, además de visibilizar causas del descontrol glucémico. Entre las dificultades se señalan problemas técnicos de conexión y sincronización, limitaciones de tiempo y necesidad de soporte técnico específico. Como propuestas de mejora, se destaca la importancia de una formación continua, práctica y en equipo, y de extender el modelo al conjunto de profesionales del CAP.

Conclusiones: El modelo de implementación de la MCG basado en formación inicial en cascada y acompañamiento por una enfermera consultora hospitalaria es bien aceptado por las enfermeras referentes de Atención Primaria y se percibe como una estrategia útil y transferible. La figura de la enfermera referente emerge como clave para la consolidación del programa, aunque se requiere reforzar la formación continuada, el soporte técnico y la implicación de todo el equipo multidisciplinar para garantizar la sostenibilidad del modelo.

P-073. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA, IMPORTANCIA DE LA EDAD Y ADHERENCIA

Paula Delgado Gutiérrez^a, Matilde Rubio-Almanza^{a,c}, Paolo Rossetti^{a,b,c}, María-Soledad Navas de Solis^{a,c}, Arturo Martínez^a, Aurora Gómez^a y Juan-Francisco Merino-Torres^{a,b,c}

^aHospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.

^bUniversidad de Valencia, Valencia, España. ^cInstituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España.

Objetivos: Describir el perfil glucémico de una cohorte de pacientes con diabetes mellitus (DM) que emplean los sistemas de monitorización continua de glucosa (MCG) y analizar factores implicados en el grado de control glucémico.

Tabla P-073

Distribución de variabilidad y control glucémico en los distintos grupos de edad

Variable	< 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥ 80
Glucosa promedio (mg/dl)	Media 184,2 (DE) (68,3)	180,4 (58,6)	174,3 (50,0)	169,9 (46,5)	169,2 (42,2)	162,7 (39,0)	163,9 (35,2)	164,8 (36,0)
TIR (%)	Mediana 55,0 (RIC) [39,5;61,8]	56,0 [40,2;70,0]	56,0 [41,0;72,0]	59,0 [42,5;74,0]	60,0 [45,5;73,5]	65,0 [52,0;78,0]	70,0 [52,0;80,0]	67,0 [57,0;77,0]
Eventos hipoglucemia (%)	Media 21,4 (DE) (24,1)	19,1 (22,2)	16,9 (18,8)	14,9 (17,7)	13,5 (15,4)	10,2 (14,3)	9,6 (12,4)	9,7 (13,8)
Coefficiente de variación (%)	Media 38,4 (DE) (11,5)	36,9 (8,5)	36,8 (8,8)	35,5 (7,9)	35,5 (7,6)	32,9 (7,4)	31,5 (7,3)	30,0 (6,2)
Sensor activo (%)	Media 73,1 (DE) (28,1)	80,0 (25,2)	80,1 (26,0)	86,4 (19,8)	85,8 (22,3)	85,8 (21,1)	87,5 (20,6)	80,1 (27,8)

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico en pacientes con DM usuarios de MCG (Freestyle libre). Se analizó la glucosa media, coeficiente de variación, tiempo en rango (TIR), porcentaje sobre/bajo objetivo y frecuencia de eventos de hipoglucemia. Los pacientes se agruparon por décadas de edad y se compararon según adherencia al uso del sensor $\geq 70\%$ o $< 70\%$.

Resultados: La base de datos inicial fue de 1.820 pacientes, seleccionando 1.694 con registros completos de las variables objeto de estudio. El 42% (n = 711), eran pacientes entre 40 y 59 años y el 84% (n = 1,422) mostró una adherencia al uso del sensor $\geq 70\%$. Se observaron diferencias relevantes en el control glucémico según la edad (los pacientes < 20 años presentaron una glucosa promedio de 184,2 mg/dL, frente a 162,7 y 163,9 mg/dL en los grupos de 60-69 y 70-79 años respectivamente). También se apreció una mejora en el TIR en los grupos de edad más avanzados, registrándose una mediana del 55% en los pacientes < 20 años respecto al 70% en el grupo de 70-79 años. Una mayor adherencia al uso del sensor se asoció a mejor control glucémico (glucosa media 165,9 vs. 191,9 mg/dL) y menor porcentaje de hipoglucemias (3,9 frente a 5,6%). El porcentaje de tiempo con el sensor activo fue superior en los grupos etarios más avanzados (87,5% en pacientes de 70-79 años vs. al 73,1% en pacientes < 20 años).

Conclusiones: La cohorte evaluada presenta una alta adherencia al uso de la MCG en el control de la DM. El uso del sensor $>70\%$ se asocia con un control más estable, reducción de fluctuaciones extremas y menor riesgo metabólico. Los pacientes de mayor edad usuarios de MCG presentaron mejor control glucémico.

P-074. IMPACTO DEL TIEMPO EN RANGO SOBRE LA APARICIÓN DE HIPOGLUCEMIA GRAVE EN PACIENTES DIABÉTICOS

Rosa Natalia García-Pérez, Víctor Siles-Guerrero, Aida Elhari-Egea, Juan Manuel Guardia-Baena y Martín López de la Torre-Casares

Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción y objetivos: El tiempo en rango (TIR) se ha consolidado como un objetivo terapéutico clave en el manejo de la diabetes, al reflejar la proporción de tiempo en la que los niveles de glucosa permanecen dentro del intervalo recomendado (70-180 mg/dL). Un TIR adecuado se asocia con un mejor control glucémico y con una reducción del riesgo de complicaciones relacionadas con la diabetes. Sin embargo, la relación entre el TIR y la aparición de hipoglucemia grave continúa siendo controvertida. La hipoglucemia grave, definida como un episodio que requiere ayuda externa para su resolución, representa una complicación relevante debido a su asociación con deterioro cognitivo, eventos cardiovasculares y aumento de la morbimortalidad. En este contexto, el presente estudio

tiene como objetivo evaluar el impacto del TIR sobre la probabilidad de presentar hipoglucemia grave y analizar su utilidad como posible predictor de seguridad metabólica en pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo basado en datos de monitorización continua de glucosa (MCG) procedentes de una cohorte de 70 pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2 atendidos en un hospital del sur de España. Se compararon el TIR, el tiempo en hipoglucemia (< 70 mg/dL y < 54 mg/dL) y la presencia de episodios de hipoglucemia grave entre los distintos grupos mediante pruebas estadísticas no paramétricas. El desenlace principal fue la incidencia de hipoglucemia grave en función de diferentes puntos de corte de TIR.

Resultados: Los pacientes que presentaron hipoglucemia grave no mostraron valores de TIR significativamente inferiores respecto a aquellos que no experimentaron episodios graves. Sin embargo, el análisis por subgrupos indicó que los pacientes con un TIR inferior al 60% tendían a presentar una mayor frecuencia de hipoglucemia grave. Aunque esta asociación no alcanzó significación estadística (p = 0,16), se observó una tendencia clínicamente relevante. Asimismo, los pacientes con episodios graves mostraron un mayor porcentaje de tiempo en hipoglucemia, lo que subraya la importancia de reducir la variabilidad glucémica.

Conclusiones: Si bien un TIR bajo se ha vinculado a un peor control glucémico global y a una mayor variabilidad de la glucosa, su valor específico como predictor de hipoglucemia grave continúa siendo incierto. Los resultados sugieren que el TIR podría desempeñar un papel como indicador de inestabilidad metabólica; sin embargo, su capacidad predictiva para la hipoglucemia grave requiere confirmación adicional. Son necesarios estudios prospectivos de mayor tamaño para consolidar el TIR como una herramienta fiable de estratificación del riesgo y para optimizar las estrategias terapéuticas dirigidas a minimizar los episodios hipoglucémicos manteniendo un control glucémico adecuado.

P-075. GLUCOMETRÍA EN DISTINTOS TIPOS DE DIABETES

Ana de Gracia Valero

Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España.

Introducción: La tecnología relacionada con el manejo de la diabetes ha aumentado considerablemente en los últimos años. Una de las herramientas que más ha revolucionado nuestras consultas en la actualidad han sido los sistemas de monitorización continua de glucosa, permitiendo al paciente reducir el número de tomas de glucemia capilar y facilitando el mejor control de la diabetes por parte del endocrinólogo. Los patrones representados son un fiel reflejo de la fisiopatología de cada tipo de diabetes.

Tabla P-075

Tipo de diabetes	Variabilidad	Glucosa promedio	TIR	TAR (> 180 mg/dl)	TAR (> 250 mg/dl)	TBR (< 70 mg/dl)	TBR (< 54 mg/dl)
Tipo 1	M	36,91%	168,65 mg/dL	59,91%	23,76%	12,41%	3,24%
	DE	6,64	30,96	16,19	8,30	13,09	2,85
	DE	4,09	22,99	12,90	7,30	9,70	2,02
Tipo 2	M	29,30%	216 mg/dL	38,67%	29,67%	29,33%	2,33%
	DE	4,77	65,27	28,74	5,50	31,89	4,04
Pancreatopriva	M	34,05%	163,5 mg/dL	65,75%	23,50%	8,75%	1,50%
	DE	4,83	19,84	15,10	8,38	8,05	1,73

Objetivos: Analizar diferencias en parámetros de glucometría de la monitorización continua de glucosa según el tipo de diabetes (tipo 1, tipo 2, pancreatopriva y LADA).

Material y métodos: Se realiza un estudio longitudinal prospectivo incluyendo pacientes diabéticos tipo 1, tipo 2 y LADA del Hospital Universitario de Jaén y el Hospital San Juan de la Cruz, registrándose datos de antropometría, analítica y monitorización continua de glucosa (MCG).

Resultados: Se estudiaron un total de 75 pacientes, de los cuales 32 eran mujeres y 42 hombres, con edad media de $52,84 \pm 14,91$ años. Con un IMC medio de $27,54 \pm 4,16$ kg/m² y una hemoglobina glicosilada media de $11,56 \pm 3,22\%$. 21 del total eran obesos. El 65,3% de ellos eran diabéticos tipo 1, el 17,3% padecían diabetes mellitus (DM) tipo LADA, el 12% tipo 2 y el 5,3% diabetes pancreatopriva. La tabla muestra los resultados descriptivos del análisis glucométrico de la MCG. Al analizar los valores medios de los parámetros de la glucometría, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los valores medios de los distintos tipos de diabetes, resultando en todos los casos con una $p > 0,05$.

Conclusiones: Tras el estudio de nuestra muestra, constatamos diferencias clínicas en los parámetros de glucometría entre los distintos tipos de diabetes, especialmente la variabilidad, glucosa promedio y TIR. Mostramos la actualización de resultados de un estudio en marcha.

P-076. USO DE DATOS DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA PARA UN MODELO DE SEGUIMIENTO PROACTIVO EN PACIENTES CON DIABETES: ANÁLISIS POBLACIONAL

Aurora Gómez Manrique^a, Arturo Martínez Puertes^a, Paolo Rossetti^{a,b,c}, Matilde Rubio Almanza^{a,c}, M.^a Sol Navas de Solis^{a,c}, Antonio Martínez Millana^d y Juan Francisco Merino Torres^{a,b,c}

^aHospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.

^bUniversidad de Valencia, Valencia, España. ^cInstituto Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España. ^dInstituto ITACA, Universidad Politécnica Valencia, España.

Objetivos: Disponer de una visión poblacional agregada de los datos procedentes de sistemas de monitorización continua de glucosa (CGM) que permita comprender las dinámicas generales de control glucémico, identificar perfiles de riesgo y facilitar la priorización clínica de pacientes antes de su atención en consulta.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte de 250 pacientes con diabetes usuarios de sistemas de monitorización continua de glucosa Dexcom ONE+ y Dexcom G7. A partir de los registros CGM, se integraron y analizaron métricas estandarizadas de control glucémico mediante una herramienta de visualización clínica orientada al análisis poblacional. Los datos se estratificaron según criterios clínicamente relevantes para obtener una visión global de las glucometrías de la población: distribución de tiempos en rango (TIR), tiempo por debajo del rango (TBR), TBR muy bajo, tiempo por encima del rango (TAR) y TAR muy alto; grupos de edad; porcentaje de uso del sensor; rangos de GMI (4-6%, 6-8%, 8-10% y > 10%); y coeficiente de variación (CV). Esta estratificación permite analizar de forma conjunta el grado de control glucémico, la variabilidad y la adherencia al uso del sensor, proporcionando una visión poblacional estructurada y clínicamente interpretable.

Resultados: La herramienta ofrece una visión agregada y actualizada de las glucometrías poblacionales, permitiendo identificar patrones generales de control glucémico y su distribución según

edad, uso del sensor y variabilidad. La estratificación por TIR y rangos de GMI pone de manifiesto subgrupos de pacientes con control adecuado, subóptimo o claramente inadecuado, mientras que la combinación con CV y porcentaje de uso del sensor permite detectar situaciones de alta variabilidad glucémica o baja adherencia. La muestra descrita a fecha redacción presenta una TIR de 63%, con 42% con CV $\geq 36\%$ y con un 65% con GMI 6-8%.

Conclusiones: La disponibilidad de una visión poblacional estructurada de los datos de CGM es una herramienta esencial para evolucionar hacia un modelo de seguimiento proactivo en diabetes. Este enfoque permite adaptar el sistema de atención, configurar agendas y visitas por orden de criticidad, asegurar una asistencia equitativa para todos los pacientes y reducir el tiempo dedicado al análisis de datos.

P-077. VARIABILIDAD GLUCÉMICA Y SU RELACIÓN CON PARÁMETROS CLÍNICOS Y GLUCOMÉTRICOS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA

Arturo Martínez Puertes^a, Aurora Gómez Manrique^a, Paolo Rossetti^{a,b,c}, Matilde Rubio Almanza^{a,c}, María Soledad Navas de Solis^{a,c}, Ana Isabel Catalá Gregori^{a,c} y Juan Francisco Merino Torres^{a,b,c}

^aHospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.

^bUniversidad de Valencia, Valencia, España. ^cInstituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España.

Introducción y objetivos: Los Estándares de Atención de la American Diabetes Association (ADA) han ampliado las recomendaciones de la monitorización continua de glucosa (MCG) en personas con diabetes mellitus (DM), permitiendo un análisis dinámico que no ofrecen los métodos tradicionales. La variabilidad glucémica (VG) ha emergido como un componente crítico, dado que las fluctuaciones glucémicas se asocian con un mayor riesgo de complicaciones agudas y crónicas. A pesar de la estandarización de informes como el perfil de glucosa ambulatorio (AGP), persisten lagunas importantes en la valoración de la VG, para traducir recomendaciones generales en estrategias individualizadas. En el presente trabajo se analiza la relación entre la VG, evaluada mediante el coeficiente de variación (CV), y características clínicas en pacientes con DM tipo 1.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo en una muestra aleatorizada de 68 pacientes con DM tipo 1 y MCG, atendidos en las consultas del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario y Politécnico La Fe entre noviembre y diciembre de 2025. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y antropométricas mediante el programa OrionClinic[®], así como parámetros glucométricos a partir de informes AGP de dos semanas en la plataforma FreeStyle LibreView[®]. El análisis estadístico se realizó con el programa PSPP[®], expresando los resultados como media (\pm DE) o frecuencias (%).

Resultados: El 51,5% de los pacientes eran varones, edad media de $44,9 \pm 12$ años, índice de masa corporal de $25,9$ kg/m² y un tiempo medio de evolución de la DM de 26,8 años. La HbA_{1c} media fue del 7,6 ($\pm 1,1\%$). El CV medio fue del 36,3 ($\pm 5,7\%$), siendo inferior al 36% en el 48,5% de los pacientes. El tiempo en rango (TIR) fue del 60 $\pm 18,1\%$ y el tiempo de actividad del sensor del 92,5 $\pm 14,2\%$. Se observó una correlación débil e inversa entre el CV y el TIR (Rho -0,262; $p = 0,031$), así como una correlación positiva moderada-alta entre el CV y el tiempo bajo rango (Rho 0,602; $p < 0,001$). El 55,5% de los pacientes con retinopatía diabética presentaron un CV superior al 36%, sin alcanzarse significación estadística. Se describió una fuerte correlación negativa entre TIR y HbA_{1c} (Rho = -0,739; $p < 0,001$),

con una reducción aproximada del 0,5% en la HbA_{1c} por cada incremento del 10% en el TIR.

Conclusiones: Un mejor control glucémico se asocia con menor VG. Los pacientes con mayor exposición a hipoglucemias presentan fluctuaciones glucémicas más pronunciadas. La integración de la MCG en la práctica clínica es una estrategia inexcusable para optimizar el manejo de la DM.

P-078. OPTIMIZACIÓN DEL AUTOCONTROL GLUCÉMICO EN ATENCIÓN PRIMARIA: EVALUACIÓN DE DEL SISTEMA CONTOUR® CARE

Lluïsa Perich Tubert

CAP Blanes, Blanes, España.

Introducción y objetivos: El manejo de la diabetes mellitus en Atención Primaria requiere herramientas que no solo garanticen precisión clínica, sino que también fomenten la autonomía del paciente. El sistema Contour® CARE se presenta como una solución integral que combina tecnología avanzada con una interfaz simplificada para mejorar el cumplimiento terapéutico. El objetivo es analizar los beneficios clínicos y operativos del sistema Contour® CARE en el entorno de Atención Primaria, evaluando tanto su precisión técnica como el grado de satisfacción y facilidad de uso en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de edad avanzada.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal realizando un cuestionario presencial corto a una muestra de 62 personas con DM2 (edad entre 55 y 90 años) atendidas en nuestro Centro de Atención Primaria. Todos los participantes eran usuarios previos de otros glucómetros del mercado, permitiendo una valoración comparativa.

Parámetro de usabilidad	Valoración positiva (%)
Facilidad de lectura de la pantalla	100%
Utilidad de la función Segunda Oportunidad® de llenado	98%
Manejo de la tira reactiva	99%
Facilidad de lectura con indicador smartCOLOUR™	98%
Sencillez del proceso (aprendizaje y obtención de muestra)	100%*

Resultados: Respecto a la experiencia del usuario, el 99% confirmó un grado muy elevado de satisfacción, permitiendo reducir el error humano y la frustración de la persona durante el proceso de medición. Los hallazgos principales fueron: interpretación inmediata y legibilidad: dada la media de edad (hasta 90 años), destacaron la pantalla de fácil lectura y la función smartCOLOUR™. Esta proporciona retroalimentación visual instantánea (verde/amarillo/rojo), reduciendo la carga cognitiva y facilitando la toma de decisiones ante hipoglucemias. Eficiencia y ahorro: la tecnología de Segunda Oportunidad® de llenado (permite aplicar más sangre en la misma tira durante 30 segundos) fue calificada como altamente útil. Esto disminuye significativamente el descarte de tiras por errores de dosificación, optimizando el presupuesto del centro. Facilidad de uso general: El 100% de los encuestados resaltó la sencillez del dispositivo frente a modelos anteriores, simplificando el proceso de medición diaria. Gestión Digital: además se valoró positivamente la conectividad Bluetooth con la app CON-

TOUR® DIABETES, que permite un seguimiento proactivo sin dependencia de libretas en papel.

Conclusiones: El sistema Contour® CARE se consolida como una herramienta de alta eficiencia para la Atención Primaria. Su diseño intuitivo elimina barreras técnicas en personas con diabetes de edad avanzada, lo que, unido al altísimo nivel de satisfacción (99%), refuerza la adherencia al autocuidado. La combinación de alertas visuales y la reducción de errores de llenado contribuye a una mejor seguridad y a una gestión más sostenible de los recursos sanitarios.

P-079. DISCORDANCIA ENTRE HBA_{1c} Y GMI EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON DIABETES TIPO 1: IMPLICACIONES CLÍNICAS PARA LA DETECCIÓN DE ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS

Carmen Fernández de Araoz, Helena Urriza, Jose Antonio Rosado, Lucía Ribas, Paloma Iglesias, María Durán e Isabel Pavón

Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.

Objetivos: La hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) puede sobreestimarse en situaciones que alteran la vida media del hematíe, como la ferropenia, frecuente en mujeres en edad fértil. En pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1), el endocrinólogo suele ser el principal responsable del seguimiento y, en situaciones de estabilidad, no siempre se realizan análisis que permitan detectar estas alteraciones. El objetivo fue evaluar si la discrepancia entre HbA_{1c} y el *Glucose Management Indicator* (GMI) puede servir como señal clínica para sospechar alteraciones hematológicas en mujeres jóvenes con DM1 y orientar la solicitud de estudios analíticos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en mujeres ≤ 50 años con DM1 en seguimiento por el Servicio de Endocrinología del Hospital Universitario de Getafe. Se excluyeron gestantes. Se analizaron pares HbA_{1c}-GMI junto con variables clínicas, métricas de monitorización continua de glucosa y parámetros hematológicos. La discrepancia se expresó como diferencia absoluta HbA_{1c}-GMI. Se definió alteración de la vida media del hematíe (AVMH) cuando existía al menos uno de los siguientes criterios: anemia, hierro sérico bajo, índice de saturación de transferrina bajo, ferritina baja o déficit de vitamina B12 o ácido fólico, según los valores de referencia del laboratorio. Para evaluar si las pacientes con (AVMH) presentaban mayor discrepancia entre los valores de HbA_{1c}-GMI se utilizó el test no paramétrico de aleatorización de Fisher-Pitman. La capacidad discriminativa de distintos puntos de corte se evaluó mediante una curva ROC y en cada punto de corte con valores aceptables de sensibilidad y especificidad se estudió la asociación con parámetros hematológicos.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes, con edad media 33,7 ± 10,6 años y duración media de la DM1 16,0 ± 11,2 años. La discrepancia HbA_{1c}-GMI media fue 0,47 ± 0,62%. Un 32,9% presentó criterios de AVMH. Las pacientes con AVMH mostraron una discrepancia significativamente mayor que aquellas sin alteraciones hematológicas (0,67 ± 0,95 vs. 0,37 ± 0,34%; p = 0,048). Se observó una tendencia similar en pacientes con anemia, aunque sin significación estadística (p = 0,061), posiblemente en relación con el tamaño muestral. El análisis de distintos puntos de corte no identificó una asociación consistente con ferritina baja, índice de saturación de transferrina bajo o anemia. La capacidad discriminativa de la discrepancia HbA_{1c}-GMI para detectar AVMH fue moderada, con un área bajo la curva ROC de 0,63 (IC95%: 0,51-0,75).

Conclusiones: En mujeres en edad fértil con DM1, la discrepancia HbA_{1c}-GMI se asocia a alteraciones hematológicas compatibles con una modificación de la vida media del hematíe, aunque no identifi-

ca específicamente ferropenia o anemia. Una discrepancia elevada puede considerarse una señal clínica de alerta que justifique ampliar el estudio hematológico, contribuyendo a una interpretación más precisa del control glucémico.

06. TRATAMIENTO DIABETES TIPO 1

P-080. ÍNDICE DE RIESGO GLUCÉMICO COMO PREDICTOR DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1

María Antequera González, Carmen Dameto Pons, María Casado Rodríguez, Leire Loroño Yagüe, Daniel Carrascosa Lorente, Elena González Arnáiz, Diana Guadalupe Ariadel Cobo y María Ballesteros Pomar

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

Objetivos: Evaluar la capacidad discriminadora y cuantificar la asociación estadística del índice de riesgo glucémico (GRI) como predictor del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) mediante el cuestionario EPADR en pacientes con diabetes tipo 1 (DT1), así como describir las características clínicas y glucométricas de la cohorte analizada.

Material y métodos: Estudio transversal que incluyó 109 adultos con DT1. Se recogieron variables clínicas, antropométricas, y métricas de monitorización continua de glucosa (TIR, TAR1-2, TBR1-2, glucemia media, GMI, CV y GRI). El riesgo de TCA se definió mediante el cuestionario EPADR ≥ 20 puntos. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante t de Student o Wilcoxon según normalidad. La asociación entre GRI y riesgo elevado de TCA se evaluó mediante regresión logística, y la capacidad discriminadora mediante curva ROC.

Resultados: Se incluyeron 109 adultos con DT1, con una edad media de 29,3 años; el 56,9% eran mujeres. El 34,9% presentó un riesgo elevado de TCA. Este riesgo fue significativamente más prevalente en mujeres (79,5 vs. 20,5%; $p < 0,002$), sin diferencias según el tipo de tratamiento (MDI/ISCI). Los pacientes con EPADR ≥ 20 mostraron un perfil clínico y glucémico significativamente más desfavorable, con mayor IMC (27,32 vs. 23,81 kg/m²; $p = 0,003$), además de valores superiores de HbA_{1c} (8,20 vs. 7,18%; $p < 0,001$), glucemia media (195,06 vs. 158,31 mg/dL; $p < 0,001$), GMI (8,11 vs. 7,15%; $p < 0,001$) y variabilidad glucémica medida mediante CV (39,68 vs. 35,20%; $p = 0,003$). Presentaron también un TIR significativamente menor (47,67 vs. 63,63%; $p < 0,001$), junto con incrementos en TAR1 (26,1 vs. 22,0%; $p = 0,02$) y TAR2 (20,63 vs. 10,62%; $p < 0,001$). El GRI fue notablemente superior en el grupo de mayor riesgo (68,14 vs. 43,00; $p < 0,001$). En el análisis de regresión logística, el GRI se asoció significativamente con un mayor riesgo de TCA (OR = 1,03; IC95%: 1,013-1,0488). En la curva ROC, el AUC fue de 0,716 y se identificó un punto de corte de GRI $\geq 45,4$, que alcanzó una sensibilidad de 0,762 y una especificidad de 0,612.

Conclusiones: El riesgo elevado de TCA en adultos con DM1 se asocia de forma significativa con un peor perfil glucométrico, incluyendo mayor HbA_{1c}, glucosa promedio, GMI, GRI, TAR1 y TAR2, CV y menor TIR. El GRI se comporta como un parámetro glucométrico útil para identificar riesgo elevado de TCA, proponiéndose un punto de corte clínicamente aplicable (GRI $\geq 45,4$). Estos hallazgos respaldan el uso de métricas avanzadas de CGM para mejorar la detección precoz de TCA en DM1 y son necesarios más estudios para corroborar estos hallazgos.

P-081. VIABILIDAD Y EFECTIVIDAD DE UN MODELO DE ATENCIÓN DIGITAL PROACTIVO PARA PACIENTES CON DIABETES TIPO 1

Marga Giménez Álvarez^a, Jéssica Alcaraz^b, Ignasi Nicolás^c, Jorge Mayoral^d, Nora Herrag^a, Desiree Balanta^a e Ignacio Conget^a

^aUnidad de Diabetes, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic, Barcelona, España. ^bDirección de Sistemas de Información, Hospital Clínic, Barcelona, España. ^cAthenea Solutions, Barcelona, España. ^dDirección de Estrategia, Hospital Clínic, Barcelona, España.

Objetivos: Evaluar la viabilidad y el impacto clínico-organizativo de un nuevo modelo asistencial para pacientes con diabetes tipo 1 (DT1), basado en una visita presencial anual complementada con seguimiento digital a demanda del paciente o de forma proactiva por el equipo clínico mediante una plataforma de seguimiento hospitalaria que clasifica el grado de control y las alertas de estado de cada paciente y la gestión a través de la *app El Meu Clínic*.

Material y método: Se incluyeron 340 pacientes con DT1 (65% mujeres, edad media 39,5 años). En el periodo basal presentaban un TIR promedio de 73,3%, TBR de 1,7% y un 90% de uso de sensor. El programa piloto evalúa el grado de control, las categorías en el seguimiento de los pacientes (ÓPTIMO si presenta en objetivos todos los datos glucométricos sin situaciones de alerta en el sistema, Subóptimo si presenta TIR 45-70%, TBR < 70 4-10% o TBR < 54 1-4%, Mal control si TIR < 45%, TBR < 70 > 10% o TBR < 54 > 4%, Alerta si ha presentado un episodio de hipoglucemia grave, ingreso hospitalario, consulta reciente imprevista o deterioro del control glucémico en las últimas 2 semanas y Falta de datos), y el número de consultas realizadas en el periodo basal, 3, 6, 9 y 12 meses. Se presentan los resultados preliminares a 9 meses de seguimiento. Se analizaron las métricas de control glucémico, la distribución por categorías y la variación en la carga asistencial respecto al año 2024.

Resultados: A lo largo de los 9 meses de seguimiento no se observaron diferencias significativas en TIR ni TBR. A los 9 meses, el 82% de los pacientes se encontraban en las categorías de buen control o control subóptimo: 140 pacientes (41,1%) en control óptimo y 138 (40,8%) en control subóptimo, de los cuales el 86% presentaron un TIR 65-70% y el 13% un TIR 50-60%. Solo un paciente (0,3%) se clasificó como mal control. El 16% no mostró datos conectados a los 9 meses. Se observó una reducción del 7,55% en el número total de visitas respecto al mismo periodo de 2024.

Conclusiones: El modelo asistencial híbrido, basado en monitorización a distancia y una única visita presencial anual, es factible, preserva la estabilidad del control glucémico y reduce la carga asistencial. La elevada proporción de pacientes con un aceptable control indica que este enfoque optimiza recursos y mejora la eficiencia sin comprometer la calidad. Habrá que confirmar su sostenibilidad, evaluar resultados clínicos a largo plazo y evaluar su extrapolación en otros grupos de pacientes.

P-082. IMPACTO DE LAS DIETAS BAJAS EN CARBOHIDRATOS EN EL CONTROL GLUCÉMICO Y EL PESO CORPORAL EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 1: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS DE ENSAYOS CLÍNICOS

Alba Rodríguez Muñoz^{a,b}, Lucía Ruiz-Rubio^{a,b}, María José Picón-Cesar^{a,c}, Francisco José Tinahones^{a,c,d} y José Ignacio Martínez-Montoro^{a,c}

^aHospital Universitario Virgen de la Victoria, IBIMA Plataforma Bionand, Málaga, España. ^bFacultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga, Málaga, España. ^cCIBER in Physiopathology of Obesity and Nutrition (CIBEROBN), Carlos III Health Institute, Madrid, España. ^dDepartamento de Medicina y Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga, Málaga, España.

Objetivos: Evaluar los efectos de las dietas bajas en carbohidratos sobre el control glucémico y el peso corporal en personas con diabetes tipo 1 (DM1), considerando también posibles eventos adversos. Se buscó clarificar los beneficios y la seguridad de estas estrategias, dada la evidencia limitada e inconsistente disponible.

Material y métodos: Revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos que evaluaron distintas intervenciones dietéticas con ingesta de carbohidratos < 100 g/día en pacientes con DM1 hasta diciembre de 2025. La búsqueda bibliográfica arrojó 1129 registros en cinco bases de datos. Tras aplicar los criterios de elegibilidad predefinidos, 12 referencias cumplieron los requisitos para su inclusión en la revisión sistemática (247 pacientes); de ellas, 7 aportaron datos al metaanálisis de la HbA_{1c}, 10 al metaanálisis del TIR, 8 al metaanálisis del TBR y 9 al metaanálisis de la pérdida de peso. La calidad de los estudios se evaluó con Cochrane Risk of Bias 2 para ensayos aleatorizados y ROBINS-I para estudios no aleatorizados. La certeza de la evidencia se evaluó mediante el enfoque GRADE. Se extrajeron datos sobre diseño, tamaño de muestra, características de los participantes y resultados glucémicos y ponderales.

Resultados: Las dietas bajas en carbohidratos se asociaron con mejoras clínicamente significativas en el control glucémico, evidenciadas por una reducción significativa de la HbA_{1c} (-0,39%) y un aumento significativo del tiempo en rango (TIR) (+5,6%). Estos beneficios glucémicos se lograron sin un aumento significativo en la exposición a hipoglucemias, como lo refleja una tendencia no significativa hacia la reducción del tiempo por debajo del rango (TBR) [-0,52%]. Se observó una tendencia a la pérdida de peso moderada (-1,27 kg), sin llegar a alcanzar la significación estadística. No se reportó un aumento de eventos adversos graves, incluyendo cetoacidosis diabética o hipoglucemia grave.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la restricción de carbohidratos (< 100 g/día) podría ser una estrategia óptima para mejorar de manera segura el control glucémico y favorecer la pérdida de peso en la DM1. Se requiere investigación adicional para evaluar la seguridad y eficacia a largo plazo de este enfoque nutricional, así como para definir los umbrales óptimos de ingesta de carbohidratos.

P-083. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y DE PERFIL DE GLUCÉMICO EN PACIENTES DM1 CON BICI YPSOMED EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Selena Rodríguez Fernández, Kevin David Díaz Gorrín, Javier Panizo Fra, Paula Pérez Machín, Itziar Aznar Ondoño, Macarena Sánchez Gallego-Alonso y Juan Ignacio Márquez de la Rosa

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España.

Introducción: Según la ADA, los sistemas automatizados de administración de insulina, son el método de preferencia para mejorar resultados glucémicos y reducir las hipoglucemias en Diabetes Mellitus tipo 1. Actualmente, se sugiere que estos dispositivos sean ofrecidos desde el diagnóstico o en poco tiempo de evolución de la

enfermedad. En los últimos años, dispositivos como la BICI Ypsomed han experimentado un aumento de uso en entornos clínicos gracias a su integración con SMCG y a sus mejoras tecnológicas.

Objetivos: Estudiar las características demográficas y el perfil glucémico de los pacientes con BICI Ypsomed en el Hospital Universitario de Canarias.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, sobre todos los pacientes con BICI Ypsomed en el Hospital Universitario de Canarias en 2025.

Resultados: Se analizó una muestra de 20 pacientes, 55% mujeres (mediana edad 47 años). Mediana de tiempo de evolución de DM1 de 20 años. De los pacientes con BICI Ypsomed, el 70% portadores de sensor FSL3 y el 30% con Dexcom G6. El 40% tenía BICI previa (37,5% Tandem, 12,5% Medtronic, 37,5% Insight y 12,5% Accu-check). En cuanto al tiempo de colocación, la mayor parte de los pacientes iniciaron la BICI en 2025 (14 en 2025, 4 en 2024, 2 en 2023). Previo al inicio de BICI, los pacientes presentaban una HbA_{1c} mediana de 6,80% y una media de 7,05%. Tras la implantación de la BICI una HbA_{1c} mediana de 6,18% y una media de 6,29% (reducción de 0,59%, de forma estadísticamente significativa). La mediana del GMI actual de estos pacientes es de 6,68%. Solo un paciente presentó una cetoacidosis diabética tras inicio de BICI Ypsomed, ninguno ha presentado hipoglucemias graves tras la colocación de BICI. Un 42,85% de los pacientes presentan complicaciones metadiabéticas (7 con retinopatía, 5 con nefropatía, 1 con neuropatía, 1 con ictus, 1 con artropatía). En cuanto a control lipídico presentan una media de 89,45 mg/dL de LDL y un 60% de los pacientes se encuentra fuera de su objetivo de LDL.

Conclusiones: El uso de la BICI Ypsomed se asoció con una mejora del control glucémico, (reducción de HbA_{1c} e incremento del TIR), sin un aumento significativo de complicaciones agudas. Estos resultados apoyan la utilidad de este sistema como herramienta eficaz en el manejo de la DM1. No obstante, dada la escasa muestra de nuestro centro, serán necesarios análisis más amplios para determinar el impacto a largo plazo y el papel del dispositivo frente a otras tecnologías disponibles.

P-084. INTERACCIÓN ENTRE DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y TERAPIA HORMONAL DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO: IMPACTO EN EL CONTROL GLUCÉMICO Y EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS. SERIE DE CASOS

Kevin David Díaz Gorrín, Selena Rodríguez Fernández, Javier Panizo Fra, Paula Pérez Machín, Patricia León González, Laura Mesa Suárez y Patricia Cabrera García

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España.

Introducción: Las personas trans con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) representan una población escasamente estudiada. La coexistencia de una enfermedad crónica que requiere un control metabólico estricto y los procesos de afirmación de género plantea retos clínicos complejos.

Tabla P-083

Parametría	TIR pre-BICI	TIR pos-BICI	TAR pre-BICI	TAR pos-BICI	TUR pre-BICI	TUR pos-BICI
Mediana	70%	78%	25%	20%	2%	2%
Media	60%	78%	30%	20%	3%	2%
Análisis estadístico (Wilcoxon)		+12,65*		-9,8*		-1%

*Resultados estadísticamente significativos.

Objetivos: Analizar la interacción entre la DM1 y la terapia hormonal de afirmación de género (THAG), evaluando su impacto en el control glucémico y en la toma de decisiones clínicas relacionadas con la THAG, la cirugía de afirmación de género y el manejo terapéutico de la DM1.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos de personas trans con DM1 atendidas en una consulta de identidad de género. Se incluyeron cinco pacientes con seguimiento. Se recogieron variables demográficas, clínicas y relacionadas con la transición de género, así como variables de control glucémico y uso de tecnología en diabetes. Se analizó la relación temporal entre el inicio de la THAG, el control glucémico y la toma de decisiones clínicas. Se realizó un análisis descriptivo.

Resultados: La edad media fue de 28,4 años (rango 19-41), con una edad media de inicio de la DM1 de 11,6 años. Cuatro pacientes recibían THAG, iniciada a una edad media de 19,8 años. La HbA_{1c} media inicial fue de 8,7%, a los 6 meses de 9% y a los 12 meses de 8,9%. En ningún caso la DM1 condicionó la indicación, el inicio ni la intensidad de la THAG. Sin embargo, en dos pacientes se retrasó la cirugía de afirmación de género (vaginoplastia) por necesidad de optimización del control glucémico preoperatorio. Un único paciente fue portador de bomba de infusión continua de insulina (BICI), observándose en este caso una mejoría clínicamente relevante del control glucémico tras su implantación, con descenso de la HbA_{1c} a los 6 meses de 8,2% a 6,1%. En los otros cuatro casos no se inició BICI: en tres pacientes debido a problemas de adherencia al tratamiento y a los controles de enfermería, y en un paciente por mantener un buen control glucémico sin necesidad de tecnología avanzada. No se observó un deterioro sistemático del control glucémico atribuible al inicio de la THAG.

Conclusiones: En esta serie de casos, la DM1 no constituyó una barrera para el acceso ni para la intensidad de la THAG. El control glucémico sí influyó en la planificación de cirugía de afirmación de género, requiriendo optimización metabólica previa en algunos casos. La THAG no se asoció a un empeoramiento significativo del control glucémico. La mejoría observada en el único caso con BICI sugiere que el acceso a tecnología, junto con una adecuada adherencia, puede desempeñar un papel clave en el control metabólico de personas trans con DM1.

P-085. RESULTADOS CLÍNICOS Y DE SEGURIDAD DE LOS SISTEMAS HÍBRIDOS AVANZADOS DE ASA CERRADA EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1 EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Carlota Losfáblos de Castro^a, Alba Gil Pascual^a, Clara Fernández Rivera^a, Pablo Lozano Martínez^a, Gema González Fernández^c, Eugenia Almería Fernández^a y Elena Pérez Galende^b

^aHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

^bHospital General de La Rioja, Logroño, España. ^cHospital Universitario San Jorge, Huesca, España.

Introducción: Los sistemas híbridos avanzados de asa cerrada (AHCL) han transformado el manejo de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) al integrar monitorización continua de glucosa y algoritmos de administración automatizada de insulina. Aunque los ensayos clínicos han demostrado su eficacia, los datos procedentes de la práctica clínica real a medio y largo plazo siguen siendo necesarios para confirmar su impacto y su perfil de seguridad en población adulta.

Objetivos: Describir la evolución del control glucémico y la seguridad asociadas al uso de sistemas AHCL durante 12 meses en adultos con DM1 en condiciones de práctica clínica real.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó adultos con DM1 que iniciaron un sistema AHCL (MiniMed 780G,

Tandem Control-IQ o CamAPS FX) entre 2021 y 2025. Se analizaron variables clínicas y glucométricas en la fase basal y a los 12 meses, incluyendo hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}), métricas derivadas de la monitorización continua de glucosa (glucemia media, GMI, tiempo en rango [TIR, 70-180 mg/dL], coeficiente de variación [CV]) y eventos de seguridad. Las comparaciones se realizaron mediante análisis apareados. Los resultados se expresan como media \pm desviación estándar.

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes (59,3% mujeres), con una edad media de 38,8 \pm 13,8 años y una duración media de la DM1 de 25,0 \pm 12,5 años. Antes del inicio de AHCL, el 66,7% utilizaban infusión subcutánea continua de insulina y el 32,1% múltiples dosis de insulina. Tras 12 meses de seguimiento, se observó una mejora significativa y clínicamente relevante del control glucémico. La HbA_{1c} descendió de 7,25 \pm 0,9% a 6,70 \pm 0,7% ($p < 0,001$), acompañada de una reducción de la glucemia media (-12,7 mg/dL; $p = 0,001$) y del GMI (-0,3%; $p < 0,001$). El TIR aumentó significativamente de 63,7 \pm 14,5% a 78,9 \pm 9,3% (+15,2 puntos porcentuales; $p < 0,001$), junto con una disminución de la variabilidad glucémica, reflejada por un descenso del CV de 36,9 \pm 6,2% a 32,1 \pm 6,0% ($p < 0,001$). Paralelamente, se redujeron los tiempos en hiperglucemia > 180 mg/dL y > 250 mg/dL en -7,0 y -4,5 puntos, respectivamente, y los tiempos en hipoglucemia < 70 mg/dL y < 54 mg/dL a -2,0 y -1,0 puntos. Desde el punto de vista de seguridad, la incidencia de hipoglucemia grave fue baja (3,7%) y no se registraron episodios de cetoacidosis diabética durante el seguimiento. El peso corporal y el perfil lipídico permanecieron estables.

Conclusiones: En práctica clínica real, los sistemas AHCL se asocian a una mejora significativa y sostenida del control glucémico en adultos con DM1, con un perfil de seguridad favorable, respaldando su implementación en el manejo habitual.

P-086. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS GLUCÉMICOS Y EL FLUJO A TRAVÉS DEL CATÉTER DEL EQUIPO DE INFUSIÓN EXTENDED DE MEDTRONIC®

Irene Álvarez Reyes, María José Amaya García, María Luengo Andrada, Paula Gómez Turégano, Fidel Jesús Enciso Izquierdo, Sergio Garrido Domínguez, Ana del Valle Azogil, Lucía Fuentes Barragán, Rocío Jazmín Grau Figueredo, Ana Alejandra Cordero Vaquero y José Antonio Lucas Gamero

Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres, España.

Introducción: En la terapia con sistema integrado en diabetes tipo 1 deben abordarse retos que incidan en la calidad de vida del paciente. Un elemento clave de estos sistemas es el catéter subcutáneo empleado para la infusión de insulina. Con el fin de minimizar eventos adversos relacionados con él los fabricantes han recomendado el cambio de catéter cada 2-3 días. El equipo de infusión Extended de Medtronic® permite su uso hasta 7 días, reduciendo la frecuencia de recambios y favoreciendo la comodidad del paciente.

Objetivos: Evaluación de los resultados glucémicos con el uso del set de infusión Extended de Medtronic® en los días 1, 2, 5 y 6 de uso. Además, valorar el flujo del catéter tras su retirada y eventos adversos relacionados con la colocación de este.

Material y métodos: Estudio prospectivo no aleatorizado. Hemos seleccionado 10 pacientes > 18 años, diabéticos tipo 1, en tratamiento con el sistema MiniMed780G que mantengan el modo automático al menos el 90% del tiempo y usuarios del equipo de infusión Extended de Medtronic®. Se han excluido aquellos con HbA_{1c} > 8,5% y uso de más de 37 UI de insulina al día.

Resultados: Se han incluido 10 pacientes, 7 hombres y 3 mujeres, con una media de edad de 50,8 \pm 17,2 años, valores de HbA_{1c} medios de 6,6 \pm 3,3%, IMC de 24,6 \pm 4,04 kg/m² y 23,9 \pm 12,05 años de evo-

lución de enfermedad. Al comparar los resultados glucométricos hemos obtenido unos valores de glucemia media en los días 1 y 2 de uso de $139,12 \pm 9,79$ mg/dL frente a $147 \pm 14,97$ mg/dL en el día 7 ($p > 0,05$). En cuanto al porcentaje de tiempo en rango (TER), el promedio de los días 1 y 2 frente al del día 7 fue: $83,02 \pm 6,50$ vs. $79,3 \pm 12,14\%$, ($p > 0,05$). También observamos un porcentaje superior de tiempo > 180 mg/dL promedio de los días 1 y 2 frente al día 7: $12,94 \pm 5,15$ vs. $16,85 \pm 10,15\%$, ($p > 0,05$). Registramos algunos eventos adversos en el lugar de inserción e incidencias con la cánula en el día 2. La comparación del flujo a través del catéter retirado ha resultado sin diferencias entre los días 2 y 7 de uso.

Conclusiones: Los datos muestran resultados glucométricos peores el último día de uso del catéter respecto a los primeros, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, posiblemente por el tamaño de la muestra. La frecuencia de eventos adversos no aumenta conforme aumentan los días de uso del catéter y el flujo a través del catéter no se deteriora con el uso.

P-087. CALIDAD DEL SUEÑO Y CONTROL GLUCÉMICO EN DIABETES MELLITUS TIPO 1: UNA RELACIÓN PARADÓJICA

Raquel Carbonell Hernández, Lucía Lázaro Martín, María Pasarón Fernández, Laura Nozal García, María Currás Varela y María Riestra Fernández

Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España.

Introducción: La relación entre la calidad del sueño y la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es compleja y bidireccional: la variabilidad glucémica puede influir negativamente en la calidad del sueño y, por otro lado, la alteración en la arquitectura del sueño puede favorecer un peor control glucémico.

Objetivos: Estudiar la relación entre la calidad de sueño subjetiva y diferentes marcadores glucométricos en personas con DM1.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con DM1 y datos de monitorización continua de glucosa (MCG). La calidad subjetiva del sueño se evaluó mediante el índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI), considerándose buena calidad del sueño una puntuación ≤ 5 y mala calidad del sueño una puntuación > 5 . Se registraron los siguientes parámetros glucémicos a partir de los dispositivos de MCG: glucosa media, tiempo en rango (TIR), tiempo en rango alto (TAR), tiempo en rango bajo (TBR), coeficiente de variación (CV), indicador de gestión de glucosa (GMI) y número de hipoglucemias. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS. Para el análisis descriptivo se calcularon medias y medianas con parámetros de dispersión. Para estudiar la relación entre la puntuación en el PSQI y las variables registradas se utilizó el test U de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes con DM1: 72,4% hombres, edad media 43,52 (DE 15,6), tiempo evolución de DM1 20,9 años (DE 10,8). El 72,4% utilizaban múltiples dosis de insulina y MCG, mientras que el 27,6% restante utilizaba un sistema de infusión continua de insulina. La HbA_{1c} media fue 7,49% (DE 1,02). Un 55,2% de los participantes obtuvieron una puntuación en el PSQI compatible con mala calidad del sueño. No se observó una relación estadísticamente significativa entre la puntuación del PSQI y la HbA_{1c}, glucosa media, TIR, TAR, GMI ni el tipo de tratamiento. Se objetivó una relación significativa entre una buena calidad del sueño y un mayor TBR ($p 0,018$), mayor número de hipoglucemias ($p 0,01$) y mayor CV ($p 0,037$).

Conclusiones: Más de la mitad de las pacientes presentaron mala calidad subjetiva del sueño, que no parece estar vinculada al control glucémico medido por HbA_{1c} o tiempo en rango. En varios estudios se ha reportado que la hipoglucemia nocturna puede favorecer el sueño profundo. Esto explicaría que en nuestra muestra los pacientes con más hipoglucemias refieren mejor descanso nocturno. Para-

dójicamente, los pacientes con mejor percepción del sueño presentan más variabilidad glucémica. Esto sugiere que la calidad del sueño percibida es un constructo complejo donde las variables psicológicas y la percepción de seguridad (miedo a la hipoglucemia) pueden tener más peso que la propia estabilidad metabólica. Como limitaciones, este estudio cuenta con una muestra reducida, lo que puede afectar a la potencia estadística de los resultados.

P-088. IMPACTO CLÍNICO Y SOSTENIBILIDAD A LARGO PLAZO DE LA TERAPIA CON SISTEMAS HÍBRIDOS DE ASA CERRADA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 EN VIDA REAL

Ana Rocío Martínez Hartmann, Cristian Jesús Lucena Morales, María Ángeles Cutilla Muñoz e Isabel Torres Barea

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad en vida real de la terapia con sistemas híbridos avanzados de asa cerrada (AHCL), analizando la evolución de parámetros glucémicos y requerimientos de insulina antes del inicio del tratamiento y durante el primer año de seguimiento.

Material y métodos: Estudio observacional en una cohorte de 83 pacientes adultos con DM1 (edad media $32,7 \pm 15,7$ años; 66,3% mujeres) atendidos en consulta monográfica del Hospital Puerta del Mar. El 86,7% inició tratamiento con sistema Minimed 780G. El 70% procedía de terapia con múltiples dosis de insulina y el 30% de asa abierta. Se analizaron variables glucémicas (TIR, TAR, TBR, HbA_{1c}, CV) y dosis de insulina comparando datos previos frente a 1, 6 y 12 meses de tratamiento. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para variables continuas y el test de McNemar para analizar cambios en la proporción de pacientes que alcanzan objetivos.

Resultados: El uso del sistema AHCL se asoció a una mejora precoz y significativa del control metabólico. El tiempo en rango (TIR > 70 mg/dL) aumentó significativamente en todas las visitas respecto al previo ($p < 0,001$). Esta mejora se logró mediante una reducción drástica del tiempo en hiperglucemia (TAR > 180 mg/dL) y del tiempo bajo rango (TBR < 70 mg/dL) ($p < 0,001$). La proporción de pacientes que alcanzó el objetivo compuesto (TIR $\geq 70\%$ +TBR $< 4\%$ +CV $< 36\%$) aumentó significativamente del 11% basal al 56,6% al año (McNemar $p < 0,001$). Respecto a la insulino terapia, aunque la dosis total de insulina (DTI) mostró una reducción no significativa ($p 0,07$), sí fue significativo el descenso de la dosis de insulina basal ($p < 0,01$) en comparación con el tratamiento previo. La tasa de retención del sistema al año fue del 87,8%.

Evolución de parámetros metabólicos: Previo vs. 1 año (datos expresados como media \pm DE. Valor p según prueba de Wilcoxon)

Parámetro	Previo a AHCL	1 año (AHCL)	p
HbA _{1c} (%)	7,61 \pm 1,15	6,95 \pm 0,60	< 0,001
TIR (% 70-180)	55,9 \pm 16,0	77,3 \pm 10,3	< 0,001
TAR (% > 180)	40,6 \pm 17,5	20,2 \pm 10,6	< 0,001
TBR (% < 70)	4,22 \pm 4,62	2,42 \pm 2,12	0,01
CV (% variabilidad)	37,0 \pm 6,93	32,2 \pm 4,79	< 0,001

Conclusiones: El tratamiento con sistemas AHCL en pacientes con DM1 demuestra ser altamente eficaz y seguro en práctica clínica real de forma precoz y mantenida. Logra optimizar la glucometría, reduciendo a la mitad el tiempo en hiperglucemia y minimizando el tiempo en hipoglucemia junto a una reducción de la variabilidad glucémica.

Destaca la optimización del perfil insulínico, logrando estos objetivos con menor necesidad de insulina fundamentalmente basal.

P-089. SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS INHIBIDORES SGLT2 EN MUJERES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y SOBREPESO U OBESIDAD: EXPERIENCIA A 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Karina Priscila Guzmán Espinoza^a, Teresa Antón Bravo^a, Fernando Neria Serrano^b, Nuria Bengoa Rojano^a, Alberto Fernández Martínez^a, María Augusta Guillén Sacoto^a y Macarena Lacarta Benítez^a

^aHospital Universitario de Móstoles, Móstoles, España.

^bUniversidad Francisco de Vitoria, Pozuelo de Alarcón, España.

Introducción: El sobrepeso supone gran carga emocional en mujeres con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Añadir iSGLT2 al tratamiento tiene ventajas metabólicas conocidas pero su uso se ha visto limitado por el riesgo de cetoacidosis diabética (CAD).

Material y métodos: Estudio retrospectivo en mujeres con DM1 a las que se prescribió un iSGLT2 para control ponderal, de albuminuria u optimización glucémica. Se recogieron variables en cuatro momentos: inicio del tratamiento (V1), primera revisión (V2), segunda revisión (V3) y última visita disponible (V4). Se empleó un modelo lineal mixto.

Resultados: Se incluyeron 34 mujeres; dapagliflozina fue el iSGLT2 más empleado. La edad media fue de 45 años y la duración media de la DM1 de 21 años. En V1, el IMC medio fue de 29,6 kg/m² y la HbA_{1c} de 7,4%; cuatro pacientes presentaban albuminuria. La primera revisión se realizó a los 5 meses, la segunda al año y el seguimiento medio fue de 67 meses. Dieciséis pacientes (47%) suspendieron el tratamiento tras una media de 37 meses. Las causas principales fueron el deseo gestacional (n = 3), el cambio a agonistas GLP-1 (n = 4) y los efectos adversos (n = 6), incluyendo cuatro episodios de CAD y un caso de infecciones urinarias recurrentes. Se registraron nueve candidiasis genitales, sin necesidad de retirada del fármaco. El tratamiento continuado se asoció a una pérdida de peso sostenida (aproximadamente 2,8 kg), mientras que las pacientes que suspendieron el iSGLT2 presentaron una reganancia ponderal que superó el peso basal. La HbA_{1c} disminuyó significativamente en V2, sin persistencia a largo plazo. En el grupo que mantuvo el tratamiento se observó una reducción sostenida de la presión arterial diastólica y de los requerimientos de insulina basal (p < 0,001). Todas las pacientes con albuminuria normalizaron este parámetro.

Resultados

	V1	V2	V3	V4 retiraron iSGLT2	V4 mantuvieron iSGLT2
Peso (kg)	78,23	75,6*	74,1*	82,39*	75,43*
IMC (kg/m ²)	30,22	29,21*	28,65*	31,78*	29,17*
HbA _{1c} (%)	7,62	7,28*	7,54	7,58	7,31
Insulina basal (unidades)	28,3	26,3	25,6	25,36	21,1*

*p < 0,05 vs. V1.

Conclusiones: En mujeres con DM1 y sobrepeso u obesidad, los iSGLT2 ofrecen beneficios metabólicos modestos a corto plazo. A largo plazo se mantienen las mejoras en peso y presión arterial, pero disminuye el control glucémico, con un perfil de seguridad aceptable.

P-090. CONTROL DEL COLESTEROL LDL EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 1: ¿INFLUYE LA ESCALA DE RIESGO CARDIOVASCULAR UTILIZADA?

Mirene Iglesias Rodrigo, Elsa Fernández Rubio, Blanca González Jauregui, Virginia Urquijo Mateos, Tamaya Cadiñanos Fernández de Ocariz, Saida Huerga González y Nuria Valdés Gallego

^aHospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España.

Introducción y objetivos: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de mortalidad en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). La dislipemia constituye uno de los determinantes más relevantes del riesgo cardiovascular (RCV) en esta población; sin embargo, la consecución de los objetivos de colesterol LDL continúa siendo baja. El objetivo es evaluar el porcentaje de pacientes con DM1 que alcanzan los objetivos de LDL según su categoría de RCV.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en adultos con DM1 que participan en el Registro Europeo SWEET. Se realizó un análisis transversal (octubre-diciembre de 2025) utilizando los datos de la última consulta: función renal, presión arterial, perfil lipídico, glucemia en ayunas, hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}), antecedentes de eventos cardiovasculares, complicaciones macro y microangiopáticas e intensidad del tratamiento hipolipemiante. El RCV se estimó mediante la Steno Type 1 Risk Engine (Steno-Risk) y la clasificación de riesgo de la European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society (ESC/EAS). El análisis estadístico se realizó con SPSS y Excel.

Resultados: Se analizaron 200 pacientes (52,5% varones), con edad media de 43,14 ± 13,99 años y duración media de DM1 de 20,98 ± 11,88 años. El índice de masa corporal fue 26,38 ± 4,67 kg/m²; el 17% eran fumadores y el 22% realizaban más de 3,5 horas de ejercicio semanal. La HbA_{1c} media fue 7,3 ± 1,0% y el LDL 95,8 ± 28,1 mg/dl. Respecto a complicaciones/comorbilidades: retinopatía 26,5%, hipertensión 16,5%, nefropatía 12,5%, neuropatía periférica 4,5, enfermedad arterial periférica 4%, accidente cerebrovascular 2% e infarto agudo de miocardio 1%. El 41,5% recibía tratamiento hipolipemiante (4,8% baja, 49,3% moderada y 45,7% alta intensidad). Según Steno-Risk, el 47,5% se clasificó como riesgo bajo, el 29,5% moderado, el 20% alto y el 3% restante presentaba un evento cardiovascular previo. Con la clasificación ESC/EAS, el 6%, 30% y 63% se clasificó como de riesgo moderado, alto y muy alto, respectivamente. La concordancia entre ambas clasificaciones fue baja, como refleja el índice kappa (κ = -0,029; p = 0,165). El 31% de la muestra alcanzó los objetivos de LDL según Steno-Risk, mientras que con la clasificación ESC/EAS, lo hizo el 12%.

Conclusiones: En adultos con DM1, la tasa de consecución de objetivos de LDL es baja, aunque difiere según la escala empleada (31% con Steno-Risk frente al 12% con ESC/EAS), debido a una clasificación hacia categorías de mayor riesgo con ESC/EAS. Los hallazgos sugieren que la elección de la escala de RCV podría condicionar los objetivos terapéuticos influyendo en la toma de decisiones clínicas. Estos resultados respaldan la necesidad de implementar escalas de riesgo adaptadas a la población con DM1, que permitan la identificación de aquellos pacientes que obtendrían un mayor beneficio del tratamiento hipolipemiante.

P-091. ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LOS SISTEMAS HÍBRIDOS DE ASA CERRADA SEGÚN TRATAMIENTO Y CONTROL GLUCÉMICO PREVIO AL INICIO DE LA TERAPIA

Sofía Baniandres Eizaguirre, Ángela Alonso Echarte, Javier Aguirre Castiella, María José Goñi Iriarte, Javier Basterra Gortari, Marta García Mouriz y Amaya Sainz de los Terreros Errea

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

Tabla P-091

Cambios en el control glucémico pre y posimplantación del HCL según el tratamiento y el control glucémico previos

		GMI				Interacción (P ₂)	TIR				Interacción (P ₂)	TBR				Interacción (P ₂)
		Pre	Post	P ₁			Pre	Post	P ₁			Pre	Post	P ₁		
Tratamiento previo	Total	7,35	6,83	< 0,001	No aplica	59,00	77,06	< 0,001	No aplica	3,04	1,51	< 0,001	No aplica			
	MDI (N = 63)	7,43	6,73	< 0,001	< 0,01	56,77	79,02	< 0,001	0,01	3,00	1,77	< 0,01	0,37			
	ISCI (N = 146)	7,31	6,88	< 0,001		59,96	76,20	< 0,001		3,06	1,39	< 0,001				
Grado de control previo	HbA _{1c} < 7% (N = 57)	6,59	6,59	0,89	< 0,001	76,93	83,44	< 0,001	< 0,001	4,72	2,00	< 0,001	< 0,01			
	HbA _{1c} > 7% (N = 142)	7,66	6,93	< 0,001		52,20	74,63	< 0,001		2,40	1,26	< 0,001				

P₁: p que compara el valor pre y post; P₂: p de la diferencia del cambio en los diferentes subgrupos.

Introducción: Los estudios evidencian una mejora significativa del control glucémico en pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) mediante los sistemas híbridos de asa cerrada (HCL). Sin embargo, es menos conocida la influencia de factores como el tratamiento y el control glucémico previos en dicha respuesta.

Objetivos: Analizar la respuesta al tratamiento con HCL según el tratamiento y el control glucémico previos del paciente.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 212 pacientes con DM1 que comenzaron HCL entre el 2021 y el 2025. Se analizó la variación de parámetros glucométricos pre y post-HCL (GMI, TIR, TBR, TAR y CV) según tratamiento (múltiples dosis de insulina (MDI) o infusión subcutánea continua de insulina (ISCI)) y control glucémico previos (HbA_{1c} < 7% o > 7%). El análisis estadístico se realizó mediante SPSS, con prueba t de Student para muestras emparejadas y regresión lineal múltiple para factores asociados.

Resultados: La edad media es de 44,6 ± 13,7 años (46,2% hombres y 53,8% mujeres), con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 25,5 ± 10,13 años. De forma global, todos los parámetros analizados mejoraron significativamente. En el análisis por subgrupos, se observó una reducción del GMI y un aumento del TIR significativamente mayores en el grupo previamente tratado con MDI frente al grupo con ISCI previa, sin diferencias en el TBR (tabla). Al estratificar a los pacientes según el control glucémico previo, los pacientes con HbA_{1c} > 7% presentaron una reducción del GMI y un aumento del TIR significativamente mayores, mientras que la disminución del TBR fue mayor en aquellos con HbA_{1c} < 7% (tabla).

Conclusiones: El tratamiento con HCL aumenta el TIR y disminuye el GMI y el TBR. Los pacientes anteriormente tratados con MDI presentaron mayor reducción de GMI y aumento del TIR, mientras que aquellos con ISCI previa mostraron una mayor reducción del TBR. Finalmente, la mejoría en TIR y GMI fue mayor en pacientes con HbA_{1c} ≥ 7%, pero el TBR que disminuyó más en pacientes con HbA_{1c} < 7%.

P-092. EVOLUCIÓN DE LA SENSIBILIDAD EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS DE PÁNCREAS-RIÑÓN: NUESTRA EXPERIENCIA

Lourdes María Tolentino Martínez, Juan Antonio Leandro Hernández, Clara Romera Pérez, Paula de Jesús Martín Marfil, Rosa Ana Iglesias López, Ana Herrero Ruiz y M. Teresa Mories Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Introducción y objetivos: El trasplante de páncreas es una estrategia eficaz en pacientes con diabetes mellitus (DM), capaz de restaurar la normalidad del metabolismo hidrocarbonado, mejorar la calidad de vida y reducir la progresión de complicaciones crónicas. Una complicación frecuente asociada a la DM es la neuropatía distal. El tipo más frecuente de trasplante pancreático es el simultáneo páncreas-riñón, indicado en pacientes con diabetes y enfermedad renal terminal. Dado que este procedimiento permite alcanzar un control metabólico sostenido, cabría esperar una estabilización o mejoría de la neuropatía.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a los pacientes sometidos a trasplante simultáneo páncreas-riñón entre los años 2009 y 2025 en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA). Se analizaron aquellos pacientes con al menos 10 años de seguimiento posttrasplante y que mantenían un injerto pancreático funcional. La sensibilidad periférica fue evaluada mediante el estudio de la sensibilidad vibratoria en cabeza de primer metatarsiano y en maléolos internos y externos de ambos pies, utilizando un ultrabiotensiómetro y la sensibilidad táctil en dorso y planta de ambos pies con un anestesiómetro de Von Frey. Las comparaciones entre la evaluación pretrasplante y a los 10 años se realizaron mediante la prueba de Wilcoxon.

Resultados: En el CAUSA, 110 pacientes fueron sometidos a trasplante de páncreas entre 2009 y 2025. En el momento del análisis de los datos, 43 pacientes habían cumplido ≥ 10 años desde el trasplante. De estos, 15 fueron excluidos: 3 por pérdida de seguimiento antes del décimo año, 1 por haber recibido el primer trasplante en otro centro y 11 por no mantener un injerto pancreático funcional. Finalmente, 28 pacientes fueron evaluados a los 10 años posttrasplante. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la sensibilidad táctil dorsal ni plantar a los 10 años del trasplante respecto a la evaluación pretrasplante (p > 0,05). La sensibilidad vibratoria se mantuvo globalmente estable tras el trasplante, observándose una tendencia no significativa a la mejoría en algunas localizaciones, especialmente a nivel del primer metatarsiano derecho (p = 0,11).

Conclusiones: En nuestra experiencia, el trasplante simultáneo páncreas-riñón permite mantener estable la sensibilidad táctil y vibratoria a largo plazo en pacientes con diabetes mellitus, sugiriendo un efecto protector frente a la progresión de la neuropatía periférica. Estos hallazgos concuerdan con revisiones recientes que señalan que el trasplante de páncreas, y especialmente el trasplante simultáneo páncreas-riñón, tiende a estabilizar o mejorar parámetros de neuropatía diabética, aunque con resultados heterogéneos entre diferentes estudios.

P-093. DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS EN PACIENTE CON DIABETES TIPO 1 DURANTE LA GESTACIÓN; A PROPÓSITO DE UN CASO

Marcos dos Santos Gil, Gabriela Monroy Rodríguez, Mónica Sánchez Bartres, Ana María Ortiz de Urbina Oliver y Sherin Mohamed Madhor

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción: La evidencia sobre el uso de patrones de alimentación bajos en hidratos de carbono en mujeres con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) durante la gestación es escasa. Las guías clínicas actuales señalan que no existen datos suficientes para recomendar o desaconsejar la restricción de hidratos de carbono durante el embarazo y que deben evitarse los extremos potencialmente perjudiciales.

Objetivos: Describir el curso clínico, metabólico y obstétrico de una mujer diagnosticada de DM1 durante la gestación que, por decisión propia y bajo seguimiento multidisciplinar, mantuvo un patrón de alimentación bajo en hidratos de carbono.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de la historia clínica con recogida de datos antropométricos, bioquímicos y glucométricos obtenidos mediante monitorización continua de glucosa, así como resultados obstétricos y del seguimiento del niño. Caso: mujer de 32 años, con IMC inicial de 21,8 kg/m², que debutó con DM1 (GAD+) en la semana 18 de gestación tras clínica cardinal de aproximadamente un mes de evolución. En la evaluación inicial presentó una HbA_{1c} del 7,1%. Se inició tratamiento con insulina, educación diabetológica y monitorización continua de glucosa, con ajustes progresivos del tratamiento. Durante el seguimiento nutricional mantuvo una ingesta aproximada de 80 g/día de hidratos de carbono. Tras ser informada de la limitada evidencia disponible sobre este patrón durante la gestación, decidió mantenerlo durante el resto del embarazo. Realizó suplementación con ácido fólico y yodo, sin registrarse episodios de cetosis ni hipoglucemias graves. A lo largo de la gestación se observó un control glucémico adecuado, con una HbA_{1c} de 5,6% en el segundo trimestre y de 5,3% en el tercero. El análisis de la monitorización continua de glucosa mostró un tiempo en rango (65-140 mg/dl) superior al 85% y un tiempo por debajo de rango inferior al 4%. La dosis total diaria de insulina al final del embarazo fue de aproximadamente 0,6 U/kg. La ganancia ponderal materna fue de 13 kg. El parto fue mediante cesárea. El recién nacido presentó un peso de 3.920 g (percentil 98), sin hipoglucemia ni necesidad de ingreso en cuidados intensivos. Durante los dos primeros años de vida, el crecimiento y el desarrollo neurológico fueron adecuados, sin complicaciones relevantes.

Conclusiones: Bajo estrecha monitorización metabólica y obstétrica, un patrón de alimentación bajo en hidratos de carbono se asoció a un adecuado control glucémico y a un desenlace materno-fetal favorable en este caso. El diagnóstico de la DM1 en la segunda mitad de la gestación limita la extrapolación de los resultados, por lo que se requieren estudios específicos que evalúen la seguridad de estos abordajes durante el embarazo.

07. TRATAMIENTO DIABETES TIPO 2

P-094. IMPACT OF HYPOGLYCEMIC THERAPIES ON MITOCHONDRIAL FUNCTION IN TYPE 2 DIABETES AND THEIR ASSOCIATION WITH NEUROCOGNITIVE DECLINE

Sergio Gallego Rodríguez^b, Laura Doblado^a, Clara Bernet^a, Ana Casaus Piélagos^a, Estebán Jódar Gimeno^b, Leticia Selinger Galant^a and Maria Monsalve^a

^aInstituto de Investigaciones Biomédicas Sols-Morreal, Madrid, Spain. ^bHospital Universitario Quironsalud Madrid, Pozuelo, Spain.

Cases of Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) continue to rise worldwide, and current projections indicate that the condition may reach epidemic levels in the coming years. Hyperglycemia resulting from inadequate glycemic control is linked to several comorbidities, including neurocognitive impairments. Recent investigations have aimed to clarify the mechanisms connecting T2DM, a metabolic disorder, to neurocognitive diseases such as Alzheimer's disease (AD) and vascular dementia (VaD). Mitochondria, key components of the insulin-brain axis, have drawn increasing attention due to their central role in cellular energy homeostasis and their suspected involvement in the pathophysiology of AD and VaD. Therapies for T2DM are currently being evaluated for their potential to preserve mitochondrial function. In this study, we assessed redox status and mitochondrial DNA (mtDNA) stability in plasma from a cohort of individuals with T2DM undergoing different hypoglycemic pharmacological regimens. We also explored the relationship between mitochondrial integrity and two neurocognitive risk markers: abnormal intima-media thickness (IMT) and diabetic peripheral neuropathy (DPN). Our findings indicate that pharmacological treatments exert distinct effects on mitochondrial gene stability and antioxidant capacity, with metformin-based therapies showing signs of mitochondrial dysfunction relevant to the development of neurocognitive decline. Notably, we identified the MT-ND4/MT-ND1 mitochondrial gene ratio as a promising plasma biomarker for monitoring therapeutic response and disease progression. Further studies with larger cohorts are warranted to validate these results.

P-095. ORFORGLIPRON SE ASOCIA CON MEJORAS EN LOS MARCADORES DE LA FUNCIÓN DE LAS CÉLULAS BETA Y LA SENSIBILIDAD A LA INSULINA CUANDO SE USA COMO MONOTERAPIA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2

Lisa Ludwig, Melissa-Sarah K. Thomas-Eyde, Jianghao Li, Rong Liu, Max Denning, Yanyun Chen e Irene Romera

^aEli Lilly and Company, Indianápolis, Estados Unidos. ^bEli Lilly and Company, Alcobendas, España.

Objetivos: En este estudio de fase 3 doble ciego de 40 semanas (ACHIEVE-1), este análisis preespecificado compara orforglipron con placebo en los marcadores de función de las células beta y la sensibilidad a la insulina.

Materiales y métodos: ACHIEVE-1 aleatorizó a 559 pacientes con diabetes tipo 2 (con dieta y ejercicio solos durante ≥ 90 días, HbA_{1c} $\geq 7\%$ a $\leq 9,5\%$ IMC $\geq 23,0$ kg/m²) para recibir una vez al día orforglipron oral (3, 12 y 36 mg) o placebo. La evaluación del modelo homeostático para la función de las células beta (HOMA2-B), la evaluación del modelo homeostático para la resistencia a la insulina (HOMA2-IR), la insulina, el péptido C, el glucagón y la glucosa sérica se evaluaron en la semana 40 utilizando un modelo mixto para medidas repetidas.

Resultados: La edad media de los participantes fue de 53 años, 4,4 años de duración de la diabetes tipo 2, 8,0% de HbA_{1c} y 90,2 kg de peso corporal y el 61,7% no había utilizado previamente ningún medicamento hipoglucemiante. En la semana 40, orforglipron fue superior al placebo en la reducción de la HbA_{1c} y el peso. Orforglipron aumentó significativamente el HOMA2-B (49,9% a 64,1%; $p < 0,001$) frente a ningún cambio significativo con placebo (4,5%), disminuyó significativamente los niveles de glucagón ajustados a la glucosa (-12,8% a -33,1%) frente a un aumento con placebo (+19,6%), redujo el HOMA2-IR (-12,0% [$p < 0,001$], -9,4% [$p = 0,057$] y -18,7% [$p < 0,001$] con orforglipron 3, 12 y 36 mg respectivamente), y disminuyó significativamente los niveles de insulina en ayunas hasta -14,4% ($p < 0,05$).

Conclusiones: En la diabetes tipo 2 de inicio temprano, la monoterapia con orforglipron mejoró la función de las células beta y la

sensibilidad a la insulina en la semana 40 frente al placebo, junto con la reducción de la HbA_{1c} y el peso corporal, contribuyendo a un mejor control glucémico.

P-096. EFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD DE LA INTENSIFICACIÓN DE LA DOSIS DE CANAGLIFLOZINA DE 100 A 300 MG/DÍA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 TRATADOS CON INSULINA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO INTENSIFY

Juan Jose Gorgojo Martínez^a, Francisca Almodovar-Ruiz^a, Miguel Brito Sanfiel^b, Teresa Anton Bravo^c, Jersy Cárdenas Salas^d, Alba Galdón Sanz-Pastor^e y Pablo José Ferreira-Ocampo^f

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España. ^bServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España. ^cServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, España. ^dServicio de Endocrinología y Nutrición, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ^eServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ^fServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La intensificación de la insulino terapia en pacientes con DM2 constituye un marcador de progresión de la enfermedad e identifica una población con riesgo cardiovascular particularmente elevado. En el contexto actual, con la disponibilidad de nuevas clases terapéuticas con beneficios cardiorrenales demostrados, como los inhibidores de SGLT-2 y los análogos de GLP-1, reducir la necesidad de intensificación de la insulina representa un objetivo terapéutico adicional. Este subanálisis del estudio INTENSIFY evaluó, en condiciones de práctica clínica real, la efectividad y tolerabilidad del incremento de dosis de canagliflozina de 100 mg (CANA100) a 300 mg/día (CANA300) en pacientes con DM2 tratados con insulina.

Material y métodos: La cohorte global del estudio INTENSIFY incluyó 317 pacientes. Se analizó el subgrupo que recibía tratamiento con insulina en el momento del cambio de CANA100 a CANA300. Las variables de evaluación incluyeron los cambios en la HbA_{1c} y peso corporal, los requerimientos de insulina y la frecuencia de hipoglucemias durante el seguimiento. El estudio estadístico se realizó mediante una t de Student y la prueba de Mc Nemar para datos pareados.

Resultados: El análisis incluyó a 137 pacientes (43,2% de la cohorte global). La duración media de la DM2 fue de 12,9 años; el 64,2% eran varones, con una edad media de 62,2 años, HbA_{1c} del 7,84%, e

IMC de 31,9 kg/m². Los pacientes habían recibido tratamiento con insulina durante una mediana de 5,6 años, con una dosis media de 38,4 U/día; el 73,7% seguían un régimen basal y el 26,3% una pauta basal-bolo o bolo-basal. Tras el incremento a CANA300 y una mediana de seguimiento de 26,4 meses, se observó un descenso significativo de la HbA_{1c} (-0,50%) y del peso corporal (-2,8 kg), p < 0,0001 en ambos casos. El porcentaje de pacientes con HbA_{1c} < 7% aumentó del 19,5 al 39,4% (p < 0,0001). En pacientes con mal control metabólico basal (HbA_{1c} > 8%; media 9,14%) la reducción media de HbA_{1c} fue de -1,31% (p < 0,0001). Un 10,3% de pacientes suspendieron la insulina al final del seguimiento. En aquellos que continuaron con insulino terapia, la dosis media se redujo de 38,4 a 35,2 U/d (p = 0,02), y el porcentaje de pacientes en pauta exclusivamente basal aumentó del 73,7% al 84,8%. Los resultados fueron independientes de cambios en otros tratamientos antihiper glucemiantes. Los eventos adversos más frecuentes fueron hipoglucemias (16,8%, todas leves), micosis genital (8,0%) e infección urinaria (6,6%). No se registraron episodios de depleción de volumen, amputaciones ni cetoacidosis.

Conclusiones: Estos resultados confirman la mayor eficacia de CANA300 frente a CANA100 observada en los ensayos clínicos y aportan evidencia en vida real que respalda la intensificación de la dosis de canagliflozina en pacientes con DM2 y control metabólico subóptimo tratados con insulina, especialmente en aquellos con HbA_{1c} elevada.

P-097. INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (iSGLT2) MÁS AGONISTAS DEL RECEPTOR DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 1 (GLP-1) EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2: ¿SINERGIJA O EXCESO?

Maria Teresa Hernández Hernández^a, Nuria Lario Marín^b y Sara Larraz Giganto^c

^aCS Aranbikarra II (OSI-Araba), Vitoria-Gasteiz, España. ^bCS Zaramaga (OSI-Araba), Vitoria-Gasteiz, España. ^cCS San Martín (OSI-Araba), Vitoria-Gasteiz, España.

Introducción: El tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 requiere estrategias terapéuticas seguras y eficaces. En los últimos años, los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1) han adquirido especial relevancia debido a sus múltiples beneficios. Por su parte, los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) también han demostrado importantes ventajas y se están investigando sus efectos beneficiosos en otras patologías, como la insuficiencia cardíaca (IC) y la enfermedad renal crónica (ERC). Por ello, nos planteamos el siguiente objetivo.

Tabla P0-97

Aspecto	GLP-1 en monoterapia	iSGLT2 en monoterapia	GLP-1 + iSGLT2 (combinación)
Control glucémico	↓ HbA _{1c} eficaz	↓ HbA _{1c} moderada	↓ HbA _{1c} complementaria
Beneficio cardiovascular (CV)	Beneficios CV independientes	Reducción de IC y eventos CV	Beneficio CV adicional
Función renal	Protección renal independiente	Nefroprotección demostrada	Potencial efecto sinérgico renal
Función cardíaca	Mejora función auricular, arterial y miocárdica	Mejora hemodinámica y de IC	Mejora superior vs. otros tratamientos
Presión arterial	↓ PAS moderada	↓ PAS moderada	↓ PAS mayor que monoterapia
Conducta alimentaria	↑ Activación cerebral ante alimentos hipocalóricos	↑ Activación cerebral ante alimentos hipercalóricos	Contrarresta preferencia hipercalórica del iSGLT2
Peso	Reduce peso corporal	↓ peso leve-moderada	↓ peso corporal
Seguridad	Buena tolerancia	Riesgo de infecciones genitales	Sin señales de seguridad inesperadas

Objetivos: Conocer los riesgos y beneficios de la combinación de los iSGLT2 con los GLP-1 en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

Material y métodos: Se ha realizado una búsqueda avanzada en PubMed y en Cochrane Library con los descriptores: “type 2 diabetes mellitus” AND “Sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor (iSGLT2)” AND “peptide-1 receptor agonist (GLP-1)”, entre los años 2020- 2025, ensayos aleatorios controlados a texto completo.

Resultados: Se ha realizado una tabla comparativa de los resultados obtenidos tras la búsqueda avanzada, identificándose 7 estudios relevantes de 28 resultados en PubMed y 4 estudios relevantes de 44 resultados en Cochrane Library.

Conclusiones: La combinación de GLP-1 con iSGLT-2 demostró ser una estrategia terapéutica prometedora en personas con diabetes tipo 2 y sobrepeso u obesidad. La terapia combinada se asoció con reducciones adicionales en HbA_{1c}, peso corporal y presión arterial sistólica. Además, ambos fármacos reducen de forma independiente los eventos cardiovasculares y renales, y su combinación podría potenciar los beneficios metabólicos. Por último, cabe destacar que no se observaron eventos de seguridad adicionales o inesperados en comparación con estos fármacos en monoterapia.

P-098. CONSULTA DE VALORACIÓN INTEGRAL DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES VALORADOS EN LA MISMA DESDE 2022

Cristina Capote Contreras^a, Daniela Estephany Escaño Hernández^c, Anabel García Reyes^a, Laura Caridad Núñez López^a, Emma Navarro Brito^a, Maria de la Trinidad Rufino Delgado^b y Marcela Lorena Mongelly^a

^aCentro de Salud Añaza, Añaza, España. ^bUnidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Tenerife Zona I, Santa Cruz de Tenerife, España. ^cCentro de Salud Valle del Golfo, Frontera (El Hierro), España.

Introducción y objetivos: La consulta de Valoración Integral del Paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) realiza en un solo acto de enfermería las actividades de prevención y seguimiento recomendadas en el Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascul ar Aterosclerótica de la Comunidad Autónoma. Posteriormente, en consulta de medicina de familia se valoran las pruebas realizadas.

Objetivos: Objetivo principal: evaluar si dicha consulta mejora el control metabólico de sus pacientes tras su implantación hace 4 años. Objetivos secundarios: analizar la aparición de nuevos eventos cardiovasculares y la evolución en la afectación de órganos diana. Analizar las modificaciones en el tratamiento, hábitos de vida y valoraciones por otras especialidades médicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohortes prospectivo con finalidad evaluativa. Se estudiaron los pacientes en seguimiento entre mayo y diciembre de 2024 extraídos de la cohorte inicial de la consulta de Valoración Integral, y se compararon con los resultados obtenidos en un estudio previo realizado en 2022. El número de pacientes que finalizaron el seguimiento fue 421. Mediante la revisión de historias clínicas se recogieron las siguientes variables: Principales: valores analíticos de control metabólico. Secundarias: hábitos de vida, comorbilidades, tratamiento de la DMT2, resultados de pruebas complementarias y valores antropométricos, eventos cardiovasculares (ECV), afectación de órganos diana. El análisis de los datos se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 30. Se efectuó un análisis univariante de las variables. Se estimó la incidencia de eventos cardiovasculares aplicando la prueba t de Student y el test de McNemar (nivel de significación alfa del 5%).

Resultados: El LDL-colesterol estaba en rango en el 16,2% de los pacientes. Aparecieron nuevos eventos cardiovasculares en el 1,7% (tasa de incidencia de 201/100.000 habitantes), sin diferencia entre sexos. El síndrome coronario agudo fue el más frecuente (40%).

Variables/Porcentaje de pacientes	Estudio de 2022	Estudio de 2024	Significación estadística
Comorbilidades			
Tabaquismo	25,2%	24,9%	p < 0,001
Obesidad	51,8%	49,12%	p < 0,001
Dislipemia	80,5%	86,7%	p < 0,001
Hipertensión arterial	74,4%	76,7%	p < 0,001
Control óptimo de tensión arterial (TA)	24,3%	59%	p = 0,044
Pruebas complementarias			
ECG realizado	95,2%	66%	p = 0,920
ECG normal	79,9%	71,4%	p < 0,001
Retinografía realizada	98,6%	78,1%	p < 0,001
No retinopatía	94,8%	96,9%	p < 0,001
Pie diabético (PD) realizado	97,9%	78,6%	p = 0,448
Bajo riesgo de PD	80,1%	84%	p < 0,001
Analítica realizada	98,6%	95,2%	p = 0,582
HbA _{1c} en rango	63,9%	71%	p < 0,001
Filtrado glomerular > 60%	85,5%	86%	p < 0,001
Valoración médica			
Ajuste de tratamiento antidiabético	21,9%	24%	p < 0,001
Derivación a otras especialidades médicas	18,76%	18,76%	p > 0,05

Conclusiones: Esta consulta se postula como un modelo eficiente para el control del paciente con diabetes, mejorando el control metabólico (HbA_{1c}, TA, peso, tabaquismo y función renal).

P-099. MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA INDUCIDA POR CORTICOIDES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 HOSPITALIZADOS, ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA

Javier Panizo Fra, Selena Rodríguez Fernández, Kevin David Díaz Gorrín, Paula Perez Machín, Macarena Sánchez-Gallego Alonso, Ana Paola León Ocando y Juan Ignacio Márquez de la Rosa

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España.

Introducción: El uso de glucocorticoides en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) hospitalizados desencadena descompensaciones glucémicas graves que complican la evolución y el manejo del paciente. Estos pacientes habitualmente requieren el uso de insulino terapia en pauta basal-bolo para conseguir un control glucémico óptimo.

Objetivos: Evaluar el control glucémico y las estrategias terapéuticas utilizadas en pacientes con DM2 tratados con corticoides sistémicos durante la hospitalización y valorados por Endocrinología.

Material y métodos: Para llevar a cabo dichos objetivos se ha diseñado un estudio prospectivo y observacional. Se incluyeron 26 pacientes con DM2 en tratamiento con corticoides, ingresados en distintos servicios del Hospital Universitario de Canarias (HUC), que han sido valorados y seguidos mediante interconsulta con el servicio de Endocrinología en un periodo de 6 meses. Se analizaron las cifras glucémicas antes y después de la intervención, la dosis de corticoi-

des (equivalente de prednisona) y la necesidad de insulización según el tratamiento previo.

Resultados: De los 26 pacientes de la muestra el 57,7% eran varones y el 42,3% mujeres, la edad media fue de 70,1 años. La media de hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) fue de 7,52%. La dosis media diaria de corticoides (equivalente a prednisona) fue 34,8 mg. Se observó una reducción estadísticamente significativa de la glucemia capilar media, (de $289,2 \pm 62,1$ mg/dL al inicio de la intervención a $156,4 \pm 29,8$ mg/dL al alta, $p < 0,001$). Al estratificar por tratamiento previo, los pacientes que ya recibían insulina presentaban una HbA_{1c} más alta (7,95 vs. 6,9% $p = 0,028$) y mayor número de episodios de hiperglucemia grave (> 250 mg/dL) durante el ingreso (5,4 vs. 2,3 episodios); $p = 0,005$) que los tratados con antidiabéticos orales (ADO). No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el control glucémico final entre el uso de prednisona o dexametasona. La incidencia de hipoglucemia fue insignificante. Se observó una correlación positiva estadísticamente significativa entre la dosis de corticoides y la de insulina necesaria al alta ($r = 0,62$; $p < 0,005$). Al estratificar por tratamiento previo, los pacientes insulinizados presentaron una mayor labilidad glucémica (media de 5,4 episodios > 25 mg/dL) frente a los tratados con ADO (2,3 episodios; $p = 0,005$). La incidencia de hipoglucemias graves fue inexistente, con una media de 0,4 eventos/ paciente.

Conclusiones: El seguimiento por parte de Endocrinología de los pacientes DM2 hospitalizados en tratamiento con corticoides ha demostrado mejoría del perfil glucémico. Existe una relación directamente proporcional y significativa entre la dosis de glucocorticoides y las necesidades de insulina. Los pacientes con DM2 insulinizados previamente presentan peor control y mayor número de hiperglucemias constituyendo el subgrupo que más se beneficia de una intervención endocrinológica.

P-100. ATENCIÓN AL ADULTO JOVEN CON DIABETES NO TIPO 1. RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROGRAMA “DIABETES JOVEN”

Manel Mateu Salat^a, Jesús Blanco^a, Clara Viñals^a, Andreu Altés^b, Cristina Colungo^c, Marga Giménez^{a,d} y Emilio Ortega^{a,e}

^aHospital Clínic, Barcelona, España. ^bCAP Sants-Institut Català de la Salut, Barcelona, España. ^cCAPSBE, Barcelona, España.

^dCIBERDEM, Barcelona, España. ^eCIBEROBN, Barcelona, España.

Introducción y objetivos: La DM no tipo 1 de inicio precoz (“DM JOVEN”) se caracteriza por peor perfil metabólico, mayor comorbilidad, presencia de complicaciones crónicas y reducción de esperanza de vida. No existen programas asistenciales específicamente dirigidos a esta población en nuestro entorno, ni guías clínicas específicas. El programa asistencial DIABETES JOVEN coordinado entre atención primaria y endocrinología tiene como objetivo optimizar el diagnóstico, fenotipado y manejo integral de estas personas.

Material y métodos: Se incluyeron personas con DM no tipo 1, diagnóstico ≤ 50 años y edad ≤ 55 años en el momento de la inclusión. La valoración inicial incluyó evaluación clínica y bioquímica completa (incluye péptido-C y anti-GAD) y otros estudios según sospecha clínica, estimación del RCV, ecografía carotídea para evaluación de aterosclerosis, cuestionario PrediMed-17p y de calidad de vida. El programa incorpora una plataforma de educación digital prescrita desde la estación clínica y un programa intensivo de intervención sobre estilo de vida orientado a pérdida de peso y posible remisión de la DM (REDI). El seguimiento total es de 1 año.

Resultados: Se incluyeron 168 personas, 37,5% mujeres, 46,5% de Europa, 38,4% de América, 10,1% de Asia y de 5% África. Las características basales se resumen en la tabla. Existe una alta prevalencia de obesidad (32,7% G1, 12,42% G2 y 9,15% G3). El 72,6% recibían metformina, 32,1% iSGLT2, 13,7% iDPP4 y 32,7% aGLP1; 36,9% recibían estatinas, 5,4% ezetimiba y 0,6% ácido bempedoico; 22,6% IECA/ARA2 y 13,7% otros antihipertensivos. En la evaluación basal, solo el 42,9% de los pacientes tenían $HbA_{1c} < 7\%$; el 52,8% presentaban LDL < 100 mg/dL, 52,2% triglicéridos < 150 mg/dL y 56,1% PAS < 130 mmHg. El 30,4% presentaban aterosclerosis preclínica. En este momento han finalizado el programa 32 (19%) pacientes: el 70,4% presentaba $HbA_{1c} < 7\%$, 88,9% LDL < 100 mg/dL, 55,6% triglicéridos < 150 mg/dL, y 65,2% PAS < 130 mg/dL. Se observó una reducción significativa de HbA_{1c} (mediana [Q1-Q3] 6,95 [Q1-Q3] a 6 [Q1-Q3]%, $p = 0,027$) y LDL 95 a 67 mg/dL, $p = 0,038$), sin diferencias en HDL, TG o IMC. El 5,4% presentaron un diagnóstico alternativo a DM2 (3 casos de DM tipo 1, 3 DM mitocondrial, 2 MODY-HNF1a y 1 acromegalia).

Conclusiones: En nuestra cohorte de personas con DM JOVEN se observa una alta prevalencia de obesidad, un control cardiometabólico subóptimo y elevada presencia de aterosclerosis preclínica. La implementación del programa DIABETES JOVEN ha permitido optimizar el diagnóstico etiológico y ha contribuido a una mejora significativa del control cardiometabólico. Estos hallazgos subrayan la necesidad de desarrollar e implementar estrategias específicas dirigidas a esta población, con el objetivo de reducir el riesgo cardiovascular y mejorar el pronóstico a largo plazo.

P-101. SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DEL EMPLEO DE SEMAGLUTIDA ORAL EN MODELO ENDOCARE (START-STOP) PARA EL MANEJO HOSPITALARIO DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 CON TERAPIAS NO INSULÍNICAS: SUBESTUDIO ENDOCARE ALC

Carlos Viana Vinaches^a, Elisa María Santacruz Cerdá^a, Nuria Leiva Mora^a, Antonio Tejera Muñoz^a, Joaquín Serrano Gotarredona^{a,b} y Óscar Moreno Pérez^{a,b}

^aEndocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Balmis, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España. ^bUniversidad Miguel Hernández, Elche, España.

Tabla P-100

Edad (años)	45 (37-50)	HbA_{1c} (%)	7,2 (6,45-9)
Edad diagnóstico (años)	37 (31-43)	LDL (mg/dL)	101 (86-125)
Evolución DM (años)	4 (1-10)	HDL (mg/dL)	42 (36-50)
IMC (kg/m ²)	30,1 (26,3-34,2)	TG (mg/dL)	146 (111-231)
Cintura (cm)	102 (92-113)	FGe (mL/min)	90 (90-90)
PAS (mmHg)	126,5 (117-136)	Albuminuria (> 30 mg/g)	14,8%

*Datos expresados en mediana (p25-p75).

Introducción: Las guías clínicas en personas con diabetes tipo 2 (PCT2D) hospitalizados deberían considerar terapias no insulínicas con beneficios cardiorrenales. El uso de semaglutida durante el ingreso podría igualar o superar en eficacia y seguridad a la insulina en monoterapia.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en un centro de tercer nivel para evaluar los resultados asistenciales según una nueva GPC con protocolo START-STOP para el uso de fármacos antidiabéticos orales (ADO) (incluyendo semaglutida oral). Para este subestudio se realizó muestreo secuencial de PCT2D con IMC ≥ 27 Kg/m² ingresadas en salas hospitalarias. Variables de resultado primarias - seguridad: acontecimientos adversos graves (cetoacidosis diabética, hipoglucemia N3). Variables de resultado secundarias - efectividad: control metabólico (mediana de glucemia capilar diaria) y variabilidad glucémica (mediana de desviación estándar).

Resultados: Se incluyeron 167 PCT2D, 51 sujetos recibieron semaglutida (sin o con insulino terapia adyuvante) (grupo A, [A]) y 116 sujetos recibieron monoterapia con insulina basal o múltiples dosis (grupo B, [B]). En el grupo A, 28 pacientes (56%) recibieron insulino terapia adyuvante durante el ingreso (20 pacientes con insulina basal más rescates vs. 8 con múltiples inyecciones diarias). No hubo diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, inflamación, HbA_{1c} basal y estadios del síndrome CKM entre ambos grupos. Se observaron 5 EA graves únicamente en el grupo B (5 hipoglucemias N3 [B] vs. 0 [A], $p = 0,3$). Ningún paciente presentó intolerancia oral. El control metabólico durante la hospitalización fue mejor en grupo [A] ([A]: 168 mg/dl [134-220] vs. [B]: 180 mg/dl [146-226]), sin alcanzar la significación estadística. Esta tendencia persistió en los diferentes tramos horarios (135 vs. 154 mg/dl, 182 vs. 194 mg/dl, 174 vs. 199 mg/dl, en desayuno, comida y cena, respectivamente). En cuanto a la variabilidad glucémica, los resultados son concordantes, con una tendencia a menor dispersión de glucemias de forma global ([A]: 43 mg/dl [29-79] vs. [B]: 52 mg/dl [38-71], $p = 0,1$) y por tramos horarios (26 vs. 37 mg/dl, $p = 0,09$, 37 vs. 41 mg/dl, 41 vs. 54 mg/dl, en desayuno, comida y cena, respectivamente). Respecto a estancia hospitalaria [A] 6 días [4-10] vs. [B] 7 días [4-13], $p = 0,06$.

Conclusiones: El uso de semaglutida oral en un protocolo START-STOP en la PCT2D e IMC ≥ 27 Kg/m², es seguro y efectivo en la práctica clínica habitual y en el ámbito hospitalario. Se asocia a un menor número de eventos adversos graves, y se observa una tendencia a un mejor control, una menor variabilidad glucémica y una estancia hospitalaria más corta.

P-102. EFECTO DE LA OPTIMIZACIÓN INTRAHOSPITALARIA DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Mónica Escribano Lóciga^a, Paula Vallejo^a, Ana Chico^{a,b}, Diana Tundidor^a, Natalia Mangas^a, Antonio Pérez^{a,b,c} e Inka Miñambres^{a,b,c}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bDepartamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España. ^cCiber de Diabetes y Enfermedades Metabólicas (CIBERDEM), Barcelona, España.

Introducción y objetivos: En pacientes con diabetes mellitus (DM) y enfermedad arterial periférica (EAP) el mal control glucémico se asocia con mayor tasa de eventos cardiovasculares mayores y eventos adversos en extremidades inferiores, incluyendo la amputación. El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de control en pacientes con DM ingresados por EAP y analizar si la valoración por Endocrinología durante el ingreso se asociaba con una mejoría del control glucémico tras el alta.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con DM ingresados por EAP en un hospital terciario durante el año 2023. Se recogieron variables clínicas, analíticas y de tratamiento al ingreso y alta. Se analizaron las modificaciones terapéuticas realizadas durante la hospitalización y su impacto en el control glucémico a los 3-6 meses del alta, mediante la hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}).

Resultados: Se analizaron 118 pacientes (edad media $76 \pm 9,5$ años, 72,9% varones), el 96,6% presentaban DM2 con un tiempo de evolución de $21,1 \pm 12,1$ años. Entre las complicaciones crónicas asociadas, el 68,6% presentaban nefropatía, el 32,2% retinopatía diabética, el 39% cardiopatía isquémica y el 12,7% antecedente de accidente cerebrovascular. El 26,3% tenía un IMC ≥ 30 kg/m². La HbA_{1c} media al ingreso fue $7,26 \pm 1,43\%$ ($n = 103$). El 41,7% presentaba HbA_{1c} $< 7\%$ y el 73,8% $< 8\%$. Al ingreso, el 41,5% recibía tratamiento exclusivamente con antidiabéticos orales (ADO), el 32,2% combinación de ADO e insulina y el 22% únicamente insulina (en pauta basal-bolo, basal o mezclas). Durante el ingreso se realizaron modificaciones terapéuticas en el 40,7% de los sujetos, principalmente ajustes de ADO (43,8%) y de dosis de insulina en pacientes previamente tratados con insulina en pauta basal-bolo o basal (35,4%). Previamente al ingreso, el 69,5% de los pacientes eran controlados por Atención Primaria (AP), el 22% en nuestro centro y el 2,5% en Hospitales de Atención Intermedia (HAI). Tras el alta, el 59,3% continuó seguimiento por AP, el 26,3% en nuestro servicio y el 8,5% en HAI, observándose una reducción de los pacientes seguidos exclusivamente por AP. A los 3-6 meses del alta la HbA_{1c} media fue $7,13 \pm 1,12\%$ ($n = 96$, $p = NS$ vs. HbA_{1c} al ingreso). No obstante, en el subgrupo con HbA_{1c} $\geq 8\%$ al ingreso ($n = 27$; 26,2%), se observó una mejoría significativa del control glucémico (de $9,07 \pm 1,24\%$ a $7,49 \pm 1,19\%$; $p < 0,001$).

Conclusiones: El grado de control glucémico de los pacientes con DM que ingresan por EAP es bueno. Aun así, un programa que incluya valoración por Endocrinología de manera sistemática durante la hospitalización permite lograr una mejoría significativa del control glucémico en el subgrupo con mal control al ingreso.

P-103. PROYECTO SEGUIMIENTO INTEGRAL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON RIESGO DE SOLEDAD NO DESEADA O AISLAMIENTO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Salvador Espert Lozano,

María Lourdes Ramírez de Arellano Aldea, Carmen Romero León, Rocío Jiménez Osés y Adrián Sánchez Ramírez de Arellano

Consultorio Convento Jerusalén, Valencia, España.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica de alta prevalencia que requiere un abordaje continuo e integral. La evidencia muestra que la soledad no deseada y el aislamiento social se asocian a peor adherencia terapéutica, mayor descompensación metabólica, incremento de comorbilidades y peor salud mental. En Atención Primaria, por su cercanía y longitudinalidad, existe una oportunidad clave para identificar y abordar de forma conjunta la DM2 y los factores psicosociales que influyen en su evolución.

Objetivos: Objetivo general: mejorar el control clínico, el bienestar psicosocial y la calidad de vida de pacientes con DM2 que presentan riesgo de soledad no deseada o aislamiento social, mediante un seguimiento integral y coordinado desde Atención Primaria. Objetivos específicos identificar de forma precoz a pacientes con DM2 y riesgo de soledad o aislamiento social. Optimizar el control metabólico y la adherencia al tratamiento. Reducir el impacto emocional asociado a la soledad (ansiedad, depresión). Favorecer la integración social y el apoyo comunitario. Potenciar la coordinación

entre profesionales sanitarios y recursos sociales. Población diana: pacientes adultos diagnosticados de DM2 adscritos al centro de salud, especialmente mayores de 65 años, personas que viven solas o con escasa red de apoyo, identificados mediante cribado sistemático de soledad.

Material y métodos: 1. Identificación y valoración inicial: cribado de soledad no deseada mediante herramientas validadas. Valoración integral: clínica (HbA_{1c} , IMC, TA), funcional, emocional y social. 2. Plan individualizado de atención: diseño de un plan consensuado con el paciente que incluya objetivos clínicos y sociales. Educación terapéutica adaptada al contexto social y cultural. 3. Seguimiento proactivo: revisiones periódicas presenciales o telefónicas por enfermería y medicina de familia. Detección precoz de descompensaciones clínicas y necesidades psicosociales. 4. Intervención comunitaria y social: derivación y coordinación con trabajo social. Promoción de grupos de apoyo, talleres de autocuidado, actividad física grupal y recursos comunitarios. 5. Evaluación continua: monitorización de indicadores clínicos y de bienestar. Ajustes del plan según evolución.

Resultados: Esperados: mejora del control glucémico y de la adherencia terapéutica. Disminución de la soledad no deseada y aislamiento social. Mejora del bienestar emocional y de la calidad de vida. Mayor uso de recursos comunitarios y fortalecimiento de la red de apoyo.

Conclusiones: Este proyecto propone un modelo de atención centrado en la persona, que integra la dimensión clínica y social de la DM2, reforzando el papel de Atención Primaria como eje fundamental para un abordaje efectivo, humano y sostenible.

P-104. RELACIÓN ENTRE LAS LESIONES PERIAPICALES CON LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA Y EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Martín Humberto de Reza Cabrera,
Mildren Guadalupe Porchas Quijada, Erika Fabiola Gómez García
y Karina de Jesús Díaz López

Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, México.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) provoca alteraciones metabólicas crónicas que afectan la respuesta inmunológica, la microcirculación y la remodelación ósea, lo que puede favorecer el desarrollo y la persistencia de lesiones periapicales, la dieta mediterránea (DMed) y la actividad física (AF) regular han demostrado beneficios sobre el control glucémico y la inflamación sistémica; sin embargo, su relación con la salud periapical en pacientes con DM2 no está claramente establecida. El objetivo del estudio fue evaluar la relación entre las lesiones periapicales, la adherencia a la DMed y el nivel de actividad física en pacientes con DM2.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional analítico en 80 pacientes con diagnóstico de DM2 atendidos en la Clínica Dental de Posgrado en Endodoncia de la UABC. El grado de lesión periapical se evalúa mediante el índice Periapical (PAI) a partir de criterios radiográficos previos al tratamiento endodóntico. La adherencia a la DMed se determinó mediante el cuestionario MEDAS-14 y el nivel de AF mediante el IPAQ corto, expresado en METs. La relación entre variables se evaluó mediante la correlación de Spearman. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: No se encontró correlación estadísticamente significativa entre el PAI y el nivel de AF ($Rho = -0,150$; $p = 0,185$), ni entre el PAI y la adherencia a DMed ($Rho = -0,078$; $p = 0,490$). Tampoco se observó correlación significativa entre el PAI y la hemoglobina glucosilada ($Rho = -0,127$; $p = 0,262$).

Conclusiones: En esta población con DM2 no se observó una relación estadísticamente significativa entre las lesiones periapicales, la adherencia a la DMed ni el nivel de actividad física. Estos resultados sugieren que, en esta población, los factores evaluados no se relacionaron de manera directa con la severidad de las lesiones periapicales, lo que resalta la naturaleza multifactorial de la patología periapical en pacientes con DM2.

P-105. GRADO DE CONTROL Y USO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIDIABÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA

Ana Cebrián Cuenca^{a,b}, Sara Artola Menendez^c,
Manel Mata Cases^d, Domingo Orozco Beltran^e,
Fernando Álvarez Guisasola^f y Antonio Pérez Pérez^{g,h,i}

^aCentro de Salud de Cartagena Casco, Cartagena, España.

^bInstituto de Investigación Biomédica de Murcia, Grupo de Investigación en Atención Primaria, Murcia, España. ^cCentro de Salud José Marva, Madrid, España. ^dDAP-Cat group, Unitat de Suport a la Recerca Barcelona, Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, España. ^eUniversidad Miguel Hernández, Elche, España. ^fCentro de Salud Ribera del Órbigo, Benavides de Órbigo, España. ^gServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^hUniversidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España. ⁱCIBERDEM, Barcelona, España.

Introducción: Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedad cardiovascular (ECV) tienen un riesgo cardiovascular muy elevado. Los iSGLT2 y los arGLP1 han demostrado beneficios en la protección cardiovascular (CV) en estos pacientes, y constituyen tratamientos de primera elección. Sin embargo, se ha descrito una brecha entre la evidencia científica disponible y su aplicación en la práctica clínica real. El objetivo de este estudio fue valorar el grado de control glucémico y el uso de iSGLT2 y arGLP1 en pacientes con DM2 y ECV en España.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, observacional, realizado en 70 centros de salud de toda España, con la participación de 309 investigadores y una población atendida de 800.000 personas. Cada investigador seleccionó de forma aleatoria 20 pacientes con diagnóstico de DM2. Se consideró ECV (enfermedad coronaria, ictus o vasculopatía periférica), según su registro en la historia clínica. De los 5.009 pacientes incluidos tras excluir aquellos con información incompleta en variables relevantes, se analizaron 4.703 pacientes. Se realizó un análisis multivariante para identificar variables asociadas al uso de iSGLT2 y/o arGLP1.

Resultados: El 26,7% ($n = 1.257$) de los pacientes con DM2 tenían ECV. Las comorbilidades fueron más prevalentes en los pacientes con ECV excepto la obesidad (38,3 vs. 42,9%; $p = 0,001$). La proporción de pacientes con $HbA_{1c} < 7\%$ fue similar entre aquellos con y sin ECV (43,6 vs. 42,0%; $p = 0,342$), mientras que el control glucémico individualizado fue significativamente mayor en los pacientes con ECV (66,3 vs. 60,8%; $p = 0,001$). El 74,1% recibía metformina, el 46,6% iSGLT2 y el 13,3% arGLP1. El uso de iSGLT2 fue mayor en pacientes con ECV (46,6 vs. 35,6%, $p = 0,00$; OR 1,51; 1,13-2,02). Además, se asoció a menor edad (67,1 vs. 69,8 años; $p = 0,00$; OR 0,96; 0,95-0,98), mayor duración de la DM2 (2,76 vs. 2,51 años; $p = 0,00$; OR 1,28; 1,12-1,46) y a la presencia de comorbilidades como dislipemia (42,8 vs. 27,5%, $p = 0,00$; OR 2,07; 1,52-2,81) o insuficiencia cardiaca (50,5 vs. 37,1%; $p = 0,00$; OR 1,88; 1,22-2,91). Así mismo, su uso fue más frecuente en los pacientes con $HbA_{1c} \geq 7\%$ (51,2 vs. 29,7% OR 1,81; 1,28-2,57). En el análisis multivariante, las variables asociadas a la prescripción de arGLP1 fueron menor edad (63,0 vs.

68,1 años; $p = 0,00$; OR 0,94; 0,91-0,96), mayor evolución de la DM2 (2,72 vs. 2,45 años: $p = 0,00$; OR 1,76; 1,37-2,25) y el uso concomitante de otros antidiabéticos como glinidas, (OR = 3,08; 1,37-6,88), insulina basal (OR 2,27; 1,07-4,79) o iSGLT2 OR 1,74; 1,08-2,70). La presencia de ECV no se asoció a un mayor uso de arGLP1 (OR 0,80; 0,44-1,45).

Conclusiones: Uno de cada dos pacientes con DM2 y ECV no recibe tratamiento con iSGLT2 y ocho de cada diez no recibe arGLP1. La presencia de ECV se asocia a un mayor uso de iSGLT2 pero no de arGLP1. Existe una clara oportunidad de mejora en la prevención CV de los pacientes con DM y ECV en España. Resulta especialmente preocupante el uso de fármacos con alto riesgo de hipoglucemias en esta población.

P-106. PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DE LAS COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA DIABETES MELLITUS EN POBLACIÓN ADULTA NAVARRA

Jon Yoldi Urdíroz, Ángela Alonso Echarte, Javier Aguirre Castiella, Sofía Baniandrés Eizaguirre, María José Goñi Iriarte, Marta García Mouriz, Javier Basterra Gortari, Amaya Sainz de los Terrero Errea y Nerea Eguilaz Esparza

Hospital García Orcoyen, Estella, España.

Introducción: El tratamiento de la diabetes mellitus (DM), principalmente de la DM tipo 2, ha evolucionado mucho en los últimos años. Disponemos actualmente de gran variedad de opciones farmacológicas que además de mejorar el control glucémico, aportan beneficios en comorbilidades asociadas como la obesidad, la enfermedad renal crónica o la insuficiencia cardiaca.

Objetivos: Describir la prevalencia y la tendencia terapéutica en población adulta con diagnóstico de DM y comorbilidades asociadas en Navarra entre los años 2022 y 2024.

Material y métodos: Estudio descriptivo de la muestra recogida en la base de datos "Atlas de prescripción farmacéutica en diabetes en Navarra" que incluye a la población navarra con diabetes igual o mayor a 40 años con tarjeta sanitaria activa el 31 de diciembre de 2021 y 2024. Los datos provienen de los sistemas de información de atención primaria y del Conjunto Mínimo de Datos Básicos. Se excluyen los casos de diabetes gestacional.

Resultados: En cuanto a la prevalencia de paciente con diabetes y de insuficiencia cardiaca, si bien la prevalencia se mantiene estable, 6,9% en 2022 frente a 7% en 2024, la prescripción de iSGLT-2 ha aumentado desde el 11,4% hasta el 26,5% en dicho periodo de tiempo. De igual manera, el porcentaje de pacientes con diabetes que padecen enfermedad cardiovascular permanece similar en los últimos años, con una prevalencia en 2024 de 21,6%. Sin embargo, en cuanto a la prescripción farmacológica, el uso de iSGLT-2 o aGLP-1 ha experimentado un aumento del 19,5% en 2022 hasta un 27,1% en 2024. En lo referente a la enfermedad renal crónica, la prevalencia en personas con diabetes ha aumentado en los últimos dos años desde un 32,5% a un 38,5% acompañado de un aumento de la prescripción de iSGLT-2 o aGLP-1 en los pacientes con este diagnóstico desde un 29,4% a un 48,8%.

Conclusiones: Si bien la prevalencia de insuficiencia cardiaca y enfermedad cardiovascular se mantiene estable, la prescripción de fármacos con evidencia en prevención cardiovascular o eficacia en tratamiento de la insuficiencia cardiaca se encuentra en aumento. El porcentaje de diabéticos con enfermedad renal crónica ha aumentado un 6% en estos dos últimos años, acompañado además de un importante aumento de la prescripción de la terapia nefroprotectora en estos pacientes. Estos datos sugieren una tendencia al alza en la detección y tratamiento de las comorbilidades asociadas a la diabetes mellitus por parte de los profesionales sanitarios, especialmente en la enfermedad renal crónica.

P-107. EL HOSPITAL DE DÍA DE DIABETES COMO DISPOSITIVO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Blanca Gómez Zaragoza, María Ruiz Rodríguez, Reyes Ravé García, Mariola Méndez Muros, Eduardo Torrecillas del Castillo, Mercedes Peinado Ruiz, Pablo Rodríguez de Vera Gómez y María Asunción Martínez-Brocca

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción y objetivos: Evaluar los resultados asistenciales del Hospital de Día de Diabetes (HDD) en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), describiendo el perfil clínico, la consecución de objetivos terapéuticos y los cambios metabólicos y farmacológicos tras el seguimiento.

Material y métodos: Estudio observacional de cohorte prospectiva. Se incluyeron de forma consecutiva pacientes con DM2 atendidos por primera vez en el HDD durante el mes de febrero de 2025. El final del seguimiento fue diciembre de 2025, registrándose la situación clínica tanto de los pacientes dados de alta como de aquellos que continuaban en seguimiento. Los criterios de inclusión fueron los motivos habituales de derivación al HDD: descompensación hiperglucémica subaguda, hipoglucemias graves o frecuentes y necesidad de intensificación terapéutica ($HbA_{1c} > 9\%$). Se excluyeron pacientes con otros tipos de diabetes, menores de edad, gestación o seguimiento incompleto. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y de tratamiento. Las variables analizadas incluyeron HbA_{1c} , índice de masa corporal (IMC), métricas del perfil glucémico ambulatorio (AGP), otros parámetros analíticos de control metabólico y tratamiento farmacológico.

Resultados: Se incluyeron 104 pacientes con DM2, con una edad media de $62,6 \pm 17,7$ años; el 47,1% fueron mujeres. La procedencia mayoritaria fue Atención Primaria (45 pacientes; 43,2%). A fecha de diciembre de 2025, 73 pacientes habían sido dados de alta y 31 continuaban en seguimiento. El tiempo medio de seguimiento fue de $187,6 \pm 97,9$ días. Se observó un aumento estadísticamente significativo en el uso de agonistas del receptor GLP-1, con un incremento absoluto del 7,7% (9,6% basal frente a 17,3% final; $p = 0,008$), así como en el uso de metformina, con un aumento del 11,6% (36,5% frente a 48,1%; $p = 0,03$). En relación con el tratamiento insulínico, el porcentaje de pacientes tratados con insulina basal aumentó del 63,5% al 74,0%, mientras que la insulino terapia bolo-basal pasó del 48,1% al 50,0%. Respecto a los antidiabéticos no insulínicos, el uso de iSGLT2 aumentó del 40,4% al 50,0%, mientras que los iDPP-4 disminuyeron del 24,0% al 12,5%. En cuanto al control metabólico, la HbA_{1c} media disminuyó de $8,93 \pm 2,05\%$ a $6,97 \pm 1,12\%$ al alta o final del seguimiento ($p < 0,001$). El IMC también se redujo de forma significativa, pasando de 30,66 (10,88) a 29,06 (6,10) ($p < 0,001$). No se observaron cambios significativos en otros parámetros analíticos de control metabólico.

Conclusiones: La atención en el HDD en pacientes con DM2 se asocia a una mejora significativa y clínicamente relevante del control glucémico y metabólico, junto con una optimización del tratamiento farmacológico en un periodo relativamente corto de seguimiento. Estos resultados respaldan el papel del HDD como un recurso asistencial eficaz y resolutivo para el manejo intensivo y estructurado de pacientes con DM2 compleja.

P-108. EVALUACIÓN DE LA USABILIDAD DE UNA INTERVENCIÓN DE SALUD DIGITAL EN EL CONTEXTO DE UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO EN DM2

Oscar Eduardo Rodríguez Montes, Clara Bermúdez Tamayo, María del Carmen Gogeoascoechea Trejo, María Cristina Ortiz León, Gaudencio Gutiérrez Alba y Luis Fernández-Luque

Adhera Health, Sevilla, España.

Introducción y objetivos: La salud digital es un componente clave para mejorar la atención de enfermedades crónicas y contribuir a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. En el caso de la DM2, las intervenciones digitales ofrecen una oportunidad para apoyar el autocuidado, la educación terapéutica y la adherencia al tratamiento. Sin embargo, la efectividad de estas herramientas depende en gran medida de la usabilidad percibida por los usuarios influyendo en la adopción, uso sostenido y experiencia global. El objetivo del estudio fue evaluar la usabilidad percibida de una aplicación digital utilizada por participantes con DM2 y explorar su posible asociación con variables clínicas y cambios en el control de la HbA_{1c}.

Material y métodos: Se realizó un ensayo clínico aleatorizado en Veracruz, México. Adultos del primer nivel de atención que fueron asignados a un grupo de intervención (n = 26), utilizaron el Adhera Caring Digital Program® para DM2 durante un periodo de 90 días. Se evaluaron diferentes indicadores clínicos y antropométricos al inicio y al final de la intervención y la evaluación de la usabilidad en los participantes que completaron el periodo de seguimiento. La usabilidad se midió mediante el Computer System Usability Questionnaire (CSUQ) adaptado y validado en población mexicana, compuesto por 16 ítems con escala Likert de 7 puntos. El cuestionario fue aplicado de manera individual al término de la intervención, en los centros de salud y con consentimiento informado. Se realizaron análisis descriptivos por ítem y por dimensiones (calidad del sistema, calidad de la información, calidad de la interfaz y calidad general). Asimismo, se analizó la correlación entre la puntuación global de usabilidad y el cambio en los valores de HbA_{1c} mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: La usabilidad global mostró una percepción positiva del sistema (M = 5,20, DE = 0,89). Por dimensiones, la calidad de la interfaz fue la mejor valorada (M = 5,65, DE = 0,77), seguida de la calidad del sistema (M = 5,11, DE = 0,81) y la calidad de la información (M = 4,92, DE = 0,69). El IMC mostró reducción (-0,47 kg/m², p = 0,048), así como la tensión arterial sistólica (-3,48 mmHg, p = 0,042). La correlación entre la usabilidad y la disminución de HbA_{1c} fue positiva pero débil y no significativa (p = 0,19; p = 0,46).

Conclusiones: La intervención digital presentó buena usabilidad y aceptabilidad en pacientes con DM2 tras 90 días. Aunque no se evidenció una asociación significativa con los cambios en HbA_{1c}, sí se observaron en IMC y TA, los resultados apoyan la viabilidad de estas intervenciones como complemento al manejo de la DM2.

08. OBESIDAD

P-109. IMPACTO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LA REMISIÓN DE LA DIABETES TIPO 2: ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS 2019-2024

Judit Fernández García^a, Elsa Villa-Fernández^b, Claudia Lozano Aida^a, Ines Masaid^a, Carmen Lambert^c, Pablo Agueria^a y Edelmiro Menéndez Torre^a

^aHospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

^bInstituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, España. ^cFundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, España.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una comorbilidad frecuente en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Esta intervención quirúrgica ha demostrado efectos positivos en la remisión de DM2 (estimando entre un 50-70% de remisión de la enferme-

dad en estudios anteriores), mejorando el control glucémico y la calidad de vida.

Objetivos: Evaluar el efecto de la cirugía bariátrica en la remisión de DM2 en pacientes atendidos en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) entre 2019 y 2024.

Material y métodos: Se elaboró una base de datos a partir de los registros clínicos de pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el HUCA entre 2019 y 2024. Se incluyeron variables demográficas y el estado de DM2 antes y después de la cirugía. Los datos fueron analizados con Excel y JASP para estadística descriptiva.

Resultados: De un total de 243 pacientes, 102 (41,98%) presentaban DM2 antes de la cirugía. Tras la intervención, solo 21 pacientes (8,75%) continuaban con diabetes, logrando una remisión del 79,4% en los pacientes diabéticos. En términos globales, la prevalencia de DM2 en la muestra disminuyó de 41,98% a 8,75%.

Conclusiones: La cirugía bariátrica se asoció a una alta tasa de remisión de DM2 en nuestra cohorte, confirmando su papel como intervención efectiva para la mejora metabólica en pacientes con obesidad y diabetes tipo 2.

P-110. LA γ -SINUCLEÍNA CONDICIONA LA INFILTRACIÓN INMUNE Y LA META-INFLAMACIÓN DEL TEJIDO ADIPOSO

Ana Fernández-Sánchez^{a,b}, Aina Lluch^{a,b}, Laura Martín-Ortega^a, Vaishali Chaurasiya^{c,d}, José M. Fernández-Real^{a,b,e}, Vesa M. Olkkonen^{c,f} y Francisco José Ortega Delgado^{a,b}

^aGirona Biomedical Research Institute, Girona, España. ^bCIBER de la Fisiología de la Obesidad y la Nutrición, Madrid, España.

^cDoctoral Program in Clinical Research, University of Helsinki, Helsinki, Finlandia. ^dMinerva Foundation Institute for Medical Research, Biomedicum 2U, Helsinki, Finlandia. ^eSchool of Medicine, University of Girona, Girona, España. ^fDepartment of Anatomy, Faculty of Medicine, University of Helsinki, Helsinki, Finlandia.

Introducción: La adiposidad excesiva de personas con obesidad se asocia con un mayor riesgo de padecer trastornos metabólicos, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Estas patologías están a menudo relacionadas con la actividad endocrina de un tejido adiposo disfuncional. Los depósitos adiposos hiperplásicos pueden promover el estado inflamatorio y aterogénico que contribuye, e incluso explica un mayor riesgo de enfermar en individuos con obesidad. Participan en esta cascada de reacciones adversas mensajeros con influencia en sitios tan diversos como el propio tejido adiposo, el hígado, el músculo, el endotelio vascular y el sistema inmune. La γ -sinucleína (SNCG), también conocida como gen 1 específico del cáncer de mama (BCSG1), se ha relacionado con diversos tipos de cáncer en estudios que apuntan su utilidad diagnóstica, pronóstica y terapéutica. Aunque también la expresa la célula adiposa, su impacto en morbilidades del fenotipo obeso apenas si se ha estudiado.

Material y métodos: Para este trabajo inoculamos ratones con SNCG recombinante, utilizamos sistemas celulares modificados genéticamente y analizamos muestras de grasa para dilucidar las implicaciones fisiológicas de un exceso de SNCG, así como su relación con la obesidad y el trastorno metabólico en ratones y humanos. Mediante estudios computacionales basados en la proteómica, revelamos mecanismos relacionados con su actividad interventora en adipocitos. Paralelamente, se evaluó la expresión de SNCG en los depósitos adiposos y sus concentraciones en la sangre de sujetos con un amplio rango de adiposidad y en pacientes con obesidad mórbida antes y después de la pérdida ponderal inducida por cirugía bariátrica.

Resultados: La expresión adiposa de SNCG se asocia con el peso y la resistencia a la insulina. También en sangre, las concentraciones de SNCG vinculan con un exceso de adiposidad, estando intrínseca-

mente vinculadas a la masa grasa y la presencia de biomarcadores de inflamación e hiperplasia adiposa, tales como la proteína C reactiva y la leptina. Ambos valores se asocian negativamente con la sensibilidad a la insulina y el colesterol HDL, entre otros. La expresión de SNCG en el tejido adiposo, así como su concentración en la sangre de personas con obesidad, se normalizó tras la pérdida de peso. Por otro lado, un exceso de señalización SNCG induce la activación e infiltración inmune, promoviendo en el tejido adiposo de ratones sanos y adipocitos cultivados en placa un perfil claramente proinflamatorio y patrones indicativos de células adiposas hipertrofiadas y disfuncionales.

Conclusiones: La expresión del SNCG es predominante en adipocitos y mucho más alta en el tejido adiposo de ratones y humanos con obesidad, pasando a la sangre y el medio extracelular para disparar parte de la infiltración inmune, la inflamación adiposa y las alteraciones metabólicas características de sujetos con una adiposidad excesiva.

P-111. UNA RADIOGRAFÍA DE LA OBESIDAD HOY: IMPACTO DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE OBESO

María del Carmen de la Fuente Coria, Coral Expósito Carval y Antonia Piñero Zaldivar

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, España.

Introducción y objetivos: Tras una pérdida de peso exitosa, mantener el resultado puede estar relacionado con factores de motivación, apoyo en el proceso y en el desarrollo de capacidades para resolver las dificultades que puedan aparecer. Estudio descriptivo y experimental, en una muestra de 40 pacientes, que trata de evaluar el impacto de un programa de seguimiento telefónico llevado a cabo por enfermeras, durante seis meses, en la consecución de objetivos propuestos: pérdida de al menos 10% del peso inicial y adherencia de los pacientes al proceso. Criterios de inclusión: pacientes obesos (IMC > 30 Kg/m²) derivados a Endocrino desde Atención Primaria (AP) u otras especialidades médicas.

Material y métodos: Estructura de la intervención: primer contacto consulta médica: Valoración e instauración del tratamiento. Seguimiento de enfermería durante seis meses: Intervención educativa/motivacional. (La obesidad como enfermedad crónica, potenciar habilidades de automanejo y la implicación de los pacientes). Revisiones telefónicas periódicas cada dos meses.

Resultados: Características de los pacientes: 30 mujeres y 10 varones. Edad media de 48,8 años. Peso medio 105,76 Kg. índice de masa corporal (IMC) medio 39,69 Kg/m². El 92, 5% de los pacientes, habían intentado perder peso previamente, sin éxito. La infancia es la causa de obesidad predominante, (55%), con gran diferencia respecto al resto de causas, para ambos sexos. Los grados de obesidad más frecuentes, 2 y 3, para ambos sexos. El 55% de los pacientes, son derivados desde Atención Primaria (AP). Interrumpen o no inician el tratamiento el 47,5% de los pacientes, debido a causas personales, (47,4%) intolerancia al fármaco (15,8%), baja adherencia (15,8%), problemas económicos (10,5%), temor (10,5%). Tipos de tratamiento: Dieta (restricción calórica): 15%; Dieta (restricción calórica) + Tratamiento farmacológico 85%. Los pacientes tratados con dieta prácticamente nunca cumplen el objetivo clínico. Los pacientes tratados con dieta + tratamiento farmacológico cumplen objetivo: 54,5%. Adherentes: 23 pacientes (57,5%). No adherentes: 17 pacientes (42,5%). Adherentes que cumplen objetivo: 78,3% (18/23). No adherentes que cumplen objetivo: 0% (0/17). En pacientes que finalizan el tratamiento (n 21): cumplen el objetivo 76%. (p = 0,006). Se observa una mejora significativa, tanto del peso como del IMC.

Conclusiones: Un alto porcentaje de pacientes abandona el proceso y de éstos, más del 50% debido a causas no médicas, lo que

refleja la importancia del acompañamiento motivacional. El 55% de pacientes procede de AP, por lo que, una vez de alta hospitalaria, sería necesario plantear un seguimiento adecuado en AP, ya que se trata de un proceso largo en el tiempo. Los resultados obtenidos están relacionados, tanto con el tipo de tratamiento seleccionado, como con la adherencia, lo que recalca la importancia de una buena evaluación inicial y soporte motivacional durante el proceso.

P-112. MENOPAUSIA: LA ETAPA CRÍTICA QUE SEGUIMOS IGNORANDO EN DIABETES Y OBESIDAD

Ana Zugasti Murillo, Ana Isabel Jiménez Millán y María Dolores García de Lucas

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

Introducción: La menopausia constituye una etapa de transición asociada a cambios metabólicos relevantes, entre ellos incremento de adiposidad visceral, descenso de sensibilidad insulínica y mayor prevalencia de síndrome metabólico y diabetes tipo 2 (DM2). La prevalencia de obesidad y DM2 aumenta con la edad y, en la mujer posmenopáusica, se acompaña de un riesgo vascular especialmente elevado. A diferencia de otras etapas del curso vital femenino, como el síndrome de ovario poliquístico o la diabetes gestacional, la menopausia permanece poco caracterizada como fase de alto riesgo cardiometabólico y rara vez se integra en estrategias de cribado o tratamiento intensivo.

Objetivos: Sintetizar la evidencia sobre la relación entre menopausia, obesidad y riesgo metabólico. Evaluar si la menopausia representa una ventana de oportunidad para prevenir/retrasar la DM2, mediante intervenciones dirigidas al peso/composición corporal. Proponer implicaciones clínicas orientadas a la prevención cardiometabólica en esta etapa.

Material y métodos: Revisión de la literatura en PubMed y Scielo (periodo 2020-2025). Términos: *menopause, obesity, visceral adiposity, type 2 diabetes, insulin resistance, metabolic syndrome*. Se incluyeron estudios originales, cohortes longitudinales, metanálisis y revisiones centradas en mujeres peri- y posmenopáusicas. Los resultados se organizaron en tres bloques: (1) cambios metabólicos durante transición menopáusica; (2) evidencia de intervenciones; (3) vacíos detectados.

Resultados: Cambios metabólicos en transición menopáusica: aumento de adiposidad visceral, menor sensibilidad insulínica y mayor prevalencia de obesidad sarcopénica, que amplifica la resistencia insulínica y el riesgo cardiometabólico. Cohortes longitudinales muestran descenso de función β, especialmente en mujeres con obesidad. Metanálisis describen mayor riesgo de DM2 (31%) en menopausia precoz, influido por adiposidad central. Evidencia de intervenciones: el entrenamiento de fuerza y el HIIT son superiores para reducir grasa visceral. La cirugía bariátrica es eficaz en el grupo de 45-60 años. Ensayos recientes (2025) confirman que semaglutida y tirzepatida son igualmente eficaces en posmenopáusicas. Destaca la sinergia de la terapia hormonal de reemplazo, que potencia la pérdida de peso y la sensibilidad insulínica al combinarse con estos fármacos. Vacíos detectados: la evidencia sigue siendo limitada y heterogénea; no existen ensayos diseñados para intervención ponderal, farmacoterapia antiobesidad o prevención dirigida a mujeres en menopausia. Las guías clínicas no contemplan esta etapa como marcador de riesgo ni incorporan protocolos de detección precoz de DM2 en mujeres menopáusicas con obesidad central u otros factores de riesgo.

Conclusiones: La menopausia es una fase crítica para el riesgo vascular. A pesar de su impacto, la investigación es insuficiente y las guías carecen de recomendaciones específicas. Integrar la menopausia como marcador de riesgo cardiometabólico permitiría redefinir estrategias preventivas y terapéuticas en un momento clave

del curso vital femenino. Se precisan estudios prospectivos y algoritmos clínicos que integren menopausia, adiposidad visceral, funcionalidad y riesgo de DM2.

P-113. INCREMENTO DE LA DIABETES TIPO 2 EN POBLACIÓN INFANTIL, SU RELACIÓN CON LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN

Nuria Esther Lario Marín, María Teresa Hernández Hernández y Sara Larraz Giganto

Osakidetza, Vitoria-Gasteiz, España.

Objetivos: Investigar sobre el aumento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en la infancia y su relación con los hábitos alimenticios actuales, enfatizando el rol de enfermería en la prevención mediante la promoción de estilos de vida saludables y estrategias de educación para la salud.

Material y métodos: Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed, Scielo, así como en guías de práctica clínica y documentos de consenso (Sociedad Española de Diabetes, Asociación Americana de Diabetes), entre otras. Se han incluido artículos publicados en los últimos 5 años y se han descartado aquellos donde no había acceso al texto completo.

Resultados: La evidencia revisada muestra un aumento sostenido de la diabetes mellitus tipo 2 en la población pediátrica, estrechamente relacionado con el incremento de la obesidad infantil y los hábitos alimenticios poco saludables. Estos últimos están caracterizados por un elevado consumo de alimentos ultraprocesados, azúcares añadidos y bebidas azucaradas entre otros. Las guías señalan que estas conductas alimentarias favorecen la resistencia a la insulina y por consiguiente una progresión acelerada de la enfermedad, con aparición precoz de complicaciones tanto cardiovasculares como metabólicas. La literatura defiende que la adopción de patrones alimentarios saludables está asociada con menores riesgos de sufrir sobrepeso y puede influir de manera positiva en la prevención de disfunciones metabólicas. Además, el rol de enfermería es clave en la prevención primaria de la diabetes tipo 2 en niños, realizando intervenciones educativas basadas en la educación nutricional tanto en el ámbito comunitario como escolar y familiar.

Conclusiones: El incremento de la diabetes tipo 2 en edades tempranas está fuertemente vinculado a hábitos alimenticios desfavorables. Enfermería tiene un papel fundamental en la prevención mediante intervenciones nutricionales tempranas, educación en salud y promoción de estilos de vida saludables orientados a mejorar la alimentación infantil y reducir la carga futura de la enfermedad.

P-114. ENHANCED HYDROGEN SULFIDE PRODUCTION DECREASES HIGH-FAT DIET-INDUCED HEPATOCELLULAR CARCINOMA PROGRESSION IN MICE

Inmaculada Pino Pérez^a, Raúl López-Fernández-Sobrino^a, María Ángeles Cáliz-Molina^a, María Camacho-Cabrera^a, Leopoldo Pérez-Rosendo^a, Paula Solla^a, Almudena García-Ruiz^a and Alejandro Martín-Montalvo^{a,b}

^aAndalusian Center for Molecular Biology and Regenerative Medicine-CABIMER, Junta de Andalucía-University of Pablo de Olavide-University of Seville-CSIC, Sevilla, Spain. ^bCentro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Madrid, Spain.

Objectives: High-fat diets (HFD) are a major driver of insulin resistance and metabolic dysfunction, which represent a key risk factor for the development of hepatocellular carcinomas. In exper-

imental settings, the combination of HFD with diethylnitrosamine (DEN) constitutes a well-established model that recapitulates the metabolic and inflammatory features of obesity-related liver cancer. There is growing evidence supporting that hydrogen sulfide (H₂S) plays a relevant role in cancer biology. H₂S is a gasotransmitter produced through enzymatic and non-enzymatic pathways that modulates protein function primarily via cysteine persulfidation. Notably, long-lived experimental models exhibit elevated H₂S generation, whereas obese and diabetic patients exhibit reduced circulating H₂S concentrations. Using the HFD-DEN model, we investigated the effects of increased H₂S production induced by diallyl sulfonated compounds (DAS) in hepatocellular carcinomas.

Material and methods: Male C57BL/6J mice received a single intraperitoneal injection of DEN (5 mg/kg) at postnatal day 16 to initiate hepatocarcinogenesis. On the same day, mice were fed a standard diet supplemented with DAS, which was maintained the remaining of their life. Mice were fed with a HFD starting at postnatal day 21. Body weight and caloric intake were monitored weekly. Two experimental cohorts (n ≤ 12 per group) were sacrificed at defined time points to evaluate tumor progression, while the remaining animals (n ≤ 45) were followed longitudinally to assess physical performance and lifespan. Physical health was evaluated using rotarod, wire hang, grip strength, and treadmill tests. Transcriptomic and persulfidomic analyses were performed to assess global gene expression and protein persulfidation.

Results and conclusions: DAS supplementation reduced body weight gain in HFD-fed mice without altering caloric intake and increased median life expectancy by 12.96%. At early disease stages, mice treated with DAS exhibited reductions in both tumor number and weight. Tumor weight was lower at advanced stages. DAS also improved physical performance, as evidenced by enhanced grip strength, rotarod, and wire hang tests, while treadmill endurance was unaffected. Transcriptomic analyses of liver and tumor samples revealed modulation of pathways related to carcinogenesis, tumor progression, immune response, and sulfur metabolism. Persulfidomic profiling indicated that DAS influenced central metabolic pathways, such as lipid, carboxylic acid, and amino acid metabolism in liver tissue, whereas tumor tissue showed more limited changes.

09. COMPLICACIONES DE LA DIABETES

P-115. DIFERENCIAS POR SEXO EN EL VALOR PRONÓSTICO DEL COCIENTE ALBÚMINA/CREATININA URINARIO PARA LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA Y LOS EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 Y NORMOALBUMINURIA

Carlos Enrique Martínez Alberto^b, Carmen Mora Fernández^a, Orlando Siverio Morales^a, Juan Francisco Navarro González^a y Javier Donate Correa^{a,b}

^aHospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. ^bEscuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción y objetivos: La excreción urinaria de albúmina es un marcador establecido de riesgo cardiovascular en personas con diabetes tipo 2. Sin embargo, su relevancia clínica dentro del intervalo normoalbuminúrico (< 30 mg/g) continúa siendo incierta, especialmente en relación con posibles diferencias según el sexo. El objetivo del estudio fue analizar si el cociente albúmina/creatinina urinario dentro del rango KDIGO A1 se asocia con la carga y gravedad

de la enfermedad coronaria y con la aparición de eventos cardiovasculares mayores a 6 años, evaluando además variaciones en esta relación entre mujeres y hombres con diabetes tipo 2 y función renal conservada.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en adultos con diabetes tipo 2 que se sometieron a coronariografía diagnóstica. Se incluyeron únicamente sujetos con filtrado glomerular estimado > 60 mL/min/1,73 m² y cociente albúmina/creatinina < 30 mg/g. La severidad coronaria se evaluó mediante el índice de severidad de estenosis, calculado como el promedio de la estenosis máxima en cuatro vasos epicárdicos. Se registraron eventos cardiovasculares mayores (infarto no mortal o angina inestable con revascularización urgente, ictus o muerte cardiovascular) durante un seguimiento de 6 años. Se analizaron asociaciones basales mediante regresión lineal multivariable y se emplearon modelos de Cox ajustados por factores de riesgo clásicos, perfil lipídico, marcadores inflamatorios y medicación para valorar la relación entre el cociente albúmina/creatinina y la incidencia de eventos.

Resultados: Se incluyeron 420 pacientes (42,9% mujeres), con una mediana de cociente albúmina/creatinina de 7,56 mg/g. El 73,8% presentaba enfermedad coronaria significativa. Valores más altos dentro del rango normoalbuminúrico se asociaron de forma independiente con mayor severidad de las estenosis coronarias (R^2 ajustada = 0,090; $p < 0,001$). Durante el seguimiento, 78 personas presentaron eventos cardiovasculares mayores. La incidencia fue superior en el tercil más elevado del cociente albúmina/creatinina (\log -rank $p = 0,039$). En los modelos multivariables, dicho parámetro predijo de forma independiente la aparición de eventos (HR ajustada 1,67; IC95%: 1,35-2,10; $p < 0,01$). En los análisis estratificados, la asociación se mantuvo en ambos sexos, aunque con un efecto más marcado en las mujeres, que mostraron tasas acumuladas superiores de eventos en los valores altos del marcador, sin alcanzar significación formal la interacción estadística por sexo.

Conclusiones: Incluso dentro de la normoalbuminuria, valores más altos del cociente albúmina/creatinina se asocian con mayor carga aterosclerótica coronaria y mayor riesgo de eventos cardiovasculares a 6 años. Estos hallazgos subrayan el valor pronóstico de la albuminuria de rango normal-alto y sugieren posibles diferencias relacionadas con el sexo que requieren confirmación en cohortes más amplias.

P-116. ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA Y PREDIABETES EN NUESTRO ÁREA

María José Vallejo Herrera y Verónica Vallejo Herrera

Hospital Regional de Málaga, España.

Objetivos: Grado esteatosis/grasa hepática medida por RM/ecografía y grado fibrosis por elastografía y su correlación con datos demográficos, comorbilidades, así como con valores analíticos, usando como cribado (índice FIB-4). La imagen de atenuación tisular (ATI) es un parámetro que permite detectar diferentes grados de esteatosis hepática basándose en el análisis de las imágenes bidimensionales en escala de grises con ecografía. Por resonancia (RM), un% de grasa > 5 -6% marca el inicio de la enfermedad de hígado graso. Las guías actuales recomiendan el FIB-4 como primera aproximación diagnóstica para estimar el riesgo de fibrosis hepática.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo donde analizamos 35 pacientes con prediabetes atendidos en Hospital Regional de Málaga, periodo (2024-2025), incluimos datos demográficos, antropométricos, analíticos (FIB-4) y pruebas de imagen. La RM clasifica la esteatosis: normal ($< 5\%$), leve (5-15%), moderada (15-21%) y grave ($> 21\%$). Consideramos valores ATI elevados $> 0,63$ dB/cm/MHz, para la esteatosis en adultos. S0 (ATI $< 0,62$), S1 (ATI 0,63-0,71), S2 (ATI 0,72-0,74), S3 (ATI $> 0,75$). En todos los pacientes obtuvimos el

resultado de FIB-4 mediante analítica (calculadora SED). FIB-4: negativo, sin fibrosis FO-F1: $< 1,3$; zona gris-requiere Fibroscan: 1,3-2,67 y positivo, fibrosis significativa F3-F4: $> 2,67$.

Resultados: Un total 35 pacientes (57% mujeres), de 36-76 años, prediabetes (HbA_{1c} 5,7-6,4%), todos ellos presentaban esteatosis con valores de (% grasa hepática) entre 6-37% (esteatosis leve moderada). El IMC estaba elevado en 100% casos (27-57). En todos los casos se asociaban factores de riesgo cardiovascular, hipertensión (57%), dislipemia (67%) y dislipemia más hipertensión (57%). Un alto porcentaje tenían hábitos tóxicos (50% de fumadores, excluimos alcohol). Comorbilidades asociadas: SAOS (40%). El (12%) había padecido evento cardiovascular (ictus o infarto). Tenían perfil hepático normal o mínima alteración del perfil hepático (predominio GGT/FA). Ninguno presentaba enfermedad renal. Por ecografía, la mayoría de los pacientes (40%) presentaron ATI normal y 57% ATI elevado: leve (37%)/moderado (20%). Por resonancia (% grasa hepática) presentaban esteatosis: leve (74,2%), moderada (14,2%) y grave (5,71%) pacientes. Dentro del subgrupo esteatosis moderada-severa (7 pacientes), la mayoría eran mujeres (incluyendo grave), edad media 63,3 años, con factores de riesgo cardiovascular: IMC elevado (31,7-56), HbA_{1c} 6-6,1%, así como hipertensión (83,3%) y dislipemia (50%). Los resultados de la elastografía (realizada 50% de pacientes) presentaban: ausencia fibrosis (FO-F1) 87% y solo 2 casos fibrosis significativa (F2-F3). El índice FIB-4 negativo (40%), zona gris (54,2%) y positivo (3%). Obtuvimos elevado % de valores negativos o indeterminados.

Conclusiones: En pacientes con prediabetes existe un alto% de esteatosis leve-moderada, con buena concordancia entre ecografía (ATI) y resonancia, presencia de múltiples factores de riesgo cardiovascular. La mayoría de los valores indeterminados o negativos de FIB-4 avalan su aplicación como screening del riesgo de fibrosis en la práctica clínica habitual.

P-117. ANÁLISIS DE LOS INGRESOS POR CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN

María Casado Rodríguez, María Antequera González, Carmen Damento Pons, Daniel Carrascosa Lorente, Leire Loroño Yagüe, Ana María Urioste Fondo y María D. Ballesteros Pomar

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

Introducción y objetivos: Describir las características clínicas, analíticas y evolutivas de los pacientes ingresados por cetoacidosis diabética (CAD) hospitalizados en el Servicio de Endocrinología en los últimos cinco años (2020-2025). Evaluar la relación entre el control metabólico (HbA_{1c}) y la gravedad del episodio.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, incluyendo a todos los pacientes ingresados por CAD en el Complejo Asistencial Universitario de León entre 2020 y 2025. Se incluyeron variables demográficas, clínicas (tipo y duración de la diabetes, causa desencadenante, gravedad del episodio, necesidad de ingreso en UCI y días de estancia hospitalaria) y analíticas (glucemia venosa al ingreso y HbA_{1c}).

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes, de los cuales el 52% fueron mujeres. El 71% tenía diabetes tipo 1, el 25% diabetes tipo 2, un 2% correspondió a diabetes LADA, un 2% a diabetes tipo 3c. El control metabólico previo fue predominantemente deficiente: un 76% presentó HbA_{1c} $\geq 9\%$. Los desencadenantes más frecuentes fueron la infección (42%), la omisión de insulina (31,5%), el debut diabético (16%) y causas no identificadas (11%). Un 63% requirió ingreso en UCI. La mediana de estancia hospitalaria fue de 5 días. Un 31% pre-

sentó recurrencias con al menos otro ingreso por CAD en el periodo del estudio. Respecto a la glucemia al ingreso: el 15,7% presentó valores ≤ 300 mg/dL, el 29% entre 300-500 mg/dL y el 64% ≥ 500 mg/dL. La gravedad de la CAD fue leve en el 8%, moderada en el 47,3% y grave en el 44,7%. En pacientes con $HbA_{1c} \leq 7$ no hubo cuadros graves, vs. el 45,7% con $HbA_{1c} > 7\%$ ($p = 0,19$). En cuanto a la relación entre causa desencadenante y gravedad, la omisión de insulina se asoció a mayor proporción de formas graves (66,7%) frente al debut (33,3%) y la infección (43,8%) ($p = 0,02$).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes ingresados por CAD presentaba mal control metabólico y un predominio de DM1. Las principales causas desencadenantes fueron la infección y la omisión de insulina, esta última asociada a mayor gravedad del episodio. Se observó tendencia a peores resultados con controles metabólicos deficientes. La elevada necesidad de ingreso en UCI y la recurrencia de CAD evidencian la importancia de mejorar estrategias de prevención, educación terapéutica y seguimiento.

P-118. EL RATIO GMI/HBA_{1c} NO PREDICE DE MANERA INDEPENDIENTE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1

Carolina Sager La Ganga^a, Jose Alfonso Arranz Martin^b, Jessica Jiménez Díaz^c, Íñigo Hernando Alday^d, Víctor Navas Moreno^b, Miguel Antonio Sampedro-Núñez^b, Mónica Marazuela Azpiroz^b y Fernando Sebastián Valles^b

^aHospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España.

^bHospital Universitario de la Princesa, Madrid, España. ^cHospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España. ^dHospital Universitario Basurto, Bilbao, España.

Introducción y objetivos: La discordancia entre la hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) y el indicador de gestión de glucosa (GMI) se ha propuesto como un posible marcador de riesgo vascular en personas con diabetes. Este estudio evaluó si la proporción GMI/ HbA_{1c} predice de manera independiente la retinopatía diabética (RD) en adultos

con diabetes tipo 1 (DT1) que utilizan monitorización continua de glucosa.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio multicéntrico transversal con 1,070 adultos que empleaban monitorización intermitente tipo *flash*. Los participantes se clasificaron como “altos glicadores” (ratio $< 0,9$) o “no altos glicadores” según la proporción GMI/ HbA_{1c} . El estado de RD se determinó mediante evaluación oftalmológica. Se aplicaron modelos de regresión logística multivariable y emparejamiento por puntaje de propensión (1:1) para analizar la asociación independiente con RD, ajustando por edad, sexo, duración de la diabetes, tabaquismo, hipertensión, colesterol LDL, índice de masa corporal y dosis de insulina.

Resultados: Aunque los “altos glicadores” mostraron una mayor prevalencia cruda de RD (31,3 vs. 23,1%, $p = 0,020$), la proporción GMI/ HbA_{1c} no se asoció de forma independiente con RD en los modelos ajustados (OR 1,19; IC95%: 0,34-4,15; $p = 0,785$) ni en la cohorte emparejada (OR 1,23; IC95%: 0,76-1,99; $p = 0,391$). La HbA_{1c} absoluta se mantuvo como el predictor glucémico más sólido.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la proporción GMI/ HbA_{1c} puede ser útil para interpretar perfiles glucémicos discordantes y servir como herramienta contextual en la práctica clínica, pero carece de valor pronóstico independiente para la RD.

P-119. USO DE LOS INHIBIDORES DE SGLT2 EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 E INSUFICIENCIA CARDIACA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA PRISMA

Fátima Cua Espinilla^a, Rebeca Alcalde González^a, Cristina Cebolla Rojas^b, María Cua Espinilla^{c,d}

^aHospital Clínico Universitario Valladolid, Valladolid, España.

^bHospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. ^cHospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, España.

^dMD Anderson Cancer Center Madrid, Madrid, España.

Introducción: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) han demostrado beneficios cardiovasculares y rena-

Tabla P-118

Variable	Obs (n = 1.070)	Glicadores altos (n = 183)	No glicadores altos (n = 887)	p
Edad (años)	47,68 \pm 15,03	50,91 \pm 15,62	47,08 \pm 14,83	0,002
Sexo (mujeres)	528 (49,4%)	94 (51,4%)	434 (48,9%)	0,548
Duración de la diabetes (años)	21,43 \pm 13,23	22,16 \pm 13,01	21,28 \pm 13,28	0,418
Retinopatía diabética	257 (24,0%)	57 (31,3%)	205 (23,1%)	0,020
Leve	110 (10,3%)	23 (12,6%)	91 (10,3%)	
Moderada	49 (4,5%)	11 (6,0%)	42 (4,7%)	
Grave	12 (1,1%)	1 (0,6%)	11 (1,2%)	
Proliferativa/ edema macular	86 (8,0%)	21 (11,5%)	66 (7,4%)	
HbA_{1c} (%)	7,37 \pm 1,08	8,45 \pm 0,9	7,13 \pm 0,88	< 0,001
GMI	7,19 \pm 0,80	7,05 \pm 0,75	7,22 \pm 0,81	0,010
IMC (kg/m ²)	25,89 \pm 5,63	26,0 \pm 4,65	25,90 \pm 5,85	0,833
Hipertensión arterial (%)	236 (22,1%)	37 (20,7%)	201 (22,7%)	0,552
Cardiopatía isquémica	41 (3,8%)	8 (4,3%)	33 (3,7%)	0,611
Accidente cerebrovascular	20 (1,9%)	4 (2,2%)	16 (1,8%)	0,721
TIR (%)	61,26 \pm 17,60	63,81 \pm 16,99	61,13 \pm 17,26	0,058
TBR (%)	4,62 \pm 4,89	5,60 \pm 5,28	4,39 \pm 4,67	0,002
TAR > 180 mg/dL (%)	34,11 \pm 18,74	30,58 \pm 17,86	34,48 \pm 18,41	0,009
TAR > 250 mg/dL (%)	11,43 \pm 13,15	9,99 \pm 11,41	11,33 \pm 12,73	0,190
Coefficiente de variación	36,62 \pm 7,14	36,40 \pm 6,94	37,61 \pm 7,39	0,036

les significativos en pacientes con diabetes tipo 2 e insuficiencia cardiaca, reduciendo hospitalizaciones y mortalidad. Sin embargo, su utilización en pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) continúa siendo controvertida debido al riesgo aumentado de cetoacidosis diabética (CAD) e incertidumbre sobre su perfil beneficio-riesgo en este grupo. A pesar de ello, existe un creciente interés clínico por evaluar si los efectos positivos observados en la insuficiencia cardiaca, como la mejora de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), la reducción del ProBNP y el mejor control glucémico mediante reducción de la variabilidad y aumento del tiempo en rango (TIR), podrían replicarse en población con DM1. El objetivo del estudio es analizar la evidencia disponible sobre la eficacia y seguridad del uso de los iSGLT2 sobre parámetros glucémicos, variables de insuficiencia cardiaca y seguridad clínica en pacientes adultos con DM1 e IC.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática siguiendo la declaración PRISMA. Se buscaron estudios en PubMed, Embase, Cochrane Library y Web of Science desde 2000 hasta enero de 2025 utilizando combinaciones de términos MeSH y palabras clave relacionados con "Type 1 Diabetes", "Heart Failure", "SGLT2 inhibitors", "dapagliflozin", "empagliflozin" y "Sotagliflozin". Se incluyeron ensayos clínicos, estudios observacionales y series de casos que reportaran al menos una variable glucémica o cardiovascular. Se excluyeron estudios en animales, revisiones narrativas y artículos sin datos específicos de IC. Se extrajeron datos sobre HbA_{1c}, TIR, TAR, TBR, FEVI, ProBNP, tratamiento diabetológico y eventos adversos. La calidad metodológica se evaluó mediante la herramienta Newcastle-Ottawa o RoB2 según diseño.

Resultados: La búsqueda identificó un número limitado de estudios directamente enfocados en pacientes con DM1 e IC; sin embargo, los estudios disponibles sugieren tendencias favorables. El uso de iSGLT2 se asoció con reducciones modestas pero consistentes en HbA_{1c} (-0,2% a -0,4%), mejoras en TIR (entre +6% y +12%) y reducciones en variabilidad glucémica. En pacientes con IC, los datos preliminares mostraron estabilización o ligera mejoría de la FEVI, así como descensos en proBNP en subgrupos seleccionados. No obstante, el riesgo de CAD permaneció elevado, especialmente en regímenes basados en bomba o ajustes agresivos de insulina.

Conclusiones: Los iSGLT2 pueden aportar beneficios metabólicos y cardiovasculares en pacientes con DM1 e IC, pero la evidencia es escasa y los riesgos, especialmente la CAD, limitan su implementación clínica rutinaria. Su uso debe considerarse únicamente en contextos altamente seleccionados y con monitorización intensiva. Se requieren estudios robustos específicamente diseñados para esta población.

P-120. PREDICTORES CLÍNICOS DEL RIESGO DE FIBROSIS HEPÁTICA DETERMINADO POR FIB-4 EN DIABETES TIPO 1

Jorge González Prieto, Lucía Babiano Benito, Laura María Martín Flores, Luis Miguel Domínguez Márquez y Francisco Miguel Morales Pérez

Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Introducción y objetivos: El índice FIB-4 es una herramienta no invasiva utilizada para estimar el riesgo de fibrosis hepática a partir de la edad, AST, ALT y el recuento de plaquetas. En la diabetes tipo 2, su utilidad está bien establecida debido al mayor riesgo de enfermedad hepática asociado a esta condición. Sin embargo, en la diabetes tipo 1 (DM1) la relación con la fibrosis hepática no está tan definida, y se desconoce si presenta un perfil de riesgo similar. El objetivo de este estudio fue describir los valores de FIB-4 en una cohorte de pacientes con DM1 y analizar sus asociaciones con parámetros cardiometabólicos y complicaciones crónicas.

Material y métodos: Estudio observacional transversal unicéntrico en pacientes con DM1.

Resultados: Se incluyeron 145 pacientes con DM1 (54,5% mujeres), con una edad media de 43,3 ± 15,1 años (rango 8-81) y una duración media de la enfermedad de 23,2 ± 13 años. El 42,1% presentaba dislipemia y el 31,1% hipertensión. El IMC (índice de masa corporal) medio fue de 25,99 ± 5,66 kg/m² (15,10-41,40), teniendo el 38% sobrepeso y el 18% obesidad. El 29% presentaban retinopatía diabética y el 10% nefropatía. La HbA_{1c} (hemoglobina glicosilada) media fue de 6,89 ± 0,79% (5,30-9,80). El FIB-4 medio fue de 0,88 ± 0,51 (0,14-4,24). Según puntos de corte, el 79,9% presentó riesgo bajo, el 19,4% intermedio y el 0,7% alto de fibrosis hepática. En el análisis multivariado, la HbA_{1c} no se asoció de forma independiente con el FIB-4 ($\beta = -0,021$; $p = 0,804$). Los únicos predictores significativos fueron la duración de la diabetes ($\beta = 0,504$; $p < 0,001$) y el IMC ($\beta = 0,192$; $p = 0,025$), explicando el modelo el 29,3% de la variabilidad (R^2 ajustado = 0,293). El FIB-4 no se correlacionó con el perfil lipídico, la presión arterial, los parámetros del control glucémico continuo ni con las complicaciones crónicas, observándose solo una correlación débil con el IMC ($r = 0,24$; $p < 0,01$) en línea con lo observado en la regresión múltiple. En el análisis logístico, la duración de la DM1 fue el único predictor de riesgo independiente de presentar un FIB-4 elevado (OR 1,12; $p < 0,001$), mientras que la obesidad y la HbA_{1c} no mostraron asociación significativa.

Conclusiones: La prevalencia de FIB-4 elevado fue muy baja. No se asoció con parámetros cardiometabólicos, y su variabilidad se explicó principalmente por la duración de la diabetes y, en menor medida, por el IMC. Estos resultados sugieren que el FIB-4 refleja especialmente la carga crónica de la enfermedad más que el estado metabólico actual en la DM1.

P-121. EVALUACIÓN DEL CONTROL GLUCÉMICO MEDIANTE MCG Y SU ASOCIACIÓN CON LA ALBUMINURIA Y EL FILTRADO GLOMERULAR EN DIABETES TIPO 1

Luis Miguel Domínguez Márquez, Jorge González Prieto, Laura María Martín Flores, Lucía Babiano Benito, Pilar Isabel Beato Víbora, Francisco Miguel Morales Pérez y Marta María Guijarro Chacón

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Introducción y objetivos: La nefropatía diabética es una de las principales complicaciones de la diabetes tipo 1 (DM1) y su detección precoz es fundamental para evitar la progresión a enfermedad renal crónica. La relación entre la monitorización continua de glucosa (MCG) con la albuminuria y el deterioro renal no está completamente establecida. Este estudio analiza la asociación entre estas variables y los marcadores renales en una cohorte de pacientes con DM1.

Material y métodos: Estudio observacional transversal realizado en el Hospital Universitario de Badajoz.

Resultados: Se incluyeron 145 pacientes con DM1 (54,5% mujeres), con una edad media de 43,3 ± 15,1 años (rango 8-81), una duración media de la enfermedad de 23,2 ± 13 años y una HbA_{1c} (hemoglobina glicosilada) media de 6,89 ± 0,79% (5,30-9,80). El IMC (índice de masa corporal) medio fue de 25,99 ± 5,66 kg/m² (15,10-41,40), con un 38% de sobrepeso y un 18% de obesidad. La MCG de los últimos 14 días mostró: glucosa promedio de 157,9 ± 39,9 mg/dL; GMI (indicador gestión de glucosa) de 6,97 ± 0,67%; variabilidad glucémica del 32,9 ± 5,9%; tiempo en rango (TIR) (70-180 mg/dL) del 69,7 ± 16,5%; tiempo 180-250 mg/dL 20,7 ± 10,0%; tiempo > 250 mg/dL 6,7 ± 9,7%; tiempo entre 54-70 mg/dL 2,32 ± 2,13%; y tiempo < 54 mg/dL 0,39 ± 0,91%. El 10% presentaba nefropatía diabética; de ellos el 40% no estaban diagnosticados. En cuanto al tratamiento, el 40% recibían IECA/ARA II y el 54% tenían iSGLT2. En el modelo de regresión lineal múltiple, tanto la duración de la diabetes ($B = 0,960$, $\beta = 0,185$, $p = 0,05$) como la HbA_{1c} ($B = 25,816$, $\beta = 0,307$, $p = 0,002$) mostraron asociación significativa con los niveles de albuminuria.

Por cada año adicional de diabetes, la albuminuria aumento 0,96 mg/g. Por cada 1% que aumenta la HbA_{1c}, la albuminuria aumenta en 25,8 mg/g. El FG (filtrado glomerular) se correlacionó negativamente con la glucosa promedio ($r = -0,343$, $p = 0,001$), con el GMI ($r = -0,347$, $p = 0,001$), con el tiempo por encima de rango (180-250 mg/dL) ($r = -0,327$, $p = 0,001$) y con el tiempo > 250 mg/dL ($r = -0,254$, $p = 0,010$). El TIR mostró una correlación positiva significativa con el FG ($r = 0,331$, $p = 0,001$). No se encontró correlación con la albuminuria.

Conclusiones: En esta cohorte de personas con diabetes tipo 1, la albuminuria aumenta de forma significativa a medida que se prolonga la duración de la diabetes y empeora el control glucémico. El deterioro del filtrado glomerular se asocia a peor control glucémico, con más tiempo en hiperglucemia y menor tiempo en rango. Estos hallazgos subrayan la importancia del control glucémico crónico en las personas con DM1.

P-122. PREVALENCIA DE NEUROPATÍA AUTÓNOMICA EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1 Y RESULTADOS GLUCOMÉTRICOS

Mercè Fernández Miró^{a,b,c}, Oihane Masplà Villafruela^c, Elisenda Climent Biescas^{a,b,c}, Lilia Isabel Correa Márquez^d, Bernat Bertran Recasens^e, Pedro José Plaza López^f y Juan José Chillarón Jordán^{a,b,c}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital del Mar, Barcelona, España. ^bHospital del Mar Medical Research Institute, Barcelona, España. ^cDepartment of Medicine (MELIS), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España. ^dServicio de Neurofisiología Clínica, Hospital del Mar, Barcelona, España. ^eServicio de Neurología, Hospital del Mar, Barcelona, España. ^fServicio de Medicina, Nuclear Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción y objetivos: La neuropatía autonómica (NA) es una complicación infradiagnosticada de la DM. Existe una asociación con la variabilidad glucémica, aunque la asociación con otros parámetros de la monitorización continua de glucemia (MCG) muestra resultados inconsistentes. El objetivo principal fue evaluar la prevalencia de NA en adultos con diabetes tipo 1 (DM1) y su asociación con la glucometría.

Material y métodos: Estudio observacional transversal. Se incluyeron adultos con DM1 visitados en la Unidad de Diabetes del Parc de Salut Mar entre enero y diciembre de 2025. Se recogieron variables sociodemográficas, antropométricas, factores de riesgo cardiovascular, bioquímicas, MCG, complicaciones crónicas, neurofilamentos de cadena ligera en plasma como biomarcador de daño neuroaxonal. Para diagnóstico de NA se realizaron test de reflejo cardiovascular y gammagrafía de vaciado gástrico. Para el análisis estadístico se emplearon pruebas t de Student, chi cuadrado, correlación de Pearson y prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: Se incluyeron 10 hombres y 8 mujeres con una edad media de 50,1 ± 12,7 años y una duración media de la diabetes de 26,7 ± 11,5 años. Siete pacientes (38,9%) presentaron NA (3 temprana, 2 moderada, 1 grave y 1 con alteración en la gammagrafía). Todos los casos con NA cardíaca mostraron disfunción parasimpática cardiovagal; además 2 pacientes presentaron disfunción simpático-adrenérgica y 1 disfunción colinérgica. Los pacientes con NA mostraron peor control glucémico: valores superiores de HbA_{1c} (8,2 ± 1,4 vs. 6,9 ± 0,9%, $p = 0,048$), glucemia plasmática (229,7 ± 82,1 mg/dL vs. 151,3 ± 25,2 mg/dL, $p = 0,011$) y glucemia media por MCG (184,7 ± 37,1 mg/dL vs. 151,3 ± 25,2 mg/dL, $p = 0,035$). Asimismo, presentaron menor porcentaje de TIR (50,6 ± 18,8 vs. 70,2% ± 18%, $p = 0,042$) y mayor porcentaje de TAR (47,3 ± 20,1 vs. 26,0 ± 18,1%, $p = 0,036$), sin diferencias en el coeficiente de variación. Se observó mayor prevalencia de hipertensión, nefropatía y polineuropatía

diabética en el grupo con NA. El parámetro de función autonómica RSA (arritmia sinusal respiratoria) se correlacionó negativamente con glucemia media ($r = -0,51$, $p = 0,041$) y TAR ($r = -0,53$, $p = 0,035$), y positivamente con TIR ($r = 0,53$, $p = 0,037$). No se observaron diferencias significativas entre la ratio ajustada por edad respecto al límite superior de normalidad en los niveles de neurofilamentos de cadena ligera entre el grupo sin NA y con NA, con medianas 1,25 (0,99-1,70) y 1,33 (1,01-3,93), respectivamente, $p = 0,601$.

Conclusiones: La prevalencia de NA es similar a la descrita en la literatura, se asocia con peor control glucémico. EL RSA, un parámetro de disfunción parasimpática cardiovagal, que se altera de forma precoz en la NA cardíaca muestra correlaciones significativas con la glucometría.

P-123. TENOTOMÍA FLEXORA DIGITAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS NEUROPÁTICAS

Maria Nicolás, Albert Cano, David Subías, Montse Aguilar, Helena Costa y Mercedes Rigla

Consorci Corporació Parc Taulí, Sabadell, España.

Introducción. Las úlceras neuropáticas que se producen en el dorso o el ápice de los dedos suelen ser más pequeñas y presentar una curación más rápida respecto a las de otras localizaciones. Sin embargo, su importancia es clara puesto que preceden a las amputaciones en los casos de pie diabético en casi 2 de cada 3 pacientes. La tenotomía flexora digital es una técnica quirúrgica ambulatoria que tiene como objetivo aliviar la presión en las zonas de ulceración digital. La tenotomía busca liberar la contracción del tendón flexor corto en pies con deformidades, permitiendo que el dedo adopte una posición más anatómica, constituyendo lo que podemos denominar, una descarga quirúrgica. El objetivo fue realizar un estudio prospectivo observacional para valorar la evolución de los pacientes con lesiones digitales neuropáticas sometidos a tenotomía flexora digital. Se incluyeron pacientes con neuropatía sin signos de hipoperfusión distal (pulso pedio o tibial posterior +, señal Doppler bifásica) con úlcera activa sin exposición ósea, atendidos en la Unidad de Pie DM del Servicio de Endocrinología de nuestro hospital, a los que se practicó tenotomía entre los meses de mayo y noviembre de 2025.

Resultados. Se incluyeron 20 úlceras de 16 pacientes (13 hombres; edad media 70,5 ± 13 años; 3/13 diabetes tipo 1/tipo 2, 9 tratados con insulina, HbA_{1c} 8 ± 1,7%), 12 con historia de amputaciones previas). A todos se les practicó una tenotomía en el dedo afecto. El tiempo medio a la curación fue de 15,5 días, mediana 13 días, (min. 4-máx. 49). No se registraron complicaciones del procedimiento.

Conclusiones: la tenotomía flexora digital es una técnica resolutiva que permite la curación de las úlceras neuropáticas digitales en pocos días sin necesidad de descarga complementaria y sin complicaciones relevantes.

P-124. MENOR FRECUENCIA DE LA DIABETES EN HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR. PAPEL DE LAS ESTATINAS

Miguel Ángel María Tablado, Carmen Montejo Martínez, Alicia Afonso Granda, Camila Rojas Romero, Celia Marín Tur y Yiscaury Ogando de Oleo

CS Canillejas, Madrid, España.

Objetivos: La coincidencia de hipercolesterolemia familiar (HFM) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) implica un nivel de riesgo vascular muy alto en pacientes sin evento vascular. La comunidad científica no acaba de determinar si la prevalencia de DM2 es igual a la pobla-

ción general o menor (efecto paradójico). Tampoco existe todavía una explicación plausible de la asociación de consumo de estatinas y debut de DM2, estos pacientes HFM que están con estatinas desde muy jóvenes deberían tener una mayor prevalencia DM2. Pretendemos determinar cuál es la prevalencia de DM2 en los pacientes HFM de un centro de Salud Urbano. Así como el efecto del tratamiento de estatinas en la misma.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. Los datos han sido obtenidos por el “cuadro de mandos” de la Gerencia de Atención Primaria que implican datos agrupados anonimizados. Criterios de inclusión (diagnóstico HFM y/o LDL colesterol > 180 mg/dl, cualquier edad), criterios de exclusión (no claro diagnóstico HFM, ausencia de datos último año, mal registrados). Para obtener las variables utilizamos CIAP T93,01 (HFM), CIAP T90 (DM2), LDL colesterol, edad, sexo, diagnóstico HTA, año debut HFM, año debut DM2, tratamiento HFM, tratamiento DM2, evento vascular.

Resultados: La población total del Centro de Salud: 28.662. El número total de DM 2.134 (7,4%). HFM en el centro: 131. LDL > 180 mg/dl: 414 (1,9% de la población total). DM2 en este grupo (34). Pacientes distintos analizados. n = 26 (4,7% prevalencia de DM2 e HFM). Eliminados 4 por faltar datos en el último año, 2 mal registrados, 2 no correcto diagnóstico. Edad media 66 años. Sexo: 64% varones. Anterior (al menos un año antes) HFM/LDL > 180 a diabetes (50%), a la par (17%). HTA 68%. Evento vascular establecido 38%: 4 ac^afa, 2 ictus, 3 ERC, 1 cardiopatía isquémica, 1 insuficiencia cardiaca, 1 enfermedad arterial periférica. Tratamiento para DM2: metformina 54%, iDPP4 (sitagliptina, linagliptina) 26%, isglt2 (empaglifocina, dapaglifocina) 34%, arGLP1 (semaglutida) 4%, glicazida 4%, insulina 4%, ningún fármaco 4%, un fármaco 35%, dos fármacos 54%, tres o más 8%. Tratamiento hipocolesteromiente: simvastatina 16%, rosuvastatina 28%, atorvastatina 47%, ezetimiba 38%, ácido bempedoico 4%, otros 4%. Un fármaco 58%, dos fármacos 38%, tres o más 4%.

Conclusiones: Hay un déficit de registro y diagnóstico de la HFM. Realizamos la estrategia de búsqueda utilizando un criterio clínico lo que implica que la prevalencia de HFM este sobre estimada. Aun así, el porcentaje de DM es inferior a la media de la misma población. La dislipemia (HFM/LDL > 180) precede claramente a la DM. La media de edad es alta a falta de realizar screening en cascada en los familiares. Pese a ser pacientes de alto riesgo solo 38% tienen (isglt2/arGLP1). Predomina la monoterapia con estatinas de potencia alta.

P-125. VARIABILIDAD GLUCÉMICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN HEMODIÁLISIS: VALOR PREDICTIVO DEL ÍNDICE CINTURA-ALTURA

Pedro Gil-Millán^{a,b,c,d}, Ascensión Lupiáñez^b, Sonia Caparrós^b, Ángel Ortiz-Zuñiga^{a,c,d}, Cristina Hernández^{a,c,d}, Rafael Simó^{a,c,d} y Olga Simó-Servat^{a,b,c,d}

^aHospital Vall d'Hebron, Barcelona, España. ^bCentros de Hemodiálisis Diaverum, Barcelona, España. ^cCIBERDEM, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ^dDepartamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, España.

Introducción: La variabilidad glucémica (VG) es altamente prevalente en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) en tratamiento con insulina con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en hemodiálisis (HD). Sin embargo, carecemos de predictores antropométricos simples sobre la VG. En este estudio se evalúa si el índice cintura-altura (iCA) predice la VG entre los días de HD y no HD.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó a 49 pacientes con DM2 tratados con insulina con ERCT en HD. Se inició durante 20 días monitorización continua de glucosa (MCG, Dexcom One Plus). Los pacientes se clasificaron según la desviación estándar de la glucosa (DE) < 50 mg/dL o ≥ 50 mg/dL. Se evaluaron

correlaciones entre el iCA y métricas derivadas de la MCG y posteriormente se realizó un análisis de regresión logística multivariante con la VG como variable dependiente.

Resultados: Los pacientes con mayor VG (n = 25; DE ≥ 50 mg/dL) presentaron un iCA más bajo (0,502 ± 0,08 vs. 0,560 ± 0,11; p = 0,032) y una circunferencia abdominal menor (80,3 ± 12,9 vs. 89,1 ± 16,1 cm; p = 0,04). El iCA se correlacionó positivamente con el TIR y negativamente con la glucosa media, DE, CV y GMI. En el análisis multivariante, el iCA fue el único predictor independiente de la VG (DE ≥ 50 mg/dL): B = -16,6; OR = 0,00; IC95%: 0,00-0,36; p = 0,037. Por tanto, los pacientes con DM2 en programa de HD que presentan mayor iCA muestran menor VG.

Conclusiones: El iCA predice de manera independiente la variabilidad glucémica en pacientes con DM2 tratados con insulina en HD. Esta información puede ayudar a desarrollar estrategias terapéuticas individualizadas.

P-126. IMPACTO DE LA ADIPOSIDAD VISCERAL Y LA HIPERHIDRATACIÓN SUBCLÍNICA EN EL TIEMPO EN RANGO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN HEMODIÁLISIS

Pedro Gil-Millán^{a,b,c,d}, Ascensión Lupiáñez^b, Sonia Caparrós^b, Ángel Ortiz-Zuñiga^{a,c,d}, Cristina Hernández^{a,c,d}, Rafael Simó^{a,c,d} y Olga Simó-Servat^{a,b,c,d}

^aHospital Vall d'Hebron, Barcelona, España. ^bCentros de Hemodiálisis Diaverum, Barcelona, España. ^cCIBERDEM, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ^dDepartamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: La variabilidad glucémica (VG) entre días con hemodiálisis (HD) y días sin HD es un fenómeno clínicamente relevante en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) tratados con insulina. Sin embargo, los factores clínicos y de composición corporal que la determinan siguen estando pobremente definidos. El objetivo de este estudio fue evaluar si el área visceral de grasa (VFA) y la ratio de agua extracelular respecto al agua corporal total (ECW/TBWr) se asocian con el descenso del TIR entre días de HD y no HD.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional que incluyó 63 pacientes con DM2 tratados con insulina en HD. Se inició monitorización continua de glucosa (MCG, Dexcom One Plus) durante 20 días. Se definió inestabilidad glucémica clínicamente relevante como un ΔTIR > 5% entre días con y sin HD. La VFA y la ECW/TBWr se evaluaron mediante bioimpedancia.

Resultados: Los pacientes con ΔTIR > 5% (n = 36) entre los días con y sin HD presentaron un fenotipo metabólico distinto al del grupo con ΔTIR ≤ 5% (n = 27). Así, mostraron menor IMC (26,49 ± 5,77 vs. 29,01 ± 5,84; p = 0,050), menor circunferencia abdominal, índice cintura/altura (0,53 ± 0,15 vs. 0,55 ± 0,81; p = 0,08) VFA más baja (88,50 ± 53,35 vs. 117,92 ± 51,07; p = 0,031), un ángulo de fase reducido (4,30 ± 0,89 vs. 5,07 ± 1,39; p = 0,037) y una ECW/TBWr más elevada 0,395 (0,385-0,404) vs. 0,392 (0,383-0,396); p = 0,050. Además, estos pacientes llevaban menos tiempo en HD: 6 meses (P25: 2; P75: 12) vs. 24,6 meses (P25: 6; P75: 41,6); p = 0,006. En la MCG, el grupo ΔTIR > 5% mostró un TIR significativamente menor (49,36 ± 21,83 vs. 69,64 ± 19,99; p = 0,001), junto con mayor TAR2, glucosa media (196,44 ± 50,19 vs. 154,95 ± 28,08; p = 0,001) y GMI (8,01 ± 1,20 vs. 7,09 ± 0,73; p = 0,001). No hubo diferencias en time below range entre grupos, ni tampoco en la edad ni en los años de evolución de la diabetes. En el análisis multivariante, la ratio ECW/TBWr, la VFA y los meses en HD fueron predictores independientes de un ΔTIR > 5%: ECW/TBWr ratio: B = 95,202; p = 0,008; OR = 2,21 × 10⁴¹; VFA: B = -1,829; p = 0,020; OR = 0,161 y tiempo en HD (meses): B = -0,464; p = 0,013; OR = 0,629.

Conclusiones: La ratio ECW/TBW, la VFA y el tiempo en HD son predictores independientes del descenso del TIR entre días de HD y no HD en pacientes con DM2 tratados con insulina. Nuestros hallazgos subrayan la importancia de integrar la evaluación del estado de hidratación, la composición corporal y la experiencia acumulada en HD para optimizar el control metabólico en esta población vulnerable.

P-127. FACTORES PREDICTORES DE LA HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Leire Sainz-Maza Vallejo, Saida Huerga González, Amaya Hidalgo Murillo, Virginia Agudo Endemaño, Nerea Utrilla Uriarte, Lucía Amelia Gortazar de la Rica y Nuria Valdés Gallego

Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España.

Introducción: La hipoglucemia, representa una de las complicaciones agudas más frecuentes y potencialmente graves en personas con diabetes mellitus (DM) tratadas con insulina. Pese a los avances terapéuticos y tecnológicos, sigue siendo un desafío que afecta su seguridad y calidad de vida. Sus causas son diversas y no siempre bien definidas, por ello identificar factores predictivos resulta esencial para mejorar la prevención, el tratamiento y reducir riesgos.

Objetivos: Identificar los factores clínicos y terapéuticos predictores de hipoglucemia en pacientes con DM tipo 1 atendidos en las consultas de endocrinología del Hospital Universitario Cruces.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional transversal en una cohorte de pacientes con DM tipo 1 portadores de monitorización de glucosa. Los datos se recogieron durante los meses de noviembre y diciembre del 2024. La variable dependiente fue el tiempo por debajo de rango (TBR). Como independientes se incluyeron: sexo, edad, años de evolución de la diabetes, índice de masa corporal (IMC), dosis total diaria de insulina (DTDI), dosis basal y prandial, uso de sistema administración automática de insulina (AID), hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) y tiempo en rango (TIR). Se realizó un análisis descriptivo, de colinealidad, modelo de regresión multivariable, una regresión lineal por pasos (*stepwise*) y se efectuó un análisis estratificado por edad.

Resultados: Se analizaron 340 pacientes, 53,8% mujeres, con una edad media de 30,78 años y 15,17 años de media de evolución de la diabetes. La media de HbA_{1c} fue del 7,27%, el TIR del 59,8% y el TBR del 3,47%. De los datos recogidos, destacaron dos de las variables estudiadas por su asociación independiente, una HbA_{1c} más elevada se asoció con menor TBR ($B = -1,002$; $p < 0,001$), y el uso de sistemas AID se relacionó con una reducción significativa del TBR ($B = -1,807$; $p = 0,002$). Se observaron tendencias no significativas con tratamiento en el TIR ($p = 0,123$). El resto de variables no mostraron un efecto independiente y el modelo *stepwise* confirmó únicamente la HbA_{1c} y AID como predictores robustos (R^2 ajustado = 0,070) del TBR. En el análisis de subgrupos, los adultos mantuvieron la significación de estos factores (HbA_{1c} y AID) como únicos predictores independientes, y en menores de 18 años se observaron asociaciones con la dosis de insulina ($B = 0,403$; $p = 0,015$) y el tiempo de evolución de la enfermedad ($B = 0,267$; $p = 0,018$).

Conclusiones: Una HbA_{1c} elevada se asoció con menor TBR, mientras que la utilización de sistema AID mostró un efecto protector significativo frente a la hipoglucemia. Sin embargo, en menores de 18 años, el riesgo de TBR se relacionó con tiempo de evolución de la enfermedad y la dosis de insulina. Una HbA_{1c} elevada se asocia a un menor riesgo de hipoglucemia, pero indica un control glucémico deficiente. Esto refuerza la necesidad de equilibrar hipoglucemias y control metabólico.

P-128. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-METABÓLICA DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR PIE DIABÉTICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO

Adrián Chaves Lozano, Carlos Latorre Mesa, Paula Gómez Prieto, Patricia Carón Martín, María Fernanda Peñaherrera Aguilar, Alicia Pelayo García y Ángela González Díaz-Faes

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Introducción y objetivos: Se estima que hasta el 25% de los pacientes con diabetes mellitus (DM) desarrollarán una úlcera en el pie a lo largo de su vida, siendo la lesión precedente al 80% de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores. Es por tanto una complicación prevalente con fuerte impacto sobre la morbilidad, la calidad de vida y el consumo de recursos sanitarios. El objetivo es definir el perfil de paciente ingresado por pie diabético en un hospital de tercer nivel durante un periodo de dos años, a partir de variables clínicas y asistenciales registradas durante la hospitalización.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que recoge los pacientes ingresados por pie diabético a cargo del servicio de Endocrinología del Hospital Marqués de Valdecilla (HUMV) durante el periodo comprendido entre noviembre de 2023 y noviembre de 2025.

Resultados: En los dos años de seguimiento se registraron un total de 92 pacientes, de los cuales el 68% fueron hombres, con una edad media de 67 años. En el 79% de los casos estaban diagnosticados de DM2, la mayoría de larga evolución (> 15 años). El control metabólico era habitualmente subóptimo, de forma que el 45% presentaban al ingreso una HbA_{1c} mayor de 8%, y un 12% cifras superiores al 10%. El 67% presentaban albuminuria persistente > 30 mg/g, y un 43% un fondo de ojo compatible con retinopatía diabética. 1 de cada 4 pacientes había sufrido con anterioridad al menos un evento cerebrovascular o cardiovascular. La naturaleza más frecuente de la úlcera fue la neuroisquémica, cuya incidencia global está en aumento respecto a la clásica neuropática pura. El abordaje quirúrgico fue necesario en 66 pacientes, especialmente a expensas de la amputación de un único radio. Se valoró en todos los casos la subsidiaridad de tratamientos coadyuvantes, de manera que 15 personas recibieron terapia de presión negativa y 4 fueron candidatas a cámara hiperbárica, con excelentes resultados en los casos en los que fueron aplicados. La estancia media fue de 14 días, y la tasa de reingresos fue baja en el tiempo total de seguimiento en comparación con otras cohortes (20% en dos años).

Conclusiones: El perfil mayoritario de paciente recogido en nuestra cohorte es, por tanto, el del varón con múltiples factores de riesgo cardiovascular, DM2 de larga evolución y mal control metabólico crónico. La patología microvascular fue altamente prevalente al ingreso. El manejo quirúrgico fue necesario en una amplia muestra de los casos registrados, lo que pone de manifiesto la necesidad de establecer estrategias de cribado precoz del pie de riesgo, con el consecuente impacto positivo sobre la tasa de complicaciones, reingresos y la morbimortalidad.

P-129. ESTRUCTURA CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE DIABETES MELLITUS Y DETERIORO COGNITIVO: UN ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE COOCURENCIA DE PALABRAS CLAVE

Carlos Enrique Martínez Alberto^a, Leticia Mabety Cuéllar Pompa^b, Javier Donate Correa^a, Domingo Ángel Fernández Gutiérrez^c, Adrián Gaona Fernández^d y Laura María Pérez Yanes^e

^aHospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz, España. ^bIlustre Colegio Oficial de Enfermeros de Santa Cruz de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España. ^cGerencia de Atención Primaria de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España. ^dComplejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol, España.

Introducción: Un análisis bibliométrico de coocurrencia de palabras clave es una técnica cuantitativa que utiliza métodos estadísticos y matemáticos para identificar patrones y tendencias en la investigación, analizando la frecuencia de aparición de las palabras clave.

Objetivos: Explorar la estructura conceptual de la literatura científica sobre la relación entre la diabetes y el deterioro cognitivo mediante análisis bibliométrico de coocurrencia de palabras clave.

Material y métodos: En octubre de 2025 se realizó una búsqueda en Scopus utilizando una estrategia basada en términos relacionados con deterioro cognitivo y diabetes, aplicada a los campos de título, resumen y palabras clave, recuperándose 108 referencias. Se llevó a cabo un análisis de coocurrencia de palabras clave mediante el *software* VOSviewer (versión 1.6.16), utilizando el método de normalización *association strength* y recuento completo. Se estableció un umbral mínimo de cinco coocurrencias para la inclusión de términos en el mapa, umbral adecuado para el tamaño del corpus. Previamente, se realizó un preprocesamiento de los datos que incluyó la fusión de términos equivalentes mediante un tesoro y la exclusión de palabras clave genéricas de indexación, con el objetivo de mejorar la claridad interpretativa y la representación conceptual del mapa.

Resultados: El análisis identificó cuatro clústeres principales. El clúster clínico-epidemiológico (rojo) se centró en la diabetes mellitus tipo 2, el deterioro cognitivo como desenlace clínico y los factores de riesgo y comorbilidades asociados. Un segundo clúster (verde) agrupó términos relacionados con procesos metabólicos y neurodegenerativos, incluyendo la señalización de la insulina, el estrés oxidativo y la patología amiloide. El tercer clúster (azul) estuvo relacionado con tratamientos, biomarcadores y técnicas de neuroimagen. Finalmente, se identificó un clúster intermedio (amarillo) vinculado a estados de progresión del deterioro cognitivo, que actúa como zona de transición conceptual entre los dominios clínicos y biológicos. La disposición y conectividad de los clústeres evidencian una fragmentación estructural del campo, con una limitada articulación entre el abordaje clínico del deterioro cognitivo y los procesos biológicos subyacentes. Asimismo, la centralidad de la diabetes mellitus tipo 2 sugiere que el deterioro cognitivo ha sido estudiado predominantemente en población adulta, mientras que su abordaje en etapas tempranas de la vida y en el contexto de la diabetes tipo 1 aparece menos representado.

Conclusiones: La literatura sobre la diabetes mellitus y el deterioro cognitivo se organiza en dominios conceptuales bien definidos, pero escasamente interconectados. El deterioro cognitivo se aborda principalmente como un desenlace clínico, mientras que los procesos biológicos subyacentes se desarrollan en líneas de investigación relativamente independientes, lo que puede limitar la aplicabilidad clínica de la evidencia. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de una articulación más consistente entre los hallazgos clínicos, los procesos biológicos subyacentes y las fases tempranas del deterioro cognitivo en este ámbito de investigación.

P-130. SEPSIS Y LACTOACIDOSIS EN DM: ¿MODIFICA LA METFORMINA EL SIGNIFICADO PRONÓSTICO DEL LACTATO?

Álvaro Fernández Sánchez, Jersy Jair Cárdenas Salas, Úrsula del Peso Sánchez, Pedro Castrillo Sanz, Blanca Timón Vázquez, Patricia de Oriol Ocejo y Clotilde Vázquez Martínez

Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Introducción y objetivos: En la sepsis, los niveles elevados de lactato y la ausencia de su aclaramiento precoz se asocian con peor evolución clínica y mayor mortalidad. La metformina es un fármaco ADO ampliamente utilizado que puede inducir lactoacidosis al inhi-

bir la gluconeogénesis hepática y disminuir el aclaramiento del lactato, especialmente en insuficiencia renal o durante procesos infecciosos agudos. El objetivo primario de este estudio fue evaluar si el uso previo de metformina influye en los niveles de lactato y en su valor pronóstico para predecir mortalidad en pacientes diabéticos con sepsis. Como objetivo secundario, se analizó la asociación entre el uso previo de metformina y la mortalidad global.

Material y métodos: Estudio longitudinal de cohortes retrospectivo, con seguimiento de $n = 282$ pacientes diabéticos ingresados por sepsis desde nuestro Servicio de Urgencias. Los pacientes se clasificaron en dos grupos según el uso previo o no de metformina como parte de su tratamiento antidiabético ambulatorio. Se recogieron variables demográficas y clínicas, incluyendo edad, pH, función renal y escala SOFA. Se evaluó la asociación entre el uso de metformina y los niveles iniciales de lactato mediante regresión lineal múltiple. Para determinar si la metformina interfería en la capacidad pronóstica del lactato para predecir mortalidad, se realizó una regresión logística multivariable que incluyó lactato, uso de metformina, el término de interacción lactato-metformina y ajuste por covariables. La capacidad predictiva del lactato en ambos grupos se comparó mediante elaboración de curvas ROC.

Resultados: No se observaron diferencias significativas en los valores de lactato al ingreso entre ambos grupos ($4,29 \pm 3,9$ mmol/L vs. $3,48 \pm 2,0$ mmol/L) ($p = 0,33$). Asimismo, el uso de metformina no se asoció de forma independiente con niveles más elevados de lactato en la regresión lineal múltiple. En el análisis multivariante no se evidenció interacción significativa entre lactato y metformina ($p = 0,751$). Ni el lactato (OR 1,01, [IC 0,70-1,45]) ni el uso de metformina (OR = 0,57, [IC 0,22-1,47]) fueron predictores independientes significativos de mortalidad ajustados por edad, función renal, SOFA, y pH. Las curvas ROC para ambos grupos (usuarios vs. no usuarios de metformina) fueron superponibles (AUC 0,600 vs. AUC 0,605), respectivamente. De forma relevante, se observó una menor mortalidad global en el grupo con uso previo de metformina (OR = 0,56 [IC 0,32-0,98] $p = 0,045$).

Conclusiones: La metformina no fue un predictor independiente de lactoacidosis en nuestro estudio. El empleo de este antidiabético no reduce la utilidad pronóstica del lactato para predecir mortalidad en sepsis en pacientes con DM.

P-131. RESULTADOS DEL USO DE FINERENONA EN NUESTRO DEPARTAMENTO

Alicia Rizo Gellida, Ángela Bono Velilla, Rubén González Alou, Pablo Abellán Galiana, Francisco Javier Maravall Royo, José Vicente Gil Boix y Agustín Ángel Merchante Alfaro

Hospital General Universitario Castellón, Castellón de la Plana, España.

Introducción y objetivos: La albuminuria se asocia con el pronóstico renal y la mortalidad, independientemente de la tasa de filtrado glomerular (TFG) y de otros factores de riesgo cardiovascular y es un marcador precoz de ERC. El objetivo fue evaluar, tras 6 meses de tratamiento, la eficacia y tolerancia del fármaco.

Material y métodos: Estudio descriptivo, en vida real, para analizar el impacto de finerenona en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), seguidos en consultas de endocrinología, que presentan un cociente albúmina/creatinina (CAC) > 30 mg/g pese a estar en tratamiento con IECA/ARA2 y/o ISGLT2. Se valoran los cambios en TFGe, cifras de potasio y CAC, junto con la tolerancia y dosis alcanzada del fármaco. Otras variables analizadas fueron edad, peso, IMC, presencia de enfermedad macrovascular, años de evolución de la DM2, así como hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) y otras complicaciones microvasculares. Se aplicó una *t* de Student para datos apareados comparando parámetros previos y posteriores al inicio del fármaco.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes (29M/9F) con una edad media de $65,5 \pm 8,9$ años. Se registra una media de peso de $89,7 \pm 20,9$ Kg con un IMC de $32,1 \pm 6$ Kg/m², media de HbA_{1c} de $7,5 \pm 1\%$ y una evolución de la enfermedad de $18,7 \pm 9,3$ años. Presentan diagnóstico de hipertensión arterial el 92,1% de los pacientes, antecedentes de enfermedad macrovascular 24 pacientes, con afectación coronaria 14 de ellos, cerebrovascular 4 y enfermedad arterial periférica 6. En tratamiento previo con terapia combinada de IECA/ARA 2 e ISGLT2 32 pacientes (84,2%), además en tratamiento con arGLP1 27 pacientes (71,1%). La dosis inicial de finerenona fue de 10 mg en 32 pacientes y 20 mg en el resto. En el control analítico al mes, 4 pacientes suspenden el tratamiento, 2 por hiperpotasemia ($5,7$ y $6,3$ mmol/l) y 2 por molestias gastrointestinales inespecíficas. Se aumenta la dosis a 20 mg en 2 pacientes. 34 pacientes acuden a revisión a los 6 meses presentando una reducción de TFG de $65,62 \pm 25,99$ ml/min a $62,96 \pm 27,27$ ml/min ($p = 0,099$) y un cambio en los niveles de potasio de $4,21 \pm 0,39$ mmol/l a $4,47 \pm 0,59$ mmol/l ($p = 0,011$), precisando la suspensión del fármaco 3 de ellos por cifras de potasio entre $5,55$ y $5,75$ mmol/l. Disponemos de CAC en 32 pacientes con una reducción media del 44,5% ($438,23$ vs. $243,42$, $p < 0,001$).

Conclusiones: El tratamiento mostró una reducción significativa en los niveles de CAC sin un aumento de potasio que precisara su discontinuación a excepción de 5 pacientes. La optimización temprana del tratamiento constituye un elemento clave para maximizar el beneficio clínico y evitar retrasos innecesarios en el control de la enfermedad.

P-132. IMPACTO DEL DÉFICIT DE VITAMINA D Y EL CONTROL METABÓLICO EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE CON DIABETES HOSPITALIZADO POR FRACTURA DE FRAGILIDAD

Leire Loroño Yagüe, María Antequera González, M. Carmen Dameto Pons, María Casado Rodríguez, Daniel Carrascosa Lorente, Mirian Alejo Ramos y María D. Ballesteros Pomar

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

Introducción y objetivos: Los pacientes con diabetes mellitus (DM) tienen mayor fragilidad ósea y una peor evolución postquirúrgica. Aunque el déficit de vitamina D y el mal control metabólico son comunes en esta población, su papel conjunto como predictores de la evolución hospitalaria sigue siendo objeto de debate. El objetivo del estudio fue evaluar la relación entre el perfil metabólico y el déficit de vitamina D con la evolución clínica postquirúrgica.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes con diabetes mayores de 65 años, ingresados en el Hospital de León por fractura por fragilidad desde enero-julio 2025. Se recogieron variables demográficas, clínicas (años de evolución de DM, tratamiento, complicaciones) y analíticas (glucemia basal, HbA_{1c}, vitamina D, filtrado glomerular (FG)). Se emplearon correlaciones de Pearson/Spearman, U de Mann-Whitney y un modelo lineal general (GLM) multivariante. Los resultados se expresan como media \pm DE o mediana [RIC], según la distribución de la muestra.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, edad media $83,4$ ($7,1$) años, media de evolución de DM $13,3$ ($9,6$) años. Un control glucémico de HbA_{1c} $7,1$ ($1,4$)% y glucemia basal $142,8$ ($48,4$) mg/dL. El FG medio fue de $64,2$ ($22,1$) mL/min, observándose una correlación inversa significativa entre los años de DM y el FG ($r = -0,407$; $p = 0,010$). La mediana de vitamina D fue 16 (RI $22,2$) ng/mL. En cuanto al perfil metabólico, aunque el grupo infectado mostró una mediana de HbA_{1c} del 7,70% frente al 6,70% del grupo sin infección, con niveles de vitamina D notablemente inferiores (mediana $8,50$ ng/mL vs. $20,00$ ng/mL) no se alcanzó la significación estadística. La

presencia de infección prolongó significativamente el ingreso ($14,5$ vs. 9 días $p = 0,048$). En relación con el reingreso hospitalario, se halló una asociación significativa ($p = 0,003$) con los niveles de vitamina D, presentando los pacientes que reingresaron una mediana de $5,00$ vs. $22,50$ ng/mL en el grupo sin reingreso. Se mantuvo la asociación con la aparición de complicaciones globales (infección o reingreso $p = 0,001$), las cuales duplicaron la estancia hospitalaria (33 vs. 17 días $p = 0,047$). En el análisis multivariante (GLM), la glucemia basal mostró la mayor tendencia de asociación con el déficit de vitamina D ($0,108$; $p = 0,082$) por encima de la HbA_{1c} y el tiempo de evolución de la DM.

Conclusiones: La cronicidad de la diabetes mellitus se asocia a un deterioro progresivo de la función renal, condicionando la fragilidad del paciente. Sin embargo, el déficit severo de vitamina D y el control glucémico agudo son los principales predictores de la evolución clínica. Se sugiere que monitorizar la vitamina D podría ayudar a identificar pacientes con mayor riesgo quirúrgico, aunque son necesarios más estudios para determinar si su suplementación impacta directamente en la reducción de complicaciones.

P-133. VALOR PRONÓSTICO DE LAS COMPLICACIONES MICROVASCULARES EN EL ÍNDICE DEDO-BRAZO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Daniel Lozano Acosta, Mariana Torres Guerra, Natalia Hillman Gadea, Óscar Moreno Domínguez, Beatriz Barquiel Alcalá y Noemí González Pérez de Villar

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción: El índice dedo-brazo (IDB) es una herramienta fundamental para el diagnóstico de enfermedad arterial periférica en pacientes con diabetes mellitus (DM). Existe poca evidencia sobre la identificación de la microangiopatía como factor pronóstico de un IDB disminuido.

Objetivos: Analizar el papel de las complicaciones microvasculares (retinopatía, enfermedad renal diabética y polineuropatía diabética) como factores pronósticos de un IDB patológico en pacientes con diabetes mellitus.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte de 1.345 pacientes valorados en la Unidad de Diabetes del Hospital Universitario La Paz a los que se calculó el IDB por ecografía Doppler y se registró la presencia de complicaciones microvasculares entre enero de 2000 y agosto de 2025. Se valoraron características demográficas como el sexo, edad, tipo de diabetes, años de evolución, control metabólico, hábito tabáquico (activo si < 10 años sin fumar), tensión arterial (HTA si $> 140/90$ mmHg), Dislipemia (DL si LDL > 70 mg/dl si prevención primaria o LDL > 55 mg/dl si prevención secundaria), IDB (disminuido si $< 0,70$) retinopatía (cualquier afectación en el FO), enfermedad renal diabética (albuminuria > 30 mg/g y/o FG < 60 ml/min/1,73 m²) y polineuropatía periférica (Neuropathy Disability Score (NDS) ≥ 6 o NDS ≥ 3 si Neuropathy Symptom Score (NSS) ≥ 5). Se realizó un análisis bivariable y regresión logística multivariante ajustada por sexo, años de evolución de la diabetes, hábito tabáquico, HTA y dislipemia, retinopatía y enfermedad renal diabética.

Resultados: Se incluyeron 1.345 pacientes de $59,9 \pm 13,5$ años de edad predominantemente varones (58,5%) y con mayor proporción de DM2 (61,6%), menor de DM1 (36,6%) y otras DM (1,7%) de 17 años de evolución (IQR 9-27). Un 61% de los sujetos presentaron HTA, un 74% mostraron DL y un 32% presentaba hábito tabáquico activo. En un 50,5% de la muestra se encontró un IDB disminuido. Tanto la retinopatía como la nefropatía se asociaron significativamente con un IDB $< 0,7$ (OR = 1,48, IC95%; 1,15-1,90, $p = 0,002$ y OR = 1,48, IC95%; 1,15-1,90, $p < 0,001$ respectivamente). Existe una tendencia a la asociación entre la PNP y un IDB disminuido sin llegar a alcanzar la

significación estadística (OR = 1,66, IC95%; 1,00-2,76, p = 0,052). En el análisis multivariante, la nefropatía se mantuvo como factor pronóstico independiente (OR 1,75; IC95% 1,29-2,37; p < 0,001), al igual que la retinopatía (OR 1,37; IC95% 1,02-1,85; p = 0,04).

Conclusiones: La presencia de complicaciones microvasculares (enfermedad renal diabética y retinopatía diabética) se asocian de forma independiente con un IDB disminuido en pacientes con DM. Estos hallazgos apoyan que la identificación de microangiopatía establecida puede mejorar la estratificación del riesgo de enfermedad arterial periférica.

P-134. RIESGO DE FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA: IMPACTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EVALUADO MEDIANTE SCORES NO INVASIVOS

Ramón Zafra Jiménez, Alicia Sanmartín Sánchez, Alejandro de la Cruz Bonilla, María Ubeda Dilme, Andreu Campos Peris, Iñaki Argüelles Jiménez y Josefina Olivares Alcolea

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Introducción: La enfermedad hepática metabólica (EHMET) se asocia estrechamente con la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la enfermedad cardiovascular. El pronóstico de la EHMET viene determinado fundamentalmente por el grado de fibrosis hepática, frecuentemente infradiagnosticada cuando se evalúan únicamente las transaminasas. En pacientes con cardiopatía, los índices no invasivos de fibrosis hepática permiten una adecuada estratificación del riesgo y la caracterización del fenotipo hepatometabólico.

Objetivos: Comparar el riesgo de fibrosis hepática estimado mediante scores no invasivos en pacientes con cardiopatía, con y sin DM2.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes con cardiopatía, clasificados según la presencia o ausencia de DM2. Se recogieron variables clínicas, analíticas y antropométricas de acuerdo con la guía española vigente de manejo multidisciplinar de la EHMET. La probabilidad de fibrosis hepática se estimó mediante los índices FIB-4 (riesgo bajo < 1,3; moderado 1,3-2,67; alto > 2,67), BARD (riesgo bajo 0-1; riesgo alto 2-4), NAFLD Fibrosis Score (NFS) (riesgo bajo < -1,455; moderado -1,455 - 0,676; alto > 0,676) y Hepamet Fibrosis Score (HFS) (riesgo bajo < 0,12; moderado 0,12 - 0,47; alto > 0,47). Las variables categóricas se compararon mediante χ^2 . El análisis estadístico se realizó con SPSS Statistics v15.0.

Resultados: Se incluyeron 151 pacientes, el 66,2% hombres con edad media de $66,6 \pm 10,5$ años y 31,78% con DM2. Presentaban un peso medio de $66,3 \pm 8,5$ kg, talla $1,64 \pm 0,10$ m, IMC $28,6 \pm 5,6$, circunferencia abdominal $99,0 \pm 8,6$ cm.

Conclusiones: En pacientes con cardiopatía, el riesgo de fibrosis hepática estimado mediante scores no invasivos es elevado independientemente de la presencia de DM2. Los índices con componente metabólico, BARD y, especialmente HFS, muestran mayor capacidad para discriminar diferencias de riesgo asociadas a la DM2.

P-135. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA MONOGRÁFICA DE PIE DIABÉTICO EN HOSPITAL CON UNIDAD DE REFERENCIA INTERDEPARTAMENTAL

Natalia Gutiérrez Mora, Jordi Ferri Ciscar, María Belén Toledo Juan, Javier Marín Santonja, Francisco Javier Ampudia Blasco y José Tomás Real Collado

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

Introducción y objetivos: El pie diabético es la infección, ulceración o destrucción de los tejidos del pie en personas con diabetes mellitus, generalmente asociada a neuropatía y/o enfermedad arterial periférica. Constituye una de las complicaciones más graves de la diabetes con una gran carga global para pacientes y familiares con trascendencia médica, social y económica, y su incidencia es creciente. La atención del pie diabético en unidades multidisciplinares permite estandarizar el proceso de educación y prevención, diagnóstico y tratamiento integrando los diferentes niveles asistenciales. El objetivo es describir el motivo de consulta, procedencia y servicios/unidades implicados en el manejo de pacientes remitidos a una consulta de Endocrinología monográfica de pie diabético en un hospital con unidad de referencia, además de caracterizar el fenotipo clínico-biológico de los pacientes atendidos.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo realizado en pacientes atendidos en consulta de Endocrinología monográfica de pie diabético del Hospital Clínico Universitario de Valencia, unidad de referencia a nivel interdepartamental. La inclusión de sujetos (n = 149) se realizó entre 2022 y 2025. Se recogieron variables demográficas, asistenciales, clínicas, antropométricas y bioquímicas para caracterización de la población.

Resultados: Los motivos de remisión a la consulta fueron úlcera activa atendida en la unidad (42,3%, 63 pacientes), amputación reciente (27,5%, 41 pacientes), neuropatía dolorosa (16,7%, 25 pacientes), amputación antigua para control de factores de riesgo cardiovascular (8,1%, 12 pacientes) y neuropatía con artropatía grave (5,4%, 8 pacientes). En cuanto a los servicios de procedencia, el 46% provenían de Cirugía Vasculard, 16% de Atención Primaria, 11% de Urgencias, y 8,5% de otras consultas de Endocrinología. 7% de Unidad de Enfermedades Infecciosas, 7% de Unidad de Enfermería de Heridas y Úlceras Complejas y 4% de Traumatología. Se estudiaron 149 sujetos (15% mujeres), con edad de $75,5 \pm 8,36$ años, IMC $26,2 \pm 2,1$, 92,6% con diabetes tipo 2 y el 7,4% con diabetes tipo 1 con tiempo de evolución de $26,4 \pm 4,7$ años. En la visita inicial la HbA_{1c} fue $9,4 \pm 1,7\%$, 42,3% de los pacientes estaban en tratamiento con insulina, 64,8% presentaban enfermedad cardiovascular establecida y 77,6% tenían historial de tabaquismo.

Conclusiones: El motivo de consulta principal en la consulta monográfica de pie diabético es la úlcera activa; más de la cuarta parte de estos pacientes ha sufrido amputación. El perfil de pacientes con diabetes muy evolucionada, mal control metabólico,

Tabla P-134

Riesgo (%)	No DM2 (n = 103)			DM2 (n = 48)			p
	Bajo	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Alto	
FIB-4	20,60	55,90	16,00	29,20	54,20	5,30	0,413
BARD	7,80		92,20	18,00		81,30	0,049
NFS	22,50	51,00	26,50	12,50	56,30	31,30	0,342
HFS	64,70	12,70	22,50	47,90	43,80	8,30	0,000

tratamiento subóptimo y enfermedad cardiovascular establecida requiere una atención integral del riesgo cardiovascular. La cantidad de especialidades y recursos implicados en el manejo del pie diabético indican su complejidad, alto coste y la necesidad de integración de los niveles asistenciales en unidades multidisciplinares, que constituyen la forma más eficiente de organizar su atención.

P-136. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA RETINOPATÍA DIABÉTICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Saïda Huerga González, Leire Sainz-Maza Vallejo, Amaia Hidalgo Murillo, Virginia Agudo Endemaño, Virginia Urquijo Mateos, Noelia de Fuentes Moreno y Elsa Fernández Rubio

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España.

Introducción: La retinopatía diabética (RD) es una de las complicaciones microvasculares más frecuentes de la diabetes mellitus (DM) y una de las causas principales de la pérdida de visión en adultos jóvenes. Es causada por el daño progresivo que la hiperglucemia mantenida provoca en los vasos de la retina. La aparición de esta complicación depende del tiempo de evolución de la diabetes y también de otros factores clínicos y metabólicos. Identificar estos factores predisponentes es importante para mejorar la prevención, comprender la fisiopatología de la enfermedad y conseguir una detección precoz.

Objetivos: Estimar la prevalencia de RD en una cohorte de pacientes con DM Tipo 1 atendidos en las consultas de endocrinología del Hospital Universitario Cruces y analizar los factores clínicos y demográficos asociados.

Material y métodos: Se analizaron 340 pacientes con DM tipo 1 en un estudio transversal durante los meses de noviembre y diciembre del 2024. Se recogieron variables demográficas, años de evolución de la enfermedad, control glucémico, presión arterial (PA), perfil lipídico, índice de masa corporal, uso de tecnologías, y tratamiento. El análisis estadístico incluyó pruebas descriptivas, comparativas (chi-cuadrado, t-test, Mann-Whitney, ANOVA), correlaciones de Spearman y modelos de regresión logística multivariable. Se estratificó por grupos de edad y años de evolución.

Resultados: Los resultados mostraron una prevalencia global de retinopatía del 11,5%. La frecuencia aumentó de forma marcada con la duración de la diabetes: 0,7% en pacientes con menos de 10 años de evolución, 7,6% entre 10 y 20 años, y 33,7% en aquellos con más de 20 años. También se observó un incremento con la edad, aunque la duración de la enfermedad fue el factor más determinante ($p < 0,001$). Los pacientes con RD presentaron valores más elevados de hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) (7,6 frente a 7,2%; $p = 0,01$), PA diastólica (77,7 frente a 70,8 mmHg $p < 0,001$) y triglicéridos (95 frente a 76 mg/dl). El tiempo en rango (TIR) se asoció de manera inversa con la presencia de RD. En el análisis multivariable, los predictores independientes fueron la duración de la diabetes (OR = 1,10 por año, $p < 0,001$), la PA diastólica (OR = 1,07 por mmHg, $p = 0,01$) y TIR (OR = 0,97 por cada punto porcentual, $p = 0,009$). La HbA_{1c} perdió significación al ajustar por estas variables. No se encontraron diferencias por sexo, ni tratamiento.

Conclusiones: La retinopatía diabética se relaciona principalmente con la duración de la enfermedad, la PA diastólica y el TIR. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de intensificar el cribado oftalmológico a partir de los 10 años de evolución, especialmente en pacientes con más de 20 años, ya que por cada año de evolución aumenta un 10% el riesgo de padecer RD. Es necesario priorizar estrategias que mejoren el control glucémico (TIR) y la presión arterial para reducir el riesgo de complicaciones.

P-137. OBESIDAD CENTRAL MEDIDA POR ÍNDICE CINTURA/ALTURA Y SU ASOCIACIÓN CON INFLAMACIÓN Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN HEMODIÁLISIS

Ascensión Lupiáñez Barbero^a, Pedro Gil-Millán^{a,b}, Sonia Caparrós Molina^a, Alicia Ribas Paulet^a, Rubén Ponce Valero^a, Eber Tapia Suárez^a y Shaira Martínez Vaquera^a

^aDiaverum, Barcelona, España. ^bServicio de Endocrinología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción: Los pacientes con diabetes tipo 2 (T2D) en hemodiálisis (HD) presentan mayor riesgo cardiovascular, donde la composición corporal y la inflamación podrían ser factores moduladores clave. El índice cintura/altura (WtHR) se ha propuesto como un marcador simple y efectivo de adiposidad central, pero su papel en esta población sigue infraexplorado.

Objetivos: Evaluar las diferencias en composición corporal (CC), parámetros inflamatorios y nutricionales entre pacientes T2D y no-T2D en HD, y analizar el impacto del fenotipo de obesidad central definido por $WtHR \geq 0,5$.

Material y métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico, con 455 pacientes prevalentes en HD. Se recogieron variables demográficas, clínicas, nutricionales, CC e inflamatorias: índice neutrófilo/linfocito (INL), índice plaqueta/linfocito (IPL), índice inflamatorio sistémico (SII). Se utilizó bioimpedancia multifrecuencia (BIA-MF) posdiálisis para evaluar ángulo de fase (PhA), relación agua extracelular/agua total (ECW/TBW-r), grasa corporal total (PBF) y grasa visceral (VFA). Obesidad abdominal se definió como $WtHR \geq 0,5$. Se aplicaron pruebas no paramétricas y chi-cuadrado; significación estadística: $p < 0,05$.

Resultados: Los pacientes T2D mostraron mayor edad [73 vs. 69 años, $p = 0,007$], IMC [26,1 vs. 23,8 kg/m², $p < 0,001$], PBF [30,7 vs. 25,2%, $p < 0,001$], VFA [96,5 vs. 71,3 cm³, $p < 0,001$], SII e INL más elevados ($p = 0,001$ y $p = 0,008$), mayor proporción con $INL \geq 3,5$ ($p = 0,004$), menor PhA [4,7 vs. 5,1°, $p < 0,001$], y mayor ECW/TBW-r ($p < 0,001$). El 56% de los T2D presentaban $WtHR \geq 0,5$. Entre T2D, aquellos con $WtHR \geq 0,5$ presentaron mayores niveles de VFA, SII, INL ($p < 0,05$), menor PhA y mayor ECW/TBW-r. Además, requirieron con mayor frecuencia catéteres como acceso vascular (CYT: 64,2 vs. 35,8%, $p = 0,02$). En el subgrupo con $WtHR < 0,5$, los T2D seguían presentando mayor edad, mayor VFA, menor PhA y ECW/TBW-r más alto que los no-T2D, sin diferencias en inflamación o PBF.

Conclusiones: El fenotipo T2D con $WtHR \geq 0,5$ en HD se asocia con mayor adiposidad visceral, inflamación sistémica y deterioro nutricional celular, lo que podría reflejar un perfil de riesgo cardiovascular incrementado. El uso de WtHR como herramienta sencilla en la práctica clínica puede contribuir a una estratificación de riesgo más precisa en esta población vulnerable.

P-138. MORTALIDAD CARDIOVASCULAR A LARGO PLAZO EN DIABETES: UN DESAFÍO PARA LAS MUJERES

Inés Masid Sánchez^a, Guillermo Ramos Ruíz^a, Pablo Agüeria Cabal^a, Raymond Agustín Sánchez Acosta^a, Jessica Ares Blanco^{a,b,c}, Carmen Lambert Goitia^{b,c} y Elías Delgado Álvarez^{a,b,c}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ^bGrupo ENDO, Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, España. ^cUniversidad de Oviedo, Oviedo, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus constituye un factor de riesgo cardiovascular importante. El objetivo de este estudio es analizar su impacto sobre la mortalidad cardiovascular a largo plazo, con especial atención al riesgo en las mujeres teniendo en cuenta los resultados previos.

Tabla P-138

Hazard ratios crudos y ajustados por edad y multivariantes

	DM2	DM2 hombres	DM2 mujeres
HR (IC95%) no ajustado	3,73 (2,4-5,78)	1,9 (0,97-3,71)	7,17 (3,96-12,99)
HR ajustado por edad (IC95%)	1,45 (0,92-2,28)	0,81 (0,41-1,6)	2,69 (1,44-5)
HR ajustado* (IC95%)	1,24 (0,76-2,01)	0,72 (0,33-1,56)	2,94 (1,52-5,7)

*Ajustado por edad, enfermedad cardiovascular previa, tabaquismo, hipertensión arterial, LDL colesterol, FGE e IMC.

Material y métodos: El *Estudio Asturias*, iniciado en 1998, es un estudio de cohortes observacional y prospectivo que incluyó 1.034 personas (561 mujeres y 473 hombres), de las cuales 130 estaban diagnosticadas de diabetes mellitus (DM). Se realizaron seguimientos respecto a la mortalidad de la cohorte en 2010 y 2018. Transcurridos 25 años desde el inicio del estudio, se actualizó nuevamente el estado vital de la cohorte. La asociación entre la DM y la mortalidad cardiovascular se analizó mediante modelos de regresión de Cox con el programa estadístico SPSS.

Resultados: Tras 25 años de seguimiento, fallecieron 329 personas (158 mujeres y 171 hombres). Entre los 130 participantes con DM fallecieron 80 (36 mujeres y 44 hombres), de los cuales 28 lo hicieron por causa cardiovascular (17 mujeres y 11 hombres). En el análisis global, las personas con DM presentaron un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular frente a las sanas en el modelo no ajustado (HR 3,73; IC95% 2,40-5,78; $p < 0,001$), aunque esta asociación se atenuó tras ajustar por edad, sexo y otros factores de riesgo cardiovascular (tabla). Al analizar específicamente el impacto en mujeres, aquellas con DM mostraron un riesgo aproximadamente siete veces superior al de las mujeres sin diabetes en el análisis no ajustado. Esta diferencia se mantuvo tras el ajuste por edad y factores de riesgo cardiovascular clásicos (HR 2,94; IC95% 1,52-5,70; $p = 0,001$) (tabla). Dentro del grupo de personas con diabetes, las mujeres presentaron un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular en comparación con los hombres. En el análisis no ajustado, el sexo femenino se asoció con un incremento significativo del riesgo (HR 2,17; IC95% 1,01-4,55; $p = 0,047$), diferencia que se atenuó tras el ajuste por edad, persistiendo una tendencia a mayor riesgo en las mujeres.

Conclusiones: La diabetes mellitus incrementa de forma significativa el riesgo de mortalidad cardiovascular a 25 años. Este efecto es especialmente marcado en las mujeres, que presentan hasta siete veces más riesgo que las mujeres sin diabetes y superan además el riesgo observado en los hombres con diabetes. Estos hallazgos subrayan la importancia de implementar estrategias de prevención y manejo del riesgo cardiovascular dirigidas a este subgrupo.

P-139. MÁS DE MEDIO SIGLO CON DIABETES TIPO 1: PERFIL CLÍNICO, CONTROL GLUCÉMICO Y RIESGOS EN PACIENTES DE GIRONA

Mayet Roxana Padilla Segura, Lidia Sojo Vega, Rebeca Barahona San Millán, Elisabet Costa Lima, Mariona Esteve Serra, Marzena Anna Wos y María Mercedes Fernández Balsells

Hospital Universitario Josep Trueta, Girona, España.

Objetivos: Estudiar la prevalencia, características clínicas, bioquímicas y grado de control glucémico de los pacientes con DM1 > 50 años de evolución en la región sanitaria de Girona.

Material y métodos: Estudio observacional transversal realizado mediante revisión de la historia clínica electrónica integrada en el proceso asistencial SAP-Argos de pacientes con DM1 de la región sa-

nitaria de Girona. Se han recogido datos clínicos, analíticos y de métricas de monitorización y se ha realizado una estadística descriptiva.

Resultados: De los 3.006 pacientes en seguimiento, 68 (2,3%) presentan DM1 de más de 50 años de evolución con las siguientes características: 57,3% mujeres, edad $68,7 \pm 9,2$ años, tiempo evolución $57 \pm 5,5$ años, HbA_{1c} $7,7 \pm 0,9\%$, IMC $26,8 \pm 3,86$ kg/m², cintura $98,6 \pm 11,2$ cm, dosis diaria de insulina 35 UI ± 16 , 71% toman antihipertensivos y 90% toman estatinas. Control lipídico: colesterol total 156 ± 41 mg/dl, c-HDL 64 ± 21 , c-LDL 76 ± 29 , triglicéridos 84 ± 39 mg/dl. Resto de FRCCV: 40,6% exposición al tabaco, 46,4% consumo de alcohol (> 14 UBE/semana), 72,5% practican ejercicio físico. El 97% presentan microangiopatía (89,9% retinopatía, 53,6% polineuropatía, 50,7% nefropatía, de los cuales 71% con FG > 60 ml/min) y el 56,5% macroangiopatía. 6% de los pacientes conservan péptido C basal residual (> 0,05 ng/ml). Un 82% usan MCG con glucemia media 172 mg/dl, 74,1% tienen un GMI < 7,5%, el 62,1% tienen un TIR > 60% pero 19% tienen > 4% de hipoglucemias y 27,6% un CV > 36,6%. Los hombres presentan con más frecuencia un consumo de alcohol elevado (72,4 vs. 27,5%; $p < 0,001$), macroangiopatía (72,4 vs. 45%, $p 0,02$) a expensas de enfermedad vascular cerebral (72,4 vs. 45%, $p 0,02$), hipoglucemias en exceso (30,8 vs. 9,4%; $p 0,039$) y más tendencia a una variabilidad glucémica elevada (62,5 vs. 37,5%; $p 0,095$).

Conclusiones: Los pacientes con DM1 de más de 50 años de evolución presentan en su mayoría alguna complicación microvascular. La insuficiencia renal significativa no es frecuente en este grupo de pacientes. La mitad presentan macroangiopatía siendo ésta más prevalente en hombres a expensas de la vasculopatía cerebral, sin haber diferencias en la periférica y coronaria respecto a las mujeres. Se observa un grado de control glucémico aceptable, pero con un perfil de riesgo para hipoglucemias severas con variabilidad glucémica alta. Se deben reforzar los programas educativos para la prevención de hipoglucemias en este grupo de pacientes.

P-140. IMPACTO DEL NIVEL DE RENTA EN HOSPITALIZACIONES POR COMPLICACIONES CRÓNICAS DE DIABETES EN PACIENTES CON MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA EN ANDALUCÍA

Mateo José Colchón Fernández^a, Pablo Rodríguez de Vera^a, Eduardo Mayoral Sánchez^b, Beatriz Rodríguez Jiménez^a, Samuel Belmonte Lomas^a, Ángel Manuel Mesa Díaz^a y María Asunción Martínez Brocca^{a,b}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ^bPlan Integral de Diabetes de Andalucía, Consejería de Salud y Consumo, Sistema Sanitario Público de Andalucía, España.

Objetivos: Analizar si las tasas de hospitalización por complicaciones crónicas de diabetes en adultos con diabetes tipo 2 (DM2) en tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI) y monitorización *flash* de glucosa (MFG) en Andalucía varían en función del nivel de renta anual.

Material y métodos: Diseño observacional de corte transversal. Criterios inclusión: adultos, DM2, insulino-terapia bolo-basal, implantación de MFG entre abril 2022 y diciembre 2023. Exclusión: gestación, menos un año de seguimiento, no cobertura pública de MFG. Fuentes de información: Base Poblacional de Salud (variables socio-demográficas y copago), CMBD de Andalucía (ingresos, CIE-10), registro específico para la gestión de MFG en Andalucía (identificar a los usuarios y la fecha de inicio MFG). El nivel de renta anual se estimó a partir del tramo de copago farmacéutico del Sistema Nacional de Salud: TSI001 (sin ingresos/prestaciones no contributivas), TSI002 (pensionistas con prestación contributiva), TSI003 (< 18.000 euros/año), TSI004 (18.000-100.000 euros/año). Se analizaron ingresos por cardiopatía isquémica (CI), ictus/accidente isquémico transitorio (AIT) y amputación de miembros inferiores de causa diabética. Estadística: tasas de incidencia y comparación entre grupos con regresión de Poisson. R como software estadístico.

Resultados: Se incluyeron un total de 15.218 personas, edad media 71,3 años \pm 11,9; 49,2% mujeres.

Motivo de ingreso	Nivel de renta anual	Tasa de ingresos	p
Amputación	TSI001	12,86 [10,76; 15,25]	< 0,001
	TSI002	12,90 [10,81; 15,28]	
	TSI003	7,71 [4,64; 12,04]	
	TSI004	0,95 [0,02; 5,27]	
CI	TSI001	9,64 [7,84; 11,74]	0,00181
	TSI002	11,75 [9,75; 14,03]	
	TSI003	7,71 [4,64; 12,04]	
	TSI004	1,89 [0,23; 6,84]	
Ictus/AIT	TSI001	11,79 [9,78; 14,08]	0,02376
	TSI002	13,58 [11,43; 16,01]	
	TSI003	7,71 [4,64; 12,04]	
	TSI004	6,63 [2,66; 13,65]	
Agregado	TSI001	21,43 [18,69; 24,46]	< 0,001
	TSI002	25,32 [22,35; 28,57]	
	TSI003	15,42 [10,91; 21,16]	
	TSI004	8,52 [3,90; 16,17]	

Conclusiones: El nivel socioeconómico influye significativamente en la tasa de ingresos hospitalarios por complicaciones crónicas relacionadas con la diabetes en la población con DM2 en tratamiento insulínico intensivo y uso de MFG en Andalucía, siendo mayor en estratos con menor nivel de renta anual. Estos resultados subrayan la necesidad de implementar estrategias dirigidas que palién la brecha económica sobre resultados en salud relacionados con la diabetes.

P-141. LA BAJA APTITUD CARDIORRESPIRATORIA EN LA DIABETES TIPO 2 SE ASOCIA CON MAL CONTROL GLUCÉMICO, PERFIL LIPÍDICO ATEROGÉNICO, MAYOR ESTRÉS OXIDATIVO Y MENOR MASA MITOCONDRIAL EN PBMCS

Omar Arturo Hernández-López^a, Alberto Hermo-Argibay^a, Clara Luna-Marco^b, Julia Cacace^a, Elisa Tadeo^a, Susana Rovira-Llopis^a y Víctor Manuel Víctor^{a,b}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Peset, FISABIO, Valencia, España. ^bDepartamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, INCLIVA, Valencia, España.

Introducción: Evidencias previas sugieren que el mal control glucémico en la diabetes tipo 2 (T2D) se relaciona con menor aptitud cardiorrespiratoria (CRF), Probablemente debido a disfunción mitocondrial y mayor estrés oxidativo muscular. Sin embargo, existe un vacío de evidencia que asocie la CRF con biomarcadores de riesgo cardiometabólico y alteraciones del estado redox y de la masa mitocondrial en células inmunes en pacientes con T2D.

Objetivos: Analizar la asociación entre la CRF y el control glucémico, así como su impacto sobre el estado redox y la masa mitocondrial en células mononucleares (PBMCS) y polimorfonucleares (PMNs) de sangre periférica, y el perfil bioquímico y antropométrico de riesgo cardiometabólico en pacientes con T2D.

Material y métodos: Estudio transversal y comparativo que incluyó 19 adultos con T2D, reclutados en el Hospital Universitario Peset (Valencia). Los participantes se clasificaron en grupos de baja/buena CRF según su consumo máximo de oxígeno ($VO_2\text{max mL}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$) ajustado por edad y sexo (ACSM), evaluado mediante prueba ergoespirométrica con análisis de gases. Se evaluó la composición corporal mediante bioimpedancia, analítica completa y estado redox en PBMCS y PMNs mediante citometría de flujo con los fluorocromos DCFH-DA para especies reactivas de oxígeno (ROS) totales, hidroetidina para superóxido y MitoTracker Green para la masa mitocondrial.

Resultados: Los pacientes con baja CRF presentaron un peor perfil cardiometabólico, caracterizado por mayor adiposidad central y visceral (perímetro de cintura, $p < 0,01$; grasa visceral, $p < 0,05$), mayor resistencia a la insulina (HOMA-IR, $p < 0,05$) y un perfil lipídico más aterogénico, caracterizado por triglicéridos elevados ($p < 0,01$), reducción de HDL ($p < 0,01$) y aumento del cociente APOB/APOA1 frente al grupo con buena CRF. Los pacientes con CRF baja mostraron un aumento significativo del estrés oxidativo en PBMCS, evidenciado por mayores niveles de ROS totales ($p < 0,05$), y en PMNs, con incremento del superóxido ($p < 0,05$). Asimismo, presentaron una reducción de la masa mitocondrial en PBMCS ($p < 0,05$) y una tendencia a la baja en PMNs ($p = 0,0564$), respecto al grupo con buena CRF. Finalmente, el $VO_2\text{max}$ se correlacionó inversamente con los niveles de HbA_{1c} ($r = -0,48$; $p = 0,03$).

Conclusiones: Nuestros hallazgos indican que una baja CRF se asocia a un fenotipo cardiometabólico de mayor riesgo en pacientes con T2D, caracterizado por peor control glucémico, incremento del estrés oxidativo, alteraciones mitocondriales en leucocitos de sangre periférica y un perfil lipídico más aterogénico. En conjunto, estos resultados posicionan al $VO_2\text{max}$ como un marcador clínico-funcional integrador, con potencial valor para la estratificación del riesgo cardiometabólico en la T2D.

Agradecimientos: European-Regional-Development-Fund (ERDF “A-way-to-build-Europe”); Comisión Europea, HORIZON-EUROPE-EU-Programme (HORUS-Ref.101136516); Generalitat Valenciana, Conselleria de Educación, Universidades y Empleo (PROMETEO CIPROM/2022/32; CIGRIS/2022/172, CIGE/2024/59), Ministerio de Ciencia e Innovación e Instituto de Salud Carlos III (CIBEREHD CB06/04/0071, FI23/00070, PI22/00424, PI25/000739, CP24/00098), y red Enfermedades Metabólicas financiado por el CSIC.

P-142. MARCADORES LIPÍDICOS ATEROGÉNICOS Y ATEROESCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 1

Karen Castillo, Clara Viñals, Carme Figueredo, Ignacio Conget, Montserrat Granados, Margarita Giménez y Antonio J Amor

Unidad de Diabetes, Servicio Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic, Barcelona, España.

Introducción: Las personas con diabetes tipo 1 (DT1) presentan alteraciones lipídicas que pueden contribuir a un mayor riesgo car-

Tabla P-142

	Placa	No Placa	p
Edad (años)	54,4 ± 9,86	43,78 ± 9,68	< 0,01
Años evolución DT1	29,13 ± 12,17	25,26 ± 9,68	< 0,01
Hipertensión arterial (%)	33,2	14,7	< 0,01
Estatinas (%)	49,4	26,1	< 0,01
Tabaco (%)	61,2	48	< 0,01
Complicaciones microvasculares (%)	42,3	35,6	0,036
HbA _{1c} (%; 5 años)	7,68 ± 0,85	7,47 ± 0,95	< 0,01
Colesterol total (mg/dl)	188,68 ± 32,56	186,59 ± 34,32	0,34
Triglicéridos (mg/dL)	91 ± 44,75	80,49 ± 41,31	< 0,01
LDL (mg/dl)	110,43 ± 26,44	109,22 ± 27,87	0,49
HDL (mg/Dl)	61 ± 15,54	61,96 ± 15,87	0,351
ApoB (mg/dl)	82,14 ± 17,88	78 ± 19,7	0,02
Lp (a) > 50 mg/dL (%)	22	24,2	0,53

Datos expresados en media ± desviación estándar o %.

diovascular. Nuestro objetivo fue evaluar parámetros lipídicos y su relación con aterosclerosis subclínica en personas con DT1.

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes con DT1 sin enfermedad cardiovascular, ≥ 40 años de edad, nefropatía diabética y/o ≥ 10 años de evolución de la DT1 junto con al menos un factor de riesgo cardiovascular adicional. La aterosclerosis subclínica se evaluó mediante ecografía carotídea. Se utilizaron modelos de regresión logística para identificar asociaciones entre parámetros lipídicos y aterosclerosis, ajustando por edad, sexo, control glucémico, uso de estatinas, tabaquismo, índice de masa corporal, presión arterial y complicaciones microvasculares.

Resultados: Se incluyeron 1.006 pacientes: 52,7% mujeres, con una edad media de 47,7 años y una duración media de la DT1 de 26,7 años. El 37% presentó placas carotídeas y el 12,4% mostró más de tres placas, ver tabla. En los modelos ajustados, la presencia de ≥ 1 placa se asoció con niveles más elevados de colesterol LDL (OR 1,009; IC95% 1,003-1,015), apolipoproteína B (apoB) (OR 1,026; IC95% 1,013-1,040) y triglicéridos (OR 1,009; IC95% 1,003-1,014), y de forma inversa con el colesterol HDL (OR 0,986; IC95% 0,975-0,997). La presencia de ≥ 2 placas se asoció con triglicéridos (OR 1,006; IC95% 1,002-1,010), apoB (OR 1,028; IC95% 1,012-1,044), colesterol no-HDL (OR 1,008; IC95% 1,002-1,015) y colesterol remanente (OR 1,029; IC95% 1,004-1,055), manteniéndose una asociación inversa con el HDL (OR 0,982; IC95% 0,969-0,996). Para la presencia de ≥ 3 placas, únicamente los triglicéridos (OR 1,006; IC95% 1,000-1,011) y la apoB (OR 1,019; IC95% 1,000-1,038) permanecieron significativamente asociados tras el ajuste multivariable.

Conclusiones: La optimización del perfil lipídico de las personas con DT1 para la prevención de la aterosclerosis requiere del control de parámetros lipídicos más allá del LDL.

P-143. INFLUENCIA DEL PERFIL GLUCÉMICO EN LA RECURRENCIA DE HIPOGLUCEMIA GRAVE EN PACIENTES CON DIABETES

Aida Elhadri-Egea, Víctor Siles-Guerrero, Rosa García-Pérez, Juan Manuel Guardia-Baena y Martín López de la Torre-Casares

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción: La recurrencia de hipoglucemia grave en pacientes diabéticos supone un importante reto clínico. Identificar factores predictivos de episodios repetidos es crucial para mejorar los resul-

tados clínicos. La monitorización continua de glucosa (MCG) proporciona información detallada sobre los perfiles glucémicos, permitiendo evaluar las fluctuaciones de glucosa y su posible papel en la recurrencia de hipoglucemia. Este estudio evalúa la asociación entre métricas derivadas de la MCG y la probabilidad de episodios recurrentes de hipoglucemia grave en pacientes diabéticos.

Objetivos: Analizar cómo las variaciones en los perfiles glucémicos influyen en la recurrencia de hipoglucemia grave en pacientes diabéticos.

Material y métodos: Este estudio observacional retrospectivo incluyó a 66 pacientes diabéticos sometidos a monitorización mediante MCG. Los pacientes se clasificaron en dos grupos según la presencia o ausencia de hipoglucemia grave recurrente. Las métricas de MCG analizadas incluyeron el porcentaje de tiempo en hiperglucemia (> 180 mg/dL), hipoglucemia (< 70 mg/dL), incluida hipoglucemia clínicamente significativa (< 54 mg/dL), y el número de episodios hipoglucémicos. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para evaluar diferencias significativas entre los grupos.

Resultados: Los pacientes que experimentaron hipoglucemia grave recurrente mostraron una mayor variabilidad glucémica y un menor porcentaje de tiempo en rango. Se observó una tendencia hacia una asociación entre un mayor tiempo < 54 mg/dL y la recurrencia de hipoglucemia (mediana 2,8% frente a 1,6%; p = 0,13), aunque no alcanzó significación estadística. Además, el grupo con episodios recurrentes presentó un mayor número total de eventos hipoglucémicos (mediana 21 frente a 15), aunque esta diferencia tampoco fue estadísticamente significativa (p = 0,47). Otros parámetros de la MCG, incluidos el tiempo en hiperglucemia y la variabilidad glucémica global, sugirieron un perfil de mayor riesgo en los pacientes con hipoglucemia recurrente, pero no mostraron diferencias estadísticas concluyentes.

Conclusiones: Aunque el aumento de la variabilidad glucémica y la reducción del tiempo en rango se han asociado con resultados metabólicos adversos, su utilidad como predictores de recurrencia de hipoglucemia grave sigue siendo incierta. Los hallazgos de este estudio sugieren una posible tendencia hacia una asociación entre un mayor tiempo < 54 mg/dL y la recurrencia de hipoglucemia; sin embargo, no se alcanzó significación estadística, probablemente debido a limitaciones en el tamaño muestral. Son necesarios estudios prospectivos de mayor tamaño para investigar más a fondo estas asociaciones y determinar sus implicaciones clínicas. La investigación futura debería centrarse en perfeccionar modelos predictivos basados en MCG para mejorar la estratificación del riesgo de hipoglucemia y optimizar las estrategias de manejo de los pacientes.

P-144. ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA Y RETINOPATÍA DIABÉTICA EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1

San Amuedo, Virginia Bellido, Pablo Remón Ruiz, Noelia Gros Herguido, Gema López Gallardo, Ana Piñar Gutiérrez y Alfonso Soto Moreno

Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción y objetivos: La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (EHMet) se ha relacionado con un mayor riesgo cardiometabólico; sin embargo, su posible asociación con las complicaciones microvasculares de la DM1 ha sido poco estudiada. La retinopatía diabética (RD) continúa siendo una de las complicaciones crónicas más frecuentes y relevantes en esta población. El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre la presencia de EHMet y la RD, así como con su grado de severidad, en adultos con DM1.

Material y métodos: Estudio observacional transversal en una cohorte de adultos con DM1. La EHMet se definió mediante elastografía de transición (FibroScan®), considerando un valor de atenuación controlada (CAP) ≥ 280 dB/m junto con la presencia de al menos un factor de riesgo cardiometabólico. La presencia y gravedad de la RD se clasificaron según la escala ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study). Se analizó la asociación entre EHMet y la presencia de RD, así como con los distintos grados de severidad. Asimismo, se evaluó dicha asociación mediante modelos de regresión logística multivariada ajustados por edad, sexo y tiempo de evolución de la DM1, incorporando posteriormente el control glucémico (HbA_{1c}) y un marcador ecográfico de adiposidad visceral (grasa preperitoneal). Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 85 pacientes con DM1. La RD fue significativamente más frecuente en los pacientes con EHMet en comparación con aquellos sin EHMet (70 vs. 27,7%; $p < 0,001$). Al analizar la gravedad de la RD, se observó un patrón de mayor gravedad en los pacientes con EHMet. Los grados moderado, grave y proliferativo representaron conjuntamente el 50% de los casos (20%, 15% y 15%, respectivamente; $p = 0,008$). En el análisis multivariado, la EHMet se asoció de forma independiente con la presencia de RD tras ajustar por edad, sexo y tiempo de evolución de la diabetes (OR 5,71; IC95% 1,61-20,24; $p = 0,007$). Esta asociación se mantuvo significativa tras incorporar la HbA_{1c} (OR 4,09; IC95% 1,06-15,79; $p = 0,041$) y persistió tras la grasa preperitoneal (OR 3,99; IC95% 1,01-15,72; $p = 0,048$).

Conclusiones: En adultos con DM1, la EHMet se asoció de forma independiente con una mayor frecuencia y mayor gravedad de la RD, incluso tras ajustar por control glucémico y adiposidad visceral. Estos hallazgos sugieren que la EHMet podría identificar un subgrupo de pacientes con DM1 con mayor carga de complicaciones microvasculares y aportar valor en la estratificación del riesgo.

P-145. UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL FATTY LIVER INDEX COMO BIOMARCADOR NO INVASIVO DE ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1

Virginia Bellido, SanAmuedo, Pablo Remón Ruiz, Noelia Gros Herguido, Gema López Gallardo, Ana Piñar Gutiérrez y Alfonso Soto Moreno

Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción y objetivos: La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (EHMet) está emergiendo como

una comorbilidad relevante en personas con DM1, aunque continúa infradiagnosticada en este grupo. El Fatty Liver Index (FLI) es un índice no invasivo ampliamente utilizado para la detección de esteatosis hepática en población general y en DM2, pero su utilidad diagnóstica en DM1 es limitada y poco estudiada. El objetivo de este estudio es evaluar la capacidad predictiva del FLI como biomarcador no invasivo para la identificación de EHMet en adultos con DM1.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en una cohorte de adultos con DM1. La presencia de EHMet se definió mediante elastografía de transición (FibroScan®), considerando un valor de atenuación controlada (CAP) ≥ 280 dB/m, junto con la presencia de al menos un factor de riesgo cardiometabólico. El FLI se calculó a partir de parámetros antropométricos y bioquímicos estándar. Para evaluar la capacidad diagnóstica del FLI en la detección de EHMet se realizó un análisis mediante curva ROC, calculándose el área bajo la curva (AUC), su intervalo de confianza del 95%. El punto de corte óptimo se determinó mediante el índice de Youden, obteniéndose los valores de sensibilidad y especificidad correspondientes.

Resultados: Se analizaron 85 pacientes (51,8% hombres), con una edad media de $47,9 \pm 11,9$ años, una duración de la DM1 de $29 \pm 11,6$ años y una HbA_{1c} media de $7 \pm 0,9\%$. El FLI mostró una elevada capacidad discriminativa para la detección de EHMet en pacientes con DM1, con un AUC de 0,848 (IC95%: 0,763-0,934; $p < 0,001$). El análisis ROC identificó como punto de corte óptimo un valor de FLI de 51,41, que proporcionó una sensibilidad del 75% y una especificidad del 80%. Este umbral permitió identificar correctamente aproximadamente tres de cada cuatro pacientes con EHMet, manteniendo una adecuada capacidad para descartar la EHMet.

Conclusiones: En adultos con DM1, el FLI mostró una elevada capacidad discriminativa para la detección de EHMet, con un AUC de 0,848 y un punto de corte óptimo en torno a 51. Estos resultados apoyan el uso del FLI como una herramienta de cribado inicial, sencilla y no invasiva, para la identificación precoz de EHMet en pacientes con DM1.

P-146. PREVALENCIA DE SARCOPENIA Y DINAPENIA EN POBLACIÓN JOVEN CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Yael Giner Esteban, Nuria Birruero Hernández, María Carmen Andreo López, María Teresa Zarco Martín, Juan Luis Delgado Montoya y Pablo Jose López Ibarra

Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España.

Introducción: La sarcopenia se propone como una complicación de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Sin embargo, existen pocos estudios sobre su prevalencia y los resultados clínicos relacionados en la DM1. Nuestro objetivo fue analizar si la sarcopenia y la dinapenia son más frecuentes en personas con DM1, así como determinar si existen asociaciones con factores relacionados con la enfermedad.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en sujetos jóvenes con DM1 y controles sanos emparejados por edad, sexo e índice de masa corporal (IMC). Se recogieron las siguientes variables: datos clínicos y metabólicos relacionados con la DM1, fuerza muscular medida mediante dinamómetro Jamar y masa muscular del cuádriceps (recto femoral) evaluada mediante ecografía (eje Y, eje X, área y circunferencia). El índice de masa muscular esquelética apendicular (ASMI) se evaluó mediante la circunferencia de la pantorrilla para definir miopenia. En cuanto a la dinapenia, se utilizó un punto de corte en el percentil 10 según la tabla de percentiles de la población española. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS v.25.

Resultados: Se analizaron 34 pacientes con DM1 (40 ± 14 años; 54,4% mujeres; $IMC 24,4 \pm 4,09$ kg/m²). En el grupo de casos, la HbA_{1c}

media fue de $6,85 \pm 1,84\%$, y la frecuencia de complicaciones microvasculares fue del 32,4% (8,8% presentaron nefropatía, 23,5% retinopatía y 17,6% polineuropatía). No se observaron pacientes con complicaciones macrovasculares. La fuerza medida mediante dinamometría fue de $31,2 \pm 10,9$ kg en los casos frente a $34,2 \pm 12,9$ kg en los controles ($p = 0,313$). Los valores de la circunferencia de la pantorrilla fueron significativamente menores en el grupo con DM1 ($35,2 \pm 2,7$ cm frente a $37,8 \pm 2,9$ cm; $p = 0,00$). El valor de ASMI fue de $6,57 \pm 1,21$ kg/m² en los casos y $7,25 \pm 1,31$ kg/m² en los controles ($p = 0,31$). Los pacientes con miopenia representaron el 29,4% de los casos y el 12,1% de los controles ($p = 0,082$). La prevalencia de dinapenia no mostró diferencias estadísticamente significativas entre grupos (26,5% en casos frente a 18,8% en controles; $p = 0,454$). Finalmente, se observó sarcopenia en 2 casos y 1 control (5,9% frente a 2,9%, respectivamente; $p = 0,55$).

Conclusiones: Se observó un deterioro de la fuerza muscular y de la masa muscular en la DM1. Sin embargo, la prevalencia de dinapenia y sarcopenia no fue significativamente mayor en la DM1, al menos en esta población joven. Se necesitan más estudios en este y otros grupos, con un mayor tamaño muestral, para confirmar estos resultados.

P-147. EXPERIENCIA EN VIDA REAL: APLICACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL CRIBAJE DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA

Raquel Ruano Esteban^{a,b}, Alba Dalmau^a, Laura Barreto^a, Paula Betancort^a, Marta Carrasco^a, Josep Leon^{a,b} y Marta Hernández^{a,b}

^aHospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España. ^bInstitut de Recerca Biomèdica de Lleida, Lleida, España.

Objetivos: Estimar la precisión de un retinógrafo que incorpora inteligencia artificial para el cribado de la retinopatía diabética.

Material y métodos: Muestreo oportunista de pacientes con DM visitados en el Servicio de Endocrinología y Nutrición de nuestro centro en marzo 2025. Se obtuvieron retinografías no midriáticas de 45°, analizadas automáticamente por IA (Thirona RetCADTM), clasificando la RD según la International Clinical Diabetic Retinopathy Severity Scale. El sistema "iCare ILLUME AI-assisted", emite un informe en el que recomienda derivación en caso de RDNP moderada o grado superior. Todas las retinografías fueron valoradas de forma

enmascarada por el servicio de oftalmología. La concordancia entre el retinógrafo y el oftalmólogo se evaluó mediante el coeficiente kappa, estratificando por ojo y por nivel de gravedad. La validez diagnóstica del retinógrafo se estimó tomando la valoración del oftalmólogo como patrón de referencia.

Resultados: Realizamos 173 retinografías, 11 descartadas por falta de datos. El 59% eran varones, la media de evolución de la DM era de 24,5 años. El 51% tenía DM1, 43% DM2, 6% otros tipos de DM. El informe del cribado aconsejó derivar a oftalmología el 32,71% de las retinografías, de las cuales el 100% presentaban alteraciones susceptibles de valoración especializada. Hubo 4,3% de las retinografías que el oftalmólogo valoró y tenían criterio de derivación, pero el retinógrafo no propuso su derivación por RD, sin embargo, el paciente hubiese sido derivado por otro motivo y no se habría perdido ningún diagnóstico. La concordancia entre el retinógrafo y el oftalmólogo expresado en valores kappa es +0,88 en el ojo derecho y +0,72 en el ojo izquierdo.

Conclusiones: El retinógrafo "iCare ILLUME AI-assisted" tiene una elevada concordancia con la valoración especializada, todos nuestros pacientes con retinopatía han sido correctamente derivados y valorados por oftalmología. La elevada sensibilidad junto con un alto valor predictivo negativo respaldan la utilidad de la herramienta como método de cribado. Creemos que esta tecnología es una herramienta útil, aceptada y eficiente en el cribado de la RD, por lo que la incorporamos al cribado periódico de complicaciones.

P-149. EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y LA MORTALIDAD ENTRE 2016 Y 2024: COMPARACIÓN ENTRE PERSONAS CON Y SIN DIABETES

Francisco Pomares Gómez^{a,b}, Esther Chicharro Luna^a, Pedro Jiménez Sellés^c, Gracia Cascales Guerrero^d, Emilio Flores Pardo^b y Jose María Salinas Serrano^b

^aUniversidad Miguel Hernández, Elche, España. ^bHospital Universitario de San Juan de Alicante, San Juan de Alicante, España. ^cCentro de Salud Mutxamel, Mutxamel, España. ^dCentro de Salud Álvarez de la Riba, Orihuela, España.

Objetivos: Las personas con diabetes mellitus (DM) presentan un mayor riesgo cardiovascular. En las últimas décadas se ha descrito una reducción en la incidencia de la cardiopatía isquémica (CISQ);

Tabla P-147

Valores de validez interna y externa con el retinógrafo "iCare ILLUME AI-assisted"

Categoría	Ojo	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
No RD	OD (n = 120)	98,8%	93,02%	97,5%	95,23%
	OI (n = 120)	96,58%	80%	92,62%	90%
RDNP leve	OD (n = 13)	84,62%	97,99%	78,57%	98,65%
	OI (n = 17)	56,25%	95,89%	60%	95,24%
RDNP moderada	OD (n = 19)	83,33%	100%	100%	97,96%
	OI (n = 17)	77,78%	97,92%	82,35%	97,24%
RDNP grave	OD (n = 3)	100%	98,75%	60%	100%
	OI (n = 2)	50%	99,38%	50%	99,38%
RDP	OD (n = 8)	88,88%	100%	100%	99,36%
	OI (n = 8)	66,67%	100%	100%	98,08%

RD: retinopatía diabética; RDNP: retinopatía diabética no proliferativa; RDP: retinopatía diabética proliferativa; OD: ojo derecho; OI: ojo izquierdo; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo.

sin embargo, existe escasa evidencia sobre si la evolución de los ingresos hospitalarios y la mortalidad ha sido similar en personas con y sin DM. El objetivo de este estudio fue analizar la evolución temporal de los ingresos por CISQ y la mortalidad asociada, comparando ambos grupos poblacionales.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional analítico de cohortes retrospectivo que incluyó los primeros ingresos hospitalarios por cardiopatía isquémica (CIE-10) registrados entre 2016 y 2024 en un Departamento de Salud con una población de referencia de 248.000 habitantes. Se recogieron variables demográficas, servicio de ingreso, perfil lipídico a los 12 meses y mortalidad intrahospitalaria y durante el seguimiento. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva, análisis bivalente y regresión logística multivariante.

Resultados: Se analizaron 5.361 pacientes, de los cuales el 72% fueron varones y el 58% tenían entre 70 y 90 años. La prevalencia de DM fue del 36,9% y se mantuvo estable durante todo el periodo de estudio ($p = 0,25$). Los pacientes con DM presentaron una edad media superior (74,3 frente a 73,2 años; $p < 0,001$). La tasa de ingresos por CISQ por 100.000 habitantes se redujo de forma notable, con un descenso del 57,1% en varones y del 45,4% en mujeres. La mortalidad intrahospitalaria fue similar entre personas con y sin DM (6,4 vs. 6,2%), mientras que la mortalidad durante el seguimiento fue significativamente mayor en el grupo con DM (36,3 vs. 29,3%; $p < 0,001$). En el análisis multivariante, la edad (OR 1,09; IC95% 1,08-1,09), la presencia de DM (OR 1,36; IC95% 1,15-1,59), niveles más bajos de HDL-colesterol y el ingreso en servicios (no cardio/sí cardio) (2,13; 1,82-2,50) se asociaron con una mayor mortalidad.

Conclusiones: Durante el periodo 2016-2024 se observó una marcada reducción en los ingresos hospitalarios por cardiopatía isquémica, manteniéndose estable la proporción de pacientes con diabetes. Aunque la mortalidad intrahospitalaria fue similar entre ambos grupos, la diabetes se asoció con un incremento del 36% en el riesgo de mortalidad a largo plazo tras un evento isquémico. Estos resultados subrayan la necesidad de reforzar las estrategias de prevención secundaria y seguimiento a largo plazo en personas con diabetes.

P-150. COMPLEJIDAD SOCIAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN EL COMITÉ DE PIE DIABÉTICO

Judith Panicello Sanz^a, Anass Skikti El Kouty^a, Montserrat Dòria^b, Xavier Aguilar^b, Josep Maria Romero^c, Dídac Mauricio^{d,e} y Diana Tundidor^{d,e}

^aUnidad de Trabajo Social Sanitario, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bPodología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^cServicio de Angiología, Cirugía Vasculat y Endovascular, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^dServicio Mancomunado de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau-Hospital Dos de Maig, Barcelona, España. ^eCiber de Diabetes y Enfermedades Metabólicas, España.

Introducción y objetivos: El nivel educativo, la situación socioeconómica, las condiciones de vivienda y la disponibilidad de redes de apoyo son factores sociales que influyen en la evolución de la enfermedad del pie relacionada con la diabetes. El objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de complejidad social, la intervención social y el tipo de respuesta profesional realizada por Trabajo Social Sanitario (TSS) en el Comité de Pie Diabético.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluyó a pacientes atendidos en el Comité de Pie Diabético en un hospital terciario durante el año 2025. Se recogieron variables sociodemográficas y de

intervención por TSS. Para la clasificación del nivel de complejidad de la intervención social se utilizó la escala validada ECISACH-BCN PSMAR (Escala de Complejidad de la Intervención Social con Adultos en Contexto Hospitalario).

Resultados: Se analizaron 46 pacientes (69,6% hombres). La complejidad social más frecuente fue intermedia (26,1%), seguida de baja (21,7%), alta (17,4%) y muy alta (19,6%); el 13% no presentaban complejidad según la Escala ECISACH. Los motivos de intervención más habituales fueron valoración sociofamiliar, dificultades del cuidador, problemas de vivienda, orientación en recursos sociales y dificultades económicas. En cuanto a la respuesta profesional, predominó el seguimiento social (28,3%), seguido de coordinación con otros servicios (19,6%) y orientación sobre recursos (13%).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes atendidos en el Comité de Pie Diabético presentaron niveles de complejidad social intermedia o alta. Predominaron las intervenciones relacionadas con la valoración sociofamiliar, las dificultades del cuidador y los problemas económicos o de vivienda, así como respuestas profesionales basadas en el seguimiento, la coordinación y la orientación de recursos. Estos resultados subrayan el papel fundamental de TSS en la identificación de necesidades sociales y en la continuidad asistencial en un Comité multidisciplinar de Pie Diabético.

P-151. ENFERMEDAD ÓSEA EN DIABETES MELLITUS: ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

María Jiménez Aceituno, Ana de Gracia Valero, Ana Segarra Balao, Carolina Sánchez Malo y María de Damas Medina

Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus se asocia a un incremento significativo del riesgo de fractura, en comparación con la población sin diabetes. En la diabetes tipo 1, este riesgo es elevado y aparece a edades más tempranas, mientras que en la diabetes tipo 2 la fragilidad ósea aumenta incluso en presencia de una densidad mineral ósea normal o elevada. Factores como el mal control glucémico, una mayor duración de la enfermedad y la presencia de complicaciones micro y macrovasculares se han relacionado de forma independiente con un mayor riesgo de fracturas. El objetivo del presente estudio es evaluar la densidad mineral ósea en pacientes con diabetes mellitus en relación con el tipo de diabetes, el tiempo de evolución y diversas variables clínicas y antropométricas asociadas.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus (diabetes tipo 1, tipo 2, LADA y pancreopriva). Se analizan variables clínicas y antropométricas, así como la composición corporal mediante bioimpedanciometría vectorial. La densidad mineral ósea se evalúa mediante absorciometría dual de rayos X (DXA) en columna lumbar, cuello femoral y fémur total.

Resultados: Se incluyen 95 pacientes con diabetes mellitus, de los cuales 63 disponen de densitometría ósea válida para el análisis. La diabetes mellitus tipo 1 es el subtipo más frecuente, observándose en el 65,2% de los pacientes, seguida de LADA en el 18,0%, diabetes tipo 2 en el 12,4% y diabetes pancreopriva en el 4,5%. La muestra está constituida mayoritariamente por hombres (58,6%), frente a mujeres (41,4%). El tiempo de evolución de la diabetes es de 23 años (rango 4-59 años). En cuanto a la densitometría ósea el 46,0% de los pacientes presentó un diagnóstico densitométrico normal, mientras que el 39,7% mostró osteopenia y el 12,7% osteoporosis. No se observó asociación estadísticamente significativa entre el subtipo de diabetes y el diagnóstico de densidad mineral ósea en columna lumbar ($p = 0,639$), cuello femoral ($p = 0,446$) ni cadera

total ($p = 0,511$). Sin embargo, destaca que la diabetes LADA presenta la mayor proporción de osteoporosis lumbar (30,8%).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con diabetes mellitus, la afectación ósea densitométrica es frecuente, predominando la osteopenia. No se identifican diferencias estadísticamente significativas en la densidad mineral ósea entre los distintos subtipos de diabetes. Aunque la diabetes LADA presenta una mayor proporción de osteoporosis lumbar, esta diferencia no alcanza significación estadística. Se presentan los resultados preliminares de un estudio en marcha. La ampliación de nuestra cohorte permitirá un análisis más detallado en los subtipos de diabetes, incluyendo la evaluación del papel de las complicaciones microvasculares, la composición corporal, así como de los marcadores de remodelado y calidad en la salud ósea de los pacientes con diabetes.

P-152. DISEÑO DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LIPODISTROFIAS Y EDUCACIÓN EN LA TÉCNICA DE INYECCIÓN EN PACIENTES CON DIABETES

Arantxa Sales-Buñ

CS Olaquibel, Vitoria, España.

Introducción: Las lipodistrofias asociadas al tratamiento con insulina son una complicación frecuente que puede interferir en la absorción del fármaco y en el control glucémico. A pesar de su relevancia clínica, la exploración sistemática de las zonas de inyección no siempre se integra de forma estructurada en la práctica asistencial. La creación de una consulta específica de enfermería orientada a la detección precoz de lipodistrofias puede contribuir a mejorar la seguridad y calidad del tratamiento insulínico.

Objetivos: Describir el diseño y la implementación de una consulta de enfermería dirigida a la detección precoz de lipodistrofias y educación en la técnica de inyección en pacientes con diabetes en tratamiento con insulina.

Material y métodos: Se ha diseñado una consulta monográfica de enfermería integrada en el seguimiento habitual de pacientes con diabetes en tratamiento con insulina. La consulta incluye una valoración sistemática mediante inspección y palpación de las zonas habituales de inyección, así como una entrevista estructurada sobre hábitos de administración. El protocolo de la consulta contempla: Registro estandarizado de las zonas de inyección. Identificación de signos de lipodistrofia. Evaluación de la técnica de administración de insulina. Intervención educativa individualizada basada en la rotación adecuada de zonas y uso correcto del material. Asimismo, se definieron indicadores para la evaluación futura de la consulta, como la prevalencia de lipodistrofias detectadas, la mejora en la técnica de inyección y la satisfacción del paciente.

Resultados: En el momento actual, la consulta se encuentra en fase de implementación. Por el momento no se dispone de resultados sobre la prevalencia de lipodistrofias en la población atendida, aunque parece ser similar a la media esperada. La observación de la técnica de los pacientes al administrarse la insulina ha expuesto una carencia educacional importante, por lo que se priorizó profundizar en la educación. La satisfacción está siendo evaluada mediante una encuesta anónima.

Conclusiones: El diseño de una consulta monográfica de enfermería para la detección de lipodistrofias y educación en la técnica de inyección responde a una necesidad clínica identificada en la práctica diaria. Este modelo asistencial permite estructurar la valoración, reforzar la educación terapéutica y establecer indicadores de calidad para su evaluación futura. La consulta es fácilmente reproducible en otros ámbitos asistenciales.

P-153. PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS-OSTEOPENIA Y PERFIL CLÍNICO-METABÓLICO DE UNA POBLACIÓN MAYOR DE 50 AÑOS CON DIABETES TIPO 1

José Román Villatoro, Ana Piñar Gutiérrez,
Pablo Jesús Remón Ruiz, San Amuedo Domínguez,
Noelia Gros Herguido, Gema López Gallardo,
Virginia Bellido Castañeda y Alfonso Soto Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: La osteoporosis es más frecuente en pacientes con diabetes tipo 1 (DM1). La guía de la American Diabetes Association incluyó en 2024 la recomendación de realizar densitometría ósea a pacientes mayores de 50 años con factores de riesgo.

Objetivos: Describir la prevalencia de osteoporosis en una cohorte de personas con DM1 mayores de 50 años y con factores de riesgo. Describir los resultados de la escala FRAX en estos pacientes; comparar los resultados de la escala con la densitometría ósea (DXA).

Material y métodos: Estudio transversal. Se realizó DXA y escala FRAX a los pacientes mayores de 50 años con DM1 y factores de riesgo. Se consideró osteoporosis si T-Score $< -2,5$ en cabeza de fémur y/o columna lumbar y osteopenia si T-Score entre $-2,5$ y -1 . Se consideró FRAX elevado para fractura mayor osteoporótica (FMO) si $> 7,5\%$ y para fractura de cadera si $> 3\%$. Las variables cualitativas se describen como n (%); las cuantitativas como P50 (P25-P75). Para la comparación de variables cualitativas se empleó el test de Fisher; para las cuantitativas el test no paramétrico de comparación de medianas.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes. En esta cohorte la osteoporosis se presentó con mayor probabilidad en mujeres respecto a hombres (OR = 14,2; IC95%: 1,8-112,1). Al analizar parámetros glucométricos, el coeficiente de variación fue mayor en el grupo con osteoporosis (37,1 [31-44]) respecto al resto de pacientes (32,9 [21-44]); $p = 0,02$. Los pacientes con osteoporosis presentaron un IMC menor (23,4 [17,31-45,91]) respecto al resto de población (28 [18,9-42,8]); $p = 0,029$. La menopausia precoz (< 45 años) no mostró asociación con osteoporosis en esta muestra. En el análisis de regresión logística, los valores de FRAX para FMO (OR = 1,003; IC95%: 0,855-1,175; $p = 0,974$) y para fractura de cadera (OR = 1,115; IC95%: 0,858-1,448; $p = 0,416$), sin ajuste por DMO no predijeron adecuadamente la presencia de osteoporosis.

Características basales de la cohorte

	Mujeres (n = 61)	Hombres (n = 41)
Edad (años)	60 (55-70)	63 (59-70)
Tiempo de evolución (años)	26 (16-36)	34 (17-43)
Osteopenia	28 (45,9%)	21 (51,2%)
En < 65 años	15 (53,6%)	12 (57,14%)
Osteoporosis	16 (26,2%)	1 (2,4%)
En < 65 años	8 (50%)	0 (0%)
FRAX (FMO) sin ajustar por DMO	6,1 (3,1-12)	3,1 (2-4,3)
FRAX (fractura de cadera) sin ajustar por DMO	1,2 (0,5-4,3)	0,9 (0,3-1,3)
FRAX (FMO) ajustado por DMO	3,7 (2-7,5)	2,5 (1,8-4,5)
FRAX (fractura de cadera) ajustado por DMO	0,5 (0,1-1,6)	0,6 (0,2-1)

Conclusiones: Esta cohorte presentó una prevalencia elevada de osteoporosis y osteopenia, especialmente asociada al sexo femenino. Pacientes con osteoporosis presentaron menor IMC así como mayor coeficiente de variación glucémica. Por último, la escala FRAX

sin ajustar por DMO no predijo adecuadamente la enfermedad, sobrestimando el riesgo real de fractura en esta población.

P-154. ÍNDICE DEDO-BRAZO COMO MÉTODO PARA DETECTAR LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Leyre Aldunate Cia

Centro de Salud Lakua-Arriaga, Pamplona, España.

Introducción: La diabetes mellitus (DM) tiene una alta prevalencia en nuestro país. Un control deficiente de la enfermedad produce múltiples complicaciones, entre las que se encuentran las úlceras diabéticas. Estas pueden tener distintas etiologías (isquémicas, neuroisquémicas o neuropáticas) y su localización más frecuente son los pies. Se estima que el 20% de las úlceras diabéticas acabarán en amputación; por ello, es importante la prevención desde la consulta de atención primaria. Una de las medidas preventivas es la detección temprana de la arteriopatía periférica, para lo cual podemos utilizar el índice dedo-brazo (IDB) como método de mayor precisión que el índice tobillo-brazo (ITB).

Objetivos: Conocer la utilidad del índice dedo-brazo (IDB) como método para detectar la enfermedad arterial periférica (EAP) en pacientes con diabetes mellitus.

Material y métodos: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Cochrane, PubMed y Dialnet, aplicando los filtros de “últimos 10 años” e idiomas castellano e inglés.

Resultados: El IDB es una prueba no invasiva que compara la presión arterial sistólica del primer dedo del pie con la presión arterial sistólica más alta de los brazos. Una presión superior a 30 mmHg es un factor de buen pronóstico para la cicatrización de heridas. Sin embargo, una amplitud de onda de pulso baja está relacionada con un aumento de la probabilidad de amputación. Además, el valor obtenido en el IDB puede ser de gran utilidad para evaluar el riesgo cardiovascular de los pacientes con DM o con nefropatía diabética. Cabe destacar que existen casos en los que el ITB es mayor de 1,4 y el riesgo de enfermedad arterial periférica no puede valorarse debido a que el paciente presenta calcificación arterial. En estos casos, el IDB resulta de gran utilidad para el profesional sanitario al proporcionar información más precisa sobre el estado de las arterias del paciente.

Conclusiones: El IDB es un parámetro de gran utilidad para conocer el estado de las arterias periféricas de los pacientes con diabetes mellitus. Funciona como un método diagnóstico y preventivo eficaz que facilita la selección del tratamiento adecuado.

P-155. EVOLUCIÓN DEL GRADO DE CONTROL LIPÍDICO POSINFARTO EN EL PERIODO 2016-2024. COMPARACIÓN ENTRE PERSONAS CON O SIN DIABETES.

Francisco Pomares Gómez^{a,b}, Alberto Cordero Fort^{a,b}, Esther Chicharro Luna^a, Pedro Jiménez Sellés^c, Gracia Cascales Guerrero^d, Emilio Flores Pardo^b y José María Salinas Serrano^b

^aUniversidad Miguel Hernández, Elche, España. ^bHospital Universitario de San Juan de Alicante, Alicante, España. ^cCentro de Salud Mutxamel, Mutxamel, España. ^dCentro de Salud Álvarez de la Riba, Orihuela, España.

Introducción: Se sabe que las personas con diabetes (DM) tienen mayor riesgo coronario, aunque la incidencia de eventos ha disminuido en los últimos años. según las recomendaciones de las guías clínicas, después de un evento coronario el grado de control deseable es inferior a 55 mg de LDL colesterol. Y no se dispone de los

datos de control lipídico postinfarto comparativo entre personas con y sin DM y de su evolución a lo largo de la última década.

Material y métodos: Estudio observacional analítico de cohortes retrospectivo de los primeros ingresos por cardiopatía isquémica (CIE-10) entre 2016-2024. Se recogieron variables demográficas, servicio de ingreso, perfil lipídico a 12 meses y mortalidad intrahospitalaria y a nueve años. El análisis incluyó estadística descriptiva, comparaciones bivariantes y modelos multivariantes.

Resultados: Se analizaron 5.361 pacientes (72% varones; 58% con 70-90 años). La prevalencia de DM fue de 36,9% (1.980). En los 12 meses siguientes al ingreso, un 28,9% de los pacientes carecían de perfil lipídico siendo menor en los pacientes con DM (26,1 vs. 30,5%; $p = 0,00$). De los pacientes con perfil lipídico, el 28,9% tenían un LDLc < 55 mg/dl siendo mayor en los pacientes con DM (37,0 vs. 23,8%; $p = 0,000$), y el 52,4% tenían un LDLc < 70 mg/dl siendo mayor en los pacientes con DM (69,3 vs. 47,5%; $p = 0,000$). Un 8,5% de los pacientes fallecieron en el año posterior al alta, siendo la mortalidad menor en los pacientes con LDL < 55 mg/dl (7,9 vs. 10,1%; $p = 0,02$) pero sin diferencias en los pacientes con LDLc < 70 mg/dl (9,9 vs. 8,1%; $p = 0,39$).

Conclusiones: Casi uno de cada tres pacientes carece de perfil lipídico en el año posterior al alta hospitalaria por CISQ aunque la proporción fue menor en las personas con DM. Y solo uno de cada 3 tiene un LDLc < 55 mg/dl en el año posterior al ingreso, siendo mayor en las personas con DM. EL LDLc < 55 mg/l se asocia a una menor mortalidad en el año posinfarto.

10. EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

P-156. RETHINKING PHYSICAL ACTIVITY IN THE MANAGEMENT OF DIABETES: EVIDENCE FROM A COMPARATIVE STUDY BETWEEN TWO AMERICAN HEALTH SYSTEMS (BRAZIL AND THE UNITED STATES)

Fernanda Monteiro Coelho^a and Ernesto Martínez Fernández^b

^aUniversidad Pablo de Olavide, Sevilla, Spain. ^bUniversidad de Sevilla, Sevilla, Spain.

Introduction and objectives: According to diabetes research, physical activity is a critical aspect for diabetes treatment and self-management. Thus, health intervention practices must be focused on all aspects that mutually support diabetes care (medication, nutrition and physical activity) with the aim of achieving proper glucose levels. Nevertheless, previous studies suggest that physical activity is often neglected by health care teams. This inattention is a significant barrier for people with diabetes to adopt a lifestyle leading to an adequate self-management of the disease. Deeper, more fine-grained research is needed to better understand how health teams approach diabetes care and what role physical activity plays within their strategies and actual practices. In this sense, our investigation aimed to explore at length this issue by focusing on and comparing two specific study cases, one located in the Global North, the other in the Global South.

Materials and methods: In order to collect detailed data, we adopted a micro-social perspective and developed a qualitative methodology, with semi-directive interviews and participant observation as the main techniques. The two study cases chosen were: a private hospital at Boston (USA) and a public Family Health Support Center at Viçosa (Brazil). In both cases, the main observation units were: a) medical appointments; and b) therapeutic education activities which included physical activity practices. Interviews were

conducted primarily with diabetes patients. The whole data were subsequently categorised and analysed following a saturation criterion.

Results: Physical activity appears to be an insignificant subject in the case of the first observation unit, since appointments led to a kind of support focused on biological markers and medication prescription. When analyzed the data collected in the second unit in both cases (Boston and Viçosa), physical activity proposals seem apparently to be the centre of intervention practices. However, activities implemented by both health care teams did not have goals related to diabetes treatment and the patients' self-management needs. At the same time, there existed some differences between the study cases. In the Brazilian one, we observed a significant adherence from patients to education activities developed in the second observation unit, as well as the presence of a physical educator within the (multi-disciplinary) health team. Meanwhile, in the US hospital, there was no physical education professional, being the task accomplished through YouTube videos and the intervention of other health professionals without specific nor formal training in physical activity.

Conclusions: Our study suggests that diabetes treatment is far from the needed holistic approach suggested by IDF. Multi-disciplinary teams are not the rule and, in cases in which they exist, the different professionals do not work in a comprehensive way. Regarding physical activity as one of the crucial dimensions in diabetes treatment, the presence of physical educators does not guarantee multi-disciplinary dialogue nor the development of diabetes-oriented programmes, although it could help people with diabetes to adhere to and be more active in therapeutic education activities. To sum up, diabetes care needs to reinforce cross-disciplinary dialogue within health teams and a better training of all the professionals involved regarding the comprehensive approach that successful treatment requires.

P-157. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 1 EN TRATAMIENTO CON SISTEMAS DE ASA CERRADA QUE NO ALCANZAN SUS OBJETIVOS GLUCOMÉTRICOS

Irene Pueyo Ferrer^a, Carla Cabré Font^a, Montse Granados Pérez^a, Daria Roca Espino^a, Gema Yago Esteban^a, Ignacio Conget Donlo^{a,b,c} y Marga Giménez Álvarez^{a,b,c}

^aHospital Clínic, Barcelona, España. ^bIDIBAPS (Institut d'investigacions biomèdiques August Pi i Sunyer), Barcelona, España. ^cCIBERDEM (Centro de Investigación en Red de Investigación en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas), Madrid, España.

Introducción y objetivos: Los sistemas de asa cerrada (AHCL) han mejorado el control glucémico y reducido complicaciones en la diabetes tipo 1 (DT1). Sin embargo, algunos pacientes, mantienen control fuera de objetivos. Este estudio describe las características clínicas, los resultados glucométricos y el uso del dispositivo en esta población.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes con DT1 usuarios de Minimed 780G™ (noviembre de 2024-noviembre de 2025). Se incluyen aquellos que no cumplen objetivos glucométricos (tiempo en rango 70-180 mg/dL, TIR < 70%, tiempo por debajo de 70 mg/dL, TBR > 4%, tiempo por encima de 180 mg/dL, TAR > 25%, variabilidad, CV ≥ 36%) y/o han presentado hipoglucemias graves (HG) en el último año.

Resultados: Cumplieron criterios de inclusión 22 pacientes de 531 (4,1%) con DT1 y AHCL. Dieciocho mujeres, con 47,5 ± 12,7 años, IMC 26,1 ± 4,3 kg/m², 39,5 ± 13,1 años de evolución de la diabetes, tratamiento con infusor subcutáneo de insulina desde hace

14,5 ± 5,1 años y transición a AHCL en los últimos 2 años. El 36,4% presentaba alguna complicación crónica (retinopatía 27,3%, neuropatía 13,6%, nefropatía 4,5%), un 13,6% presentó HG y ningún paciente presentó cetoacidosis (CAD) en el último año. El 40,9% tenía diagnóstico relacionado con la salud mental (88,9% en tratamiento). El 86,4% no cumplían objetivos glucométricos y el 13,6% en combinación con HG. Presentaban una HbA_{1c} de 7,9 ± 0,9%. En relación con parámetros glucométricos (datos de 14 días consecutivos) la glucosa media (GM) fue de 167,8 ± 8,3 mg/dL y el indicador de gestión de glucosa (GMI) 7,3 ± 0,2%. Tenían un TIR del 61,3 ± 4,9% y 11 usuarios (50%) no cumplían con el objetivo de CV, 2 (9,1%) el de TBR < 70 y 6 (27,3%) el de TBR < 54. Respecto al TAR > 180 y TAR > 250, no cumplían objetivos 13 (59,1%) y 21 (95,5%) usuarios, respectivamente. Por lo que se refiere al uso del dispositivo, el modo automático (SmartGuard) estaba activo el 91,3 ± 20,2%. Las autocorrecciones fueron 39,1 ± 17,4%. Los objetivos glucémicos configurados fueron de 100 mg/dL en 7 usuarios, de 110 mg/dL en 9 y de 120 mg/dL en 8. Una duración de la insulina activa (DIA) de 2 h en 3 personas, de 2,30 h en 3 de 2,45 h en 1, de 3 h en 9, de 3,30h en 3 y de 4 h en otras 3 personas.

Conclusiones: En pacientes con DT1 de larga evolución, predominantemente mujeres y con algún diagnóstico relacionado con la salud mental, es posible que el uso de sistemas AHCL no sea suficiente para alcanzar un control glucométrico óptimo. En este subgrupo de personas con DT1, debemos plantearnos la necesidad de programas educativos y de soporte emocional específicos, incluyendo la individualización de objetivos glucométricos.

P-158. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS INTEGRADOS SOBRE LOS CONOCIMIENTOS, CONTROL GLUCÉMICO Y BIENESTAR EMOCIONAL EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Pilar Santa Cruz Álvarez, Ana Pérez Morales, Carmen Gamero Dorado, Marta Gómez Delgado, Cesárea Molina Venegas, M.^a Dolores Navarro Ariño y Carmen Amelia Ruíz Trillo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: En el Hospital de día de Diabetes (HDD) del H.U. Virgen del Rocío, las personas con diabetes mellitus a las que se les recomienda tratamiento con sistema integrado, son derivados desde endocrino a la enfermera educadora para formar parte de un programa educativo orientado a proporcionarles los conocimientos y habilidades necesarios para el uso de este sistema.

Material y métodos: El programa educativo, de modalidad grupal, realizado por enfermeras educadoras en diabetes consta de tres fases: 1.^a fase de preimplantación: en primer lugar, la enfermera educadora realiza una evaluación inicial sobre los conocimientos en alimentación: contaje de raciones y cálculo de ratio insulina. Si se detectan carencias, se deriva a la persona a un curso específico. En segundo lugar, se cita en una sesión informativa sobre el sistema integrado. 2.^a fase de implantación: se imparte un curso estructurado de dos sesiones, donde adquieren las habilidades en el manejo del sistema y resolución de dudas. Posteriormente, cita de revisión en dos semanas. 3.^a fase posimplantación: seguimiento híbrido, alternando consulta telemática cada seis meses con enfermera educadora y presencial con endocrinólogo. La evaluación de la efectividad del programa se realiza mediante: Cuestionario de conocimientos; evaluación pre y post en fase de implantación a través de un cuestionario tipo test de 10 preguntas (elaboración propia). Control glucémico; análisis de glucometría, porcentaje de tiempo en rango (TIR), basal y al mes. Bienestar emocional: evaluación mediante el cuestionario PAID-5, basal y al mes. El análisis estadís-

tico se realizó con el programa SPSS, utilizando la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para comparar los datos antes y después de la intervención.

Resultados: El programa lo realizaron 30 personas, los resultados mostraron una mejoría significativa en los conocimientos sobre el manejo del sistema ($p < 0,001$) y al igual que el control glucémico, con aumento del tiempo en rango y reducción del tiempo en hiperglucemia, hipoglucemia y variabilidad glucémica ($p < 0,05$). En cambio, el bienestar emocional mostró solo una ligera mejoría, sin alcanzar significación estadística respecto a la evaluación basal.

Conclusiones: La educación terapéutica estructurada en el proceso de implantación de sistemas integrados de infusión de insulina a través de un programa educativo específico favorece la adquisición de conocimientos y un mejor control glucémico, elementos imprescindibles para el manejo seguro y eficaz de esta tecnología. Aunque hubo una ligera mejoría en el bienestar emocional esta no fue significativa, esto nos indica que quizás este parámetro habría que evaluarlo a más largo plazo cuando la persona está más adaptada a este nuevo tratamiento.

P-159. OPTIMIZACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA MEJORAR EL CONTROL Y LA ADHERENCIA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 (OPTIMA-DIAB2). ESTUDIO CUALITATIVO Y ENSAYO ALEATORIZADO CROSSOVER

Carmen Aránzazu Bermúdez Martín^{a,b,c}, Jorge Caro Bautista^{a,b,d}, Juan Carlos Morilla Herrera^{a,b}, Francisco Javier González Mesa^{a,c}, Ana Belén Núñez Pardo^c, Miguel Béjar López^c y Daniel Moral Alguacil^c

^aIBIMA Plataforma BIONAND, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga, Málaga, España. ^bUniversidad de Málaga, Málaga, España. ^cÁrea de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía, Vélez-Málaga, España. ^dDistrito Málaga, Málaga, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus (DM) constituye uno de los principales problemas de salud pública. En España, la prevalencia de DM2 es del 13,8% en población adulta, cifras superiores en Andalucía. A su vez, genera un gran impacto en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y requiere la adquisición de innumerables habilidades de autocuidado para la toma de decisiones diaria. La aparición de nuevas tecnologías para el control de la glucosa ha supuesto un cambio de paradigma en esta población. Con la ampliación de la financiación en el Servicio Sanitario Público Andaluz (SSPA) de la monitorización *flash* de glucosa (MFG), comienza la implementación de estos sistemas en personas con DM2 con múltiples dosis de insulina (MDI). En este contexto, desconocemos cuáles son los factores que han mediado en su implementación, así como el impacto que ha tenido sobre variables clínicas, CVRS y uso de los recursos sanitarios.

Objetivos: Objetivo general: evaluar la efectividad, en condiciones de práctica clínica real, de un programa educativo (PE) administrado por enfermeras de Atención Primaria (AP), y adaptado a las barreras identificadas en la adopción de la MFG, en personas con DM2 y MDI. Objetivos específicos: 1) Identificar barreras para la adopción de la MFG en personas con DM2 y MDI en los centros de AP del Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía y en las enfermeras que los atienden. 2) Desarrollar e implementar un PE adaptado a las barreras identificadas. 3) Evaluar la efectividad del PE sobre variables clínicas, uso de recursos sanitarios y CVRS (cuestionario EQ-5D-5L).

Material y métodos: Estudio de métodos mixtos secuencial exploratorio: análisis cualitativo y estudio experimental posterior,

conforme a la extensión de la Guía CONSORT para ensayos clínicos aleatorizados *crossover*. Primera fase: se realizarán entrevistas semiestructuradas a personas con DM2 y a enfermeras de AP hasta alcanzar saturación de la información, explorando las principales barreras identificadas en la implementación de la MFG. Para ello se transcribirán textualmente y analizarán tomando como puntos de partida, bloques temáticos identificados en estudios ya publicados y los constructos de la Teoría de la Conducta Planificada, consensuando los contenidos del PE por un panel de expertos mediante técnica Delphi. Segunda fase: ensayo controlado aleatorizado con diseño *crossover*.

Resultados y conclusiones: El estudio se encuentra en fase de recogida y análisis de datos cualitativos. Se aborda una necesidad clínica y organizativa emergente en la atención a personas con DM2, integrando un enfoque teórico del comportamiento y el liderazgo enfermero en Atención Primaria. Los resultados permitirán diseñar un PE, contextualizado y transferible, con potencial impacto en la optimización del uso de la MFG, el control glucémico, CVRS y la eficiencia del sistema sanitario público.

P-160. DISEÑO DE UN PROGRAMA ESTRUCTURADO DE TRANSICIÓN DE PACIENTES CON DIABETES DESDE PEDIATRÍA A ADULTOS: DESARROLLO, MATERIALES EDUCATIVOS Y PREPARACIÓN PARA SU FUTURA IMPLEMENTACIÓN

Ana María Licerán Peralbo

^aHospital Universitario de Jaén, Jaén, España.

Introducción: La adolescencia es una etapa especialmente vulnerable en el manejo de la diabetes, marcada por cambios físicos, emocionales y sociales que influyen en el autocuidado y la adherencia terapéutica. El paso de la atención pediátrica a la atención adulta constituye un momento crítico, en el que puede producirse una pérdida de continuidad asistencial si no existe un acompañamiento adecuado. En este contexto, la educación terapéutica, la coordinación entre servicios y el acompañamiento progresivo son elementos clave para favorecer la autonomía del adolescente y garantizar una transición segura hacia la etapa adulta.

Objetivos: Diseñar un programa estructurado de transición para pacientes con diabetes entre los 15 y los 18 años, basado en la educación terapéutica, la coordinación entre Pediatría y Endocrinología de Adultos y el acompañamiento continuado, así como describir el proceso de preparación previo a su futura implantación.

Materiales y métodos: Se desarrolló un proyecto de diseño de un programa de transición mediante un enfoque colaborativo entre los equipos de Educación Diabetológica, Pediatría y Endocrinología (adultos). Durante un periodo de un año se realizaron reuniones conjuntas periódicas con el objetivo de consensuar el itinerario de transición, definir funciones y establecer una coordinación asistencial efectiva entre ambos servicios. El programa se estructuró en dos etapas. La primera, entre los 15 y 17 años, centrada en el refuerzo de la educación terapéutica y el aumento progresivo de la participación del adolescente en la consulta. La segunda, entre los 17 y 18 años, orientada al fomento de la independencia y contacto progresivo con el equipo de Adultos, manteniendo el apoyo del equipo pediátrico. De forma paralela, se realizaron talleres grupales con adolescentes a cargo de Pediatría para valorar su grado de participación e intereses. Asimismo, se elaboraron materiales educativos de apoyo para facilitar la comprensión del proceso de transición.

Resultados: Al tratarse de un programa aún no implantado, los resultados son preliminares y de carácter cualitativo. Las reuniones interdisciplinarias permitieron establecer un marco común de actuación y reforzar la coordinación entre Pediatría y Adultos. Los talleres

con adolescentes mostraron una buena aceptación y pusieron de manifiesto la importancia del acompañamiento, la información clara y el conocimiento previo del equipo de Adultos. Los materiales educativos fueron valorados como útiles para aumentar la sensación de seguridad ante el proceso de transición.

Conclusiones: El diseño de un programa de transición estructurado basado en la educación terapéutica, la coordinación asistencial y el acompañamiento progresivo responde a una necesidad detectada en la práctica clínica. Aunque la implantación aún no se ha llevado a cabo, el trabajo previo realizado establece una base sólida para su futura implementación y evaluación, con el objetivo de mejorar la continuidad de cuidados y la vivencia de la transición en adolescentes con diabetes.

P-161. PROYECTO PILOTO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA ESTRUCTURADO DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES (INSULINIZACIÓN) PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO

Pilar Calvo Redondo, Julia Campos Fernández, Pilar Rubio García y Gonzalo Villar García

Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España.

Introducción y objetivos: La educación terapéutica (ET) asociada a la insulinización en diabetes se realiza al debut en diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y en caso de hiperglucemia no controlada con otras terapias en diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Durante el ingreso hospitalario, una ET de calidad precisa de programas estructurados, equipos interdisciplinarios coordinados y una participación activa del paciente. Por este motivo, se ha elaborado un programa terapéutico estructurado, dirigido al paciente hospitalizado por otras patologías diferentes a la diabetes que presenta hiperglucemia grave sin diabetes conocida previamente y que va a precisar insulinización provisional o definitiva al alta. El objetivo principal es proporcionar a este paciente que va a precisar tratamiento con insulina o a sus cuidadores, los conocimientos y habilidades necesarias para una insulinización ambulatoria eficaz. Los objetivos secundarios incluirían integrar el tratamiento en la vida diaria del paciente, hábitos dietéticos, horarios, y actividad social; tomar conciencia del control metabólico y programar metas que favorezcan la adherencia a su plan terapéutico y la mejora de calidad de vida.

Material y métodos: Ámbito de la intervención: Hospital Universitario San Pedro de Logroño (HUSP). Tipo de intervención: Implementación en la habitación de ingreso del programa estructurado individual al paciente y/o a sus cuidadores principales. Perfil de participantes: Pacientes ingresados en el hospital por cualquier patología que presentan hiperglucemia no conocida previamente con diagnóstico en ingreso de debut de DM2. Estrategia de captación: Interconsultas realizadas por el médico responsable del ingreso a Endocrinología, con comunicación directa entre el médico endocrino y enfermería especializada en ET. Cronograma de las sesiones educativas para el paciente: Tres sesiones terapéuticas en tres días laborables consecutivos. Para la implantación del programa piloto se organizan sesiones apoyadas en un tríptico informativo con el personal de enfermería de las plantas de hospitalización del HUSP para poner en conocimiento su puesta en marcha.

Resultados: Centrados en el paciente: parámetros clínicos, de calidad de vida y adherencia terapéutica. Centrados en la implementación del programa propuesto: cumplimiento, implicación o rechazo del programa por parte del paciente/cuidadores.

Conclusiones: La necesidad de insulinización al alta hospitalaria es una situación común que requiere de un programa específico y estructurado de ET activo durante el ingreso. Su detección precoz

y anticipación permite optimizar las habilidades y conocimientos precisos de ET al alta y en período posingreso, contemplando la necesaria continuidad asistencial coordinada con los equipos de atención primaria mediante consulta externa ambulatoria precoz. La inexistencia, insuficiencia o inadecuación de programas de ET puede conllevar consecuencias graves a corto y medio plazo, no asegurando una transición segura y eficaz. La evaluación de los resultados de implementación de este programa permitirá hacer las modificaciones oportunas para mejorar la atención a nuestros pacientes.

P-162. INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES EN LA GESTIÓN DE LA DIABETES

Soraya Carpintero Lozano y Pilar García Mondéjar

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La diabetes es una enfermedad que demanda un elevado grado de autocuidado por parte de la persona afectada o, en su defecto, de quienes asumen su cuidado, especialmente en el caso de menores o personas dependientes. En los últimos años, las redes sociales (RRSS) se han consolidado como espacios de intercambio de información, apoyo emocional y aprendizaje sobre salud. El objetivo principal de este estudio es analizar cómo influyen las RRSS en la gestión de la diabetes de las personas que conviven con ella.

Material y métodos: Para ello, hemos realizado un estudio descriptivo-analítico y transversal basado en una encuesta estructurada y autoadministrada con preguntas abiertas y cerradas. La población objetivo incluyó a personas mayores de edad que tengan alguna red social y con diagnóstico de diabetes o que sean cuidadoras responsables de la gestión de dicha enfermedad. La encuesta se difundió a través de plataformas de RRSS, comunidades digitales y por remisión entre contactos.

Resultados: Se analizaron las respuestas de 150 participantes donde la mayoría presentaban diabetes tipo 1 (57,6%) o eran personas cuidadoras responsables de la gestión de la enfermedad (29,8%). El 43% de estas personas, refería no realizar seguimiento regular con su educadora diabetológica, ya sea por la ausencia de esta figura en su centro sanitario o por considerar que no la necesitaban. Sin embargo, el 85,1% de las personas que usaban RRSS, seguían cuentas relacionadas con la diabetes, principalmente con fines educativos. El 14,8% de las personas confiaban más en la información obtenida por otros usuarios, que en la de los propios profesionales de la salud. Las áreas donde las RRSS representaban más influencia en los participantes fueron las relacionadas con los hábitos alimentarios y el uso de tecnologías, haciendo que más del 40% de estas personas confesaban consultar más a menudo a los profesionales de la salud debido a algo visto en RRSS. La principal motivación reportada para participar en comunidades digitales y seguir a cuentas relacionadas con la diabetes fue el apoyo emocional y el intercambio de experiencias. Aun así, el 8,8% de los usuarios refirió haber experimentado ansiedad y miedo como principales efectos negativos, en alguna ocasión.

Conclusiones: Las RRSS representan una potencial herramienta para mejorar los resultados en salud de las personas con diabetes. Sin embargo, la calidad y fiabilidad de los contenidos compartidos varía considerablemente, lo que puede influir tanto de forma positiva como negativa en la toma de decisiones sobre tratamiento y autocuidado. Ante la imposibilidad práctica de restringir o eliminar las fuentes poco fiables, es recomendable que los profesionales sanitarios aconsejen cuentas y comunidades digitales seguras y contrastadas. De este modo, las RRSS pueden transformarse de un posible riesgo a un aliado valioso en la educación terapéutica y el empoderamiento del paciente con diabetes.

P-163. ¿AL SERVICIO DEL PACIENTE O DEL DATO? TECNOLOGÍA Y VISITA ENFERMERA EN DIABETES DESDE UNA MIRADA CENTRADA EN LA PERSONA

Montserrat Ramos Fortes^a, María José Martínez Roldán^a, Mari Carmen Martínez Melgar^a, Ana Chico Ballesteros^{a,c,d}, Lilian Mendoza Mathison^{a,c,d} y Natalia Mangas Fernández^{a,b}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bInstitut de Recerca Sant Pau, Barcelona, España. ^cCIBER-BBN. Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ^dDepartamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, España.

Introducción y objetivos: La introducción de la monitorización continua de glucosa (MCG) y los sistemas híbridos de asa cerrada ha transformado de forma notable la atención a las personas con diabetes y, especialmente, la práctica educativa enfermera. Estas tecnologías proporcionan datos constantes que facilitan decisiones más precisas y permiten una mayor personalización del tratamiento. Al mismo tiempo, los estándares internacionales de educación para el autocontrol promueven una atención centrada en la persona, basada en la colaboración, la escucha activa y la definición conjunta de objetivos. Sin embargo, la creciente presencia de métricas y pantallas en la consulta plantea riesgos: que la visita se oriente principalmente a la revisión de datos y que aspectos biográficos, emocionales y contextuales del paciente pierdan protagonismo.

Material y métodos: Se realizó una revisión narrativa de literatura reciente consultando Scite, PubMed y CINAHL. Se incluyeron revisiones, guías, estudios sobre MCG y evolución tecnológica, programas estructurados de educación, recomendaciones de uso de dispositivos y análisis de barreras, brechas digitales y experiencias educativas innovadoras. El análisis se ordenó en tres ejes: los cambios en la estructura de la visita, los beneficios de un enfoque centrado en el paciente y las tensiones que aparecen cuando la información tecnológica gana protagonismo.

Resultados: La literatura identifica una clara transición desde visitas basadas en glucemias capilares y consejos generales hacia consultas organizadas en torno a informes de MCG y registros digitales. Habitualmente, la visita empieza con la revisión conjunta de gráficos e indicadores, a partir de los cuales se detectan patrones y se priorizan temas educativos. Los modelos actuales suelen reservar tiempo para explicar funcionalidades del dispositivo, resolver barreras de uso, entrenar habilidades técnicas e interpretar métricas. Los programas educativos dirigidos por enfermería que integran tecnología y metodologías activas han demostrado mejorar conocimientos, autocuidados y parámetros glucémicos. Entre los beneficios destacan la personalización del aprendizaje a partir de datos propios, la toma de decisiones compartida y una mayor implicación de pa-

cientes y familias. No obstante, la literatura también advierte de varios riesgos: tecnocentrismo, sobrecarga cognitiva y emocional por exceso de información, desigualdades asociadas a la alfabetización digital y a los recursos disponibles, y la necesidad de fortalecer la formación de las enfermeras no solo en aspectos técnicos, sino también en competencias relacionales, éticas y comunicativas.

Conclusiones: La tecnología está redefiniendo la visita educativa enfermera, que pasa de un modelo informativo a un espacio de interpretación conjunta de datos. Bien integrada, potencia la personalización y el empoderamiento; mal orientada, puede desplazar el foco desde la persona hacia el dato. Es necesario revisar la estructura de la visita y las competencias profesionales para asegurar que la tecnología esté verdaderamente al servicio del paciente.

P-164. ESTUDIO PILOTO DEL DISTRÉS EMOCIONAL EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

María R. Delgado Sandoval, Ruth Gaspar Lafuente, Lucrecia Ana Blasco Baselga, Esther Vidal Arrojo, Montse Arévalo Gómez, Beatriz Barquiel Alcalá y Noemí González Pérez de Villar

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción y objetivos: El distrés emocional es la angustia por la diabetes causado por el control diario de la misma. El distrés se refiere a las preocupaciones, inquietudes y temores de las personas con diabetes que luchan por controlar su enfermedad crónica y progresiva a lo largo del tiempo. La angustia por la diabetes es un tipo único de estrés que parece afectar la capacidad de gestionar eficazmente la diabetes y es distinta de la depresión y otros trastornos psicológicos. Es importante detectarla a tiempo para que puedan realizarse intervenciones apropiadas y específicas centradas en el paciente. El propósito del estudio es comparar el distrés en personas con administración automatizada de insulina (AID) o múltiples dosis de insulina (MDI).

Material y métodos: Estudio descriptivo, en adultos con diabetes tipo 1, con AID o MDI. Se aplicó el cuestionario validado en español T1DDAS básico, entregado un día de consulta a pacientes consecutivos. Este cuestionario tiene 8 ítems, con una puntuación de 1 a 5. Puntuación del 2 al 5 indica problema moderado a muy grave. Datos analizados con el paquete estadístico STATA versión 1.0.

Resultados: En la muestra global (N = 13), la distribución por sexo evidenció un predominio femenino, con 10 mujeres (76,9%) frente a 3 hombres (23,1%). En relación con el nivel educativo, 1 participante (7,7%) presentó estudios primarios, 4 (30,8%) estudios secundarios y 8 (61,5%) estudios superiores. Respecto al tipo de tratamiento, se observó que 7 participantes (53,8%) utilizaban AID, mientras que 6

Tabla P-164

Distrés según tratamiento

	AID	MDI	p
No problema	1,00 (0,00, 3,00)	0,00 (0,00, 0,00)	0,0444*
Problema pequeño	4,00 (2,00, 6,00)	0,00 (0,00, 4,50)	0,4483
Problema moderado	12,56 ± 7,88	4,50 ± 4,14	0,0365*
Problema grave	0,00 (0,00, 0,00)	14,00 (6,00, 19,00)	0,0032*
Problema muy grave	0,00 (0,00, 0,00)	15,00 (3,75, 15,00)	0,0175*
Puntuación total	2,50 (2,06, 2,75)	4,19 (3,28, 4,30)	0,0149*
Edad	50,00 ± 15,00	45,00 ± 11,42	0,5100
Tiempo diabetes	31,00 (29,00, 33,50)	7,00 (4,00, 19,00)	0,0738

(46,2%) seguían con MDI. El nivel educativo en pacientes con AID era superior a pacientes con MDI. Las personas con MDI tuvieron significativamente mayor puntuación en los niveles de distrés moderado, grave y muy grave, así como en puntuación total versus AID

Conclusiones: Según el cuestionario T1DDAS básico, aplicado en este estudio, el usuario de MDI tiene más distrés por la gestión de su diabetes que el que esta con AID, Esta diferencia es especialmente relevante en el ítem de problema grave. La limitación de este estudio piloto es el tamaño muestral. Sería recomendable ampliar la muestra para una mayor validez. También, se debería aplicar el cuestionario T1DDAS SOURCES, para intentar averiguar las fuentes de angustias que genera al paciente.

P-165. RETOS EN LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES EN EL DEBUT DE UNA LACTANTE TRATADA CON SISTEMA HÍBRIDO AVANZADO EN UN CONTEXTO DE BARRERA IDIOMÁTICA

M. Pilar Real de la Cruz^a, María García Carrillo^a, Juan Carlos Pérez Castillo^b y María del Mar Artero Delgado^c

^aConsulta Diabetes Pediatría, Hospital Materno-infantil Princesa Leonor/Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España.

^bZona Básica Salud Benamaurel, Benamaurel, España. ^cAGS Nordeste de Granada, Baza, España.

Objetivos: Describir los retos y estrategias en la educación terapéutica en diabetes (ETD) en una lactante con debut de diabetes mellitus tipo 1, perteneciente a una familia musulmana con barrera idiomática, tratada desde el inicio con un sistema integrado de infusión continua de insulina (MiniMed 780G[®]). Analizar el papel de la adaptación educativa, cultural y lingüística para garantizar la seguridad, comprensión y adherencia al tratamiento.

Material y métodos: Se presenta caso clínico descriptivo. Lactante de 7 meses diagnosticada de diabetes mellitus tipo 1, en el que se decidió iniciar tratamiento con insulina subcutánea mediante sistema MiniMed 780G[®] y sensor Guardian™ G4 desde el debut. La ETD se realizó de manera intensiva y progresiva, dirigida tanto a la familia como a los profesionales sanitarios implicados. Se llevó a cabo formación específica al personal de enfermería de la UCI pediátrica y del área de hospitalización sobre el funcionamiento del sistema, gestión de alarmas, cambios de material y actuación ante hipoglucemias e hiperglucemias. La educación a los padres se adaptó a la barrera idiomática mediante el uso de traductores presenciales, aplicaciones móviles de traducción y elaboración de material educativo específico en lengua árabe. Se abordaron contenidos fundamentales: manejo del sistema, administración de insulina, recuento de hidratos de carbono adaptado a la alimentación del lactante, identificación y tratamiento de complicaciones agudas y resolución de incidencias.

Resultados: El sistema se inició en modo manual con dosis mínimas de insulina, realizándose ajustes diarios de basales y ratios insulina/hidratos de carbono según evolución clínica. Permaneció ingresada 3 semanas, 2 de ellas en unidad de hospitalización donde se realizó la educación terapéutica en diabetes a la familia. Al alta con sistema en modo manual, se administraba bolo corrector antes de la ingesta si lo precisaba y justo tras comer y valorar los gr de HC ingeridos se administraba el bolo de la comida. A los 10 meses del inicio del tratamiento se realizó el cambio a modo automático. La familia adquirió progresivamente las competencias necesarias para el manejo seguro del sistema, mostrando una buena adherencia al tratamiento. La adaptación cultural y lingüística facilitó la comprensión de conceptos complejos y redujo la ansiedad familiar. El personal de enfermería mejoró su capacitación y seguridad en el uso de tecnologías avanzadas en diabetes. No se registraron complicaciones graves relacionadas con el uso del sistema durante el seguimiento.

Conclusiones: La ETD adaptada cultural y lingüísticamente es fundamental para el éxito del tratamiento con sistemas híbridos avanzados en lactantes. La formación del equipo sanitario, el uso de herramientas de traducción y la elaboración de material educativo específico permiten superar barreras comunicativas y garantizan un manejo seguro y eficaz de la tecnología en diabetes desde el debut y a edades muy tempranas.

P-166. APRENDE: ATENCIÓN PRIMARIA EN RED PARA LA EDUCACIÓN EN DIABETES Y ESTILO DE VIDA

Paula Merino Güell, Cristina Fernández Vaz, Pilar Pasión Polo, Carlota Martín Ventoso, San Cusac Romero, Adrià Faló Arias y Anna Parellada Roura

^aCAP Vila Olímpica, Barcelona, España. ^bCAP Larrard, Barcelona, España.

Introducción y objetivos: La prediabetes es un estadio previo a la diabetes mellitus 2 que supone una ventana de acción en estrategias preventivas, especialmente en intervenciones basadas en la modificación de estilo de vida. APRENDE evalúa la efectividad de un programa de educación para la salud grupal y multidisciplinar en pacientes prediabéticos de Atención Primaria, del CAP Larrard y CAP Vila Olímpica.

Objetivos: Objetivo general: evaluar un programa educativo comunitario multidisciplinar en pacientes prediabéticos de Atención Primaria, durante el periodo de un mes, analizando el impacto de los cambios en estilo de vida y biológicos para prevenir el desarrollo a diabetes mellitus 2. Objetivos específicos: determinar variaciones antropométricas y bioquímicas previas y posteriores a la intervención. Determinar el impacto de la intervención sobre calidad de vida y salud (EQoL), adherencia a dieta mediterránea (PRE-DIMED) y actividad física (IPAQ). Comparar resultados obtenidos en ambos centros para identificar diferencias en la efectividad de la intervención.

Material y métodos: Estudio piloto multicéntrico con diseño cuasiexperimental pretest-postest. Intervención comunitaria en pacientes prediabéticos mediante cuatro sesiones semanales grupales, durante un mes. Su impacto se analizará mediante variables cuantitativas y cualitativas propuestas de la Asociación Americana de Diabetes.

Criterios inclusión	Criterios exclusión
HbA _{1c} > 5,7 en los últimos 3 meses o glucemia basal > 100 mg/dl	Edad < 35 o > 75 años
No estar en tratamiento con antidiabéticos ni insulina	Barreras idiomáticas
Edad 35-75 años	Participación en otros talleres educativos
No tener diagnóstico de diabetes	Déficit cognitivo o psiquiátrico grave
Hábitos de estilo de vida inadecuados (sedentarismo y/o dieta no saludable)	Tratamiento con corticoides o inmunosupresores
Fase contemplativa a modificación de estilo de vida	Ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses

Resultados: El programa APRENDE se encuentra actualmente en ejecución. Se ha completado el reclutamiento (8 participantes en Vila Olímpica y 12 en Larrard). El análisis inicial de la muestra con-

firma el perfil de riesgo presentando en Vila Olímpica y Larrard: un promedio de HbA_{1c} de 6,3% y 5,88 y un IMC de 30,53 y 32,67 respectivamente. Las sesiones grupales están finalizando y la recogida de datos post - intervención y análisis está prevista para el próximo mes en ambos centros.

Conclusiones: La implementación del programa APRENDE establece un modelo de intervención multidisciplinar en Atención Primaria. Se anticipa que este estudio piloto demostrará una mejora significativa en el control metabólico (HbA_{1c} e IMC) y en la adopción de hábitos saludables en la población prediabética.

P-167. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIABETES TIPO 1 TRAS LA TRANSICIÓN A SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE INFUSIÓN CONTINUA DE INSULINA DENTRO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO ESTRUCTURADO

Laura Francisco Merino, Sara Herrero Varas y Elisabet Burillo Sánchez

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

Introducción: Las innovaciones tecnológicas en el tratamiento de la diabetes tipo 1 (DM1), especialmente los sistemas automatizados de infusión continua de insulina, han demostrado mejoras en el control glucémico. Sin embargo, su impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en población pediátrica continúa siendo un aspecto a estudiar de manera sistemática.

Objetivos: Evaluar los cambios en la CVRS, mediante el cuestionario DISABKIDS® (versión corta), antes y después de un programa educativo estructurado dirigido al inicio de sistemas integrados de infusión continua de insulina en dos grupos de pacientes pediátricos con DM1: pacientes tratados previamente con múltiples dosis de insulina (MDI) o ISCI sin automatización, y pacientes que realizaron la transición a un sistema automatizado de infusión continua de insulina.

Material y métodos: Se diseñó un estudio observacional prospectivo en el contexto de un programa educativo integral para pacientes pediátricos con DM1. Se formaron dos grupos: PAETTI: pacientes en tratamiento previo con MDI o ISCI sin automatización. PAETTAC: pacientes que iniciaron tratamiento con ISCI automatizada. El cuestionario DISABKIDS® (12 ítems, puntuación 0-100; mayor puntuación = mayor CVRS) se administró al inicio y al finalizar el programa. Su cumplimentación se adaptó por edad: por los padres en < 8 años, conjunta paciente-progenitor entre 8-12 años y por el paciente en > 12 años. Se compararon las puntuaciones globales pre y post en pacientes y progenitores.

Resultados: PAETTI: Pacientes: PRE 60,89 → post 59,72 -Padres: pre 61,66 → post 64,58. En este grupo, los pacientes mostraron una ligera disminución en la percepción de CVRS, mientras que los padres observaron una mejora moderada. PAETTAC: Pacientes: pre 60,27 → post 66,40 -Padres: pre 52,09 → post 83,30. En el grupo que inició sistemas automatizados, tanto pacientes como padres mostraron una mejora clara, siendo especialmente notable el incremento observado por los progenitores.

Conclusiones: La transición a un sistema automatizado de infusión continua de insulina se asocia con una mejor percepción de CVRS, especialmente en el grupo PAETTAC. El uso del cuestionario DISABKIDS® dentro de programas educativos estructurados resulta útil para evaluar de manera integral el impacto de estas tecnologías en población pediátrica. Los padres perciben mejoras más pronunciadas que los propios pacientes, lo que sugiere cambios funcionales y emocionales observables en el día a día familiar. En conjunto, los resultados apoyan la utilidad clínica y el impacto positivo de los sistemas automatizados en el bienestar de niños y adolescentes con DM1.

P-168. TRAYECTORIAS LABORALES DE MADRES Y PADRES TRAS EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 1 EN SUS HIJOS/AS Y SU RELACIÓN CON EL DISTRÉS POR LA DIABETES

Marina Beléndez Vázquez^a, Francisco Javier Hurtado Núñez^b e Iñaki Lorente Armendáriz^c

^aUniversidad de Alicante, San Vicente del Raspeig, España.

^bPsicólogo clínico, Sevilla, España. ^cPsicólogo clínico, Pamplona, España.

Introducción y objetivos: Investigaciones previas han mostrado que el diagnóstico de diabetes tipo 1 en niños pequeños conlleva consecuencias negativas en la situación laboral de sus madres (Dehn-Hindenberg et al., 2021). Sin embargo, se ha prestado escasa atención a cómo las trayectorias laborales posteriores al diagnóstico difieren según el género. Los objetivos de este trabajo fueron examinar las diferencias en las trayectorias laborales tras el diagnóstico entre madres y padres de niños con diabetes tipo 1 y analizar su relación con la carga emocional asociada al manejo diario de la diabetes de sus hijos: el distrés por la diabetes (DD).

Material y métodos: Participaron 369 progenitores de niños y adolescentes con diabetes tipo 1 (84% madres), reclutados a través de asociaciones de diabetes y grupos de Facebook. A partir de los cambios laborales tras el diagnóstico (sin cambios, reducción de jornada o dejar de trabajar) y de la situación laboral actual, se identificaron cuatro trayectorias laborales: continuidad laboral sin impacto del diagnóstico, impacto laboral inicial con posterior retorno al empleo, no empleo actual tras impacto laboral relacionado con el diagnóstico y no empleo actual no relacionado con el diagnóstico. El DD se evaluó mediante la escala de Distrés por Diabetes para padres (DDS-P; Beléndez y Fisher, 2025). Con el fin de controlar su posible influencia en el DD, se midieron la resiliencia y el apoyo social percibido en el cuidado de la diabetes del hijo.

Resultados: Las trayectorias laborales difirieron significativamente según el género, con un mayor número de padres en la trayectoria de continuidad laboral (82% de padres frente al 39% de madres; $p < 0,001$) y más madres en las trayectorias con impacto laboral tras el diagnóstico, especialmente en la de no empleo actual tras impacto relacionado con el diagnóstico (17,2% madres frente al 6,7% de padres). Tras controlar por apoyo social, resiliencia, sexo del progenitor y edad del hijo, las trayectorias laborales se asociaron significativamente con el distrés por la diabetes ($\Delta R^2 = 0,035$; $p < 0,001$). En comparación con la continuidad laboral, las trayectorias laborales que incluyeron un impacto relacionado con el diagnóstico se asociaron con mayor distrés por la diabetes, especialmente cuando los progenitores no trabajaban en la actualidad ($\beta = 0,18$; $p < 0,001$).

Conclusiones: Las trayectorias laborales tras el diagnóstico de diabetes tipo 1 en un hijo difieren entre madres y padres y se asocian de manera diferencial con el distrés por diabetes. El impacto laboral relacionado con el diagnóstico identifica un perfil especialmente vulnerable, mayoritariamente compuesto por madres. La trayectoria laboral de los progenitores debería abordarse en la atención psicosocial a las familias.

P-169. DESARROLLO DE UN JUEGO EDUCATIVO PARA DESMONTAR MITOS SOBRE DIABETES TIPO 1 EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

María García Carrillo, María Pilar Real de la Cruz y María del Mar Martínez Aparicio

Hospital Materno Infantil Princesa Leonor, Almería, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en la edad pediátrica continúa asociándose a mitos y creencias erróneas

que pueden interferir en el autocuidado, la adherencia terapéutica y la integración social. La educación terapéutica requiere metodologías activas y adaptadas al desarrollo evolutivo que favorezcan el aprendizaje significativo y la implicación familiar. El objetivo de este trabajo es describir el diseño y la aplicación de un juego educativo basado en mitos y realidades sobre la DM1 como herramienta de educación terapéutica pediátrica, orientado a corregir falsas creencias, reforzar conocimientos clave del manejo diario, promover la autonomía progresiva y mejorar la comunicación familiar.

Material y métodos: Se diseñó e implementó un juego educativo presencial integrado en un entorno festivo para celebrar el Día Internacional de la Diabetes, dirigido a niños, adolescentes y sus familias. La actividad tiene una duración flexible de 20 a 40 minutos según la edad y el número de participantes. Los materiales utilizados incluyen tarjetas impresas con afirmaciones sobre la DM1, dos carteles identificados como “Mito” y “Verdad” y una pizarra o cartulina para reforzar mensajes clave. El juego se adapta a tres grupos de edad (6-9 años, 10-13 años y 14-16 años), modificando el formato y la dinámica (tabla). En todos los casos, un educador en diabetes modera la actividad, valida las respuestas y refuerza los contenidos mediante ejemplos cotidianos y preguntas abiertas orientadas al autocuidado y la toma de decisiones.

Resultados: La aplicación del juego se asoció a una elevada participación activa de los niños y adolescentes y a una implicación significativa de las familias. Se observó una mejora en la identificación de mitos frecuentes relacionados con la DM1 y una mayor comprensión de aspectos esenciales del manejo diario, como el tratamiento con insulina, la alimentación, la actividad física y la prevención de hipoglucemias. El formato lúdico facilitó la expresión de dudas y experiencias personales, favoreciendo el diálogo familiar y la percepción de competencia en el autocuidado, especialmente en los grupos de mayor edad.

Modalidades del juego según grupo etario

Edad	Formato	Dinámica
6-9 años	Grupo familiar	Elección visual “Mito/Verdad”
10-13 años	Equipos	Discusión grupal y puntos
14-16 años	Debate o concurso	Respuestas y casos reales

Conclusiones: El juego educativo “Mitos y Verdades sobre la Diabetes Tipo 1” es una herramienta innovadora, flexible y fácilmente integrable en programas de educación terapéutica pediátrica. Su enfoque participativo contribuye a desmontar falsas creencias, reforzar conocimientos clave y promover la autonomía progresiva del paciente pediátrico, además de mejorar la comunicación familiar. Se trata de un recurso reproducible y potencialmente útil en distintos contextos asistenciales dedicados a la educación en diabetes infantil y juvenil.

P-170. CUIDAR AL QUE CUIDA: MINDFULNESS COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PROFESIONALES SANITARIOS

Manuel Martín, Julia Ángela Frigal Camuñas, Miguel Ángel Díaz Albares, Patricia Carrasco Gutiérrez, Ana Belen García-Moreno Sánchez y María Jesús Sanz Sobrado

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Los profesionales sanitarios desarrollan su labor en contextos caracterizados por una elevada carga emocional, alta responsabilidad clínica y una exposición continuada a situaciones

de presión asistencial. Estas condiciones favorecen la aparición de estrés crónico, desgaste profesional y malestar psicológico, con impacto tanto en la salud del profesional como en la calidad asistencial. En este contexto, las intervenciones basadas en *mindfulness* han adquirido un creciente reconocimiento como herramientas eficaces para la promoción del bienestar, al facilitar una relación más consciente con la experiencia presente y contribuir a la reducción del estrés. El objetivo principal del programa fue fortalecer las competencias personales de los profesionales sanitarios mediante el entrenamiento sistemático en *mindfulness*, favoreciendo el reconocimiento de los patrones habituales de respuesta ante el estrés y el desarrollo de estrategias de afrontamiento más adaptativas.

Material y métodos: Se desarrolló un programa estructurado de *mindfulness* dirigido a profesionales sanitarios, llevado a cabo en 11 ediciones consecutivas entre los años 2020 y 2025. Cada edición se realizó en formato *online*, con una duración de 8 semanas y un total de 14 sesiones de 90 minutos. La participación media fue de aproximadamente 25 profesionales por edición, de los cuales alrededor de 18 completaron el programa. Las sesiones se impartieron a través de la plataforma Zoom y se complementaron con material progresivo de apoyo (audios, ejercicios y documentos) distribuido mediante un canal específico de comunicación en WhatsApp. Los contenidos se centraron en el entrenamiento de la atención plena, la conciencia corporal, la gestión emocional, la autocompasión y la aplicación práctica del *mindfulness* en el entorno laboral sanitario. La evaluación se realizó mediante el cuestionario Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), administrado en formato digital (Google Forms) en las fases pretest y postest.

Resultados: El análisis comparativo pretest-postest del cuestionario MAAS mostró mejoras significativas en 13 de las 15 dimensiones evaluadas, indicando un incremento global de los niveles de atención plena tras la intervención. Dado que puntuaciones más altas en el MAAS se asocian a una mayor conciencia del momento presente, estos resultados sugieren una reducción del estrés percibido y del malestar psicológico. Los resultados cualitativos reflejaron un alto grado de satisfacción con el programa. Los participantes destacaron mejoras en la gestión emocional, la comunicación interpersonal, la escucha corporal y la transferencia de las prácticas aprendidas a su actividad asistencial diaria. La mayoría manifestó que recomendaría la formación a otros compañeros.

Conclusiones: Los resultados respaldan la utilidad de integrar programas estructurados de *mindfulness* dentro de las estrategias de promoción de la salud laboral en el ámbito hospitalario. Estas intervenciones contribuyen al fortalecimiento del bienestar psicológico, la estabilidad emocional y la capacidad de afrontamiento de los profesionales sanitarios. La continuidad del programa y la elevada demanda observada justifican su consolidación como recurso formativo estable.

P-171. EDUCACIÓN NUTRICIONAL ESTRUCTURADA EN LA DIABETES TIPO 1: CONOCIMIENTOS, SATISFACCIÓN Y CONTROL GLUCÉMICO

Miriam Rodríguez Guillén^a, Garlene Zamora Zamorano^b, Magnolia Hernández Santana^a, Esther Gloria Cabrera Medina^a y Anna María Claudia Wägner^{a,b}

^aComplejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España. ^bInstituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Introducción: Tras realizar una intervención educativa nutricional en nuestro centro y valorar los conocimientos y el grado de satisfacción de los usuarios, nos planteamos medir el impacto que esta tendría en el control glucémico de los participantes.

Objetivos: Evaluar la repercusión de un programa formativo nutricional en personas con diabetes tipo 1 sobre el control glucémico a los 6 meses de la intervención.

Material y métodos: Se implementó un programa formativo grupal en alimentación para personas con diabetes tipo 1, centrado en la cuantificación de hidratos de carbono, desarrollado por una dietista-nutricionista y 3 enfermeras educadoras. Se mantuvo el mismo formato de talleres básicos que se realizaban en el centro. Se realizaron cuestionarios inicial y final de conocimientos en alimentación (puntuación máxima de 6 puntos) y un cuestionario de satisfacción en la sesión final (máximo de 30 puntos). Se programó una visita de seguimiento (individual o por parejas) a los 15 días de finalizar el programa, con tareas específicas de recolección de información (glucemias preprandiales y postprandiales a las 2 horas, gramos de alimentos, raciones contabilizadas, así como las dosis de insulina administradas). Con esta información se procedió al cálculo de ratios, e índice de sensibilidad. Para ayudar a los participantes en el cálculo de los bolos de comida y de corrección, se utilizó la *app* Social Diabetes®. Se recopilaban datos de glucosa a través de la plataforma propia del sensor que portaba cada participante (los primeros 14 días del mes 3 y 6 -y se hará también en el mes 9- tras finalizar los talleres) y los datos de HbA_{1c}, de la historia clínica. Se recogieron tiempo en rango objetivo (70-180 mg/dl) [TIR], tiempo por encima [TAR], tiempo por debajo [TBR] e índice de gestión glucémico [GMI] y se compararon con la situación basal (t de Student para datos apareados).

Resultados: Desde abril a noviembre de 2025 se realizaron 5 talleres básicos (de 4 sesiones c/u) en los que participaron 40 personas (72,5% mujeres, 100% tratados con múltiples dosis de insulina), con un promedio de asistencia de $3,5 \pm 0,8$ sesiones. Las puntuaciones de los cuestionarios de conocimientos fueron de $3,0 \pm 1,0$ y $5,0 \pm 0,6$ respectivamente. El cuestionario de satisfacción reflejó una alta valoración por parte de los participantes, ($29,2 \pm 1,5$ puntos). La tabla muestra un resumen de los datos de control glucémico disponibles hasta el momento (cambios no significativos).

Conclusiones: Aunque los participantes en los talleres educativos nutricionales muestran adquisición de conocimientos y un alto grado de satisfacción, de momento no se evidencia un impacto sobre el control glucémico.

P-172. DULCE RATITO

Iván Segura Quintana, Ana María Quintana Afonso y Acoraída García López

Centro de Salud El Doctoral, Vecindario, España.

Introducción: La diabetes mellitus constituye uno de los principales problemas de salud crónicos en la población mayor, con un impacto significativo sobre la calidad de vida, la autonomía y el riesgo de complicaciones. La Educación Terapéutica en Diabetes es una herramienta clave para mejorar el autocuidado y el control de la enfermedad, especialmente cuando se desarrolla desde un enfoque comunitario y cercano. El proyecto surge como una intervención educativa dirigida a personas mayores de 65 años, desarrollada en colaboración con colectivos de mayores del Ayuntamiento y asociaciones vecinales del municipio.

Objetivos: Objetivo general: mejorar los conocimientos y habilidades de autocuidado relacionados con la diabetes en personas mayores de 65 años mediante un programa comunitario de Educación Terapéutica en Diabetes. Objetivos específicos: incrementar el conocimiento sobre la diabetes y sus diferentes tipos. Promover hábitos de alimentación saludable adaptados a la población mayor. Fomentar el autocontrol glucémico y los cuidados generales de la persona con diabetes. Prevenir complicaciones mediante la educación en el cuidado del pie diabético.

Material y métodos: Se diseñó un proyecto comunitario estructurado en cuatro sesiones grupales presenciales, impartidas durante el año 2025. La población diana estuvo formada por personas mayores de 65 años pertenecientes a colectivos de mayores y asociaciones de vecinos del municipio. Se utilizaron materiales didácticos adaptados, lenguaje accesible y metodología participativa. Las sesiones fueron conducidas por enfermeras y abordaron los siguientes contenidos: conceptos básicos sobre diabetes y tipos de diabetes. Alimentación saludable y recomendaciones prácticas. Autocuidados, uso de monitores y glucómetros. Prevención y cuidados del pie diabético.

Resultados: El Proyecto permitió una alta participación y una buena aceptación por parte de los asistentes. Se observó un aumento del interés, la implicación activa en las sesiones y una mejor comprensión de los conceptos básicos relacionados con la diabetes y el autocuidado. Los participantes manifestaron mayor seguridad en el manejo de dispositivos de control glucémico y en la identificación de hábitos saludables y signos de alerta.

Conclusiones: Se presenta como una intervención comunitaria eficaz y factible para la Educación Terapéutica en Diabetes en población mayor. Este tipo de proyectos refuerza el autocuidado, la prevención de complicaciones y el empoderamiento de las personas mayores, contribuyendo a una atención más cercana, participativa y centrada en la comunidad.

P-173. ¿LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA DEBE SER CONTINUA Y CONSTANTE?

G. Román, J. Galán, S. Guillen, C. Casado, R. Ferreira, N. Aguirre y Francisco Arrieta Blanco

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, España.

Introducción: La educación diabetológica es uno de los pilares del tratamiento de la diabetes mellitus. La Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) han manifestado que la "Educación es un derecho que tiene todo paciente diabético" y debe formar parte del tratamiento en todos los sistemas de salud, tanto públicos como privados. Habiéndose señalado que la educación diabetológica es fundamental para poder evitar las complicaciones asociadas a esta enfermedad, para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y reducir el gasto sanitario.

Objetivos: Analizar las necesidades del paciente con DM tipo 2, que son remitidos de la atención primaria especializada, el conocimiento del paciente diabético, de su enfermedad.

Material y métodos: Estudiamos el cuestionario que se realiza a todos los pacientes con DM tipo 2 que son remitidos a los Talleres Educación de Diabetes tipo 2 en el Hospital Universitario Rey Juan

Tabla P-171

	Nº de registros	TIR	TAR	TBR	GMI	HbA _{1c}
0 meses	40	$56,9 \pm 14,6$	$38,1 \pm 15,8$	$4,9 \pm 4,3$	$7,3 \pm 0,7$	$7,8 \pm 1,0$
3 meses	22	$52,1 \pm 18,1$	$43,5 \pm 18,1$	$4,5 \pm 4,3$	$7,6 \pm 0,9$	$8,0 \pm 0,9$
6 meses	13	$51,5 \pm 15,8$	$44,6 \pm 16,3$	$3,8 \pm 3,3$	$7,5 \pm 0,6$	$7,1 \pm 1,2$

carolos de Madrid. Se analiza el tiempo de evolución de la diabetes, género y el cuestionario de conocimiento de diabetes 7 preguntas generales sobre la diabetes en todos los pacientes desde enero a diciembre del 2023 a 2025.

Resultados: El número de DM 2 que recibieron educación diabética fue de 167, por género hombres 107 y mujeres 59. Habían recibido educación previa el 44,5%, el 60,2% no tenían hipoglucemias, hiperglucemia lo refiere el 59%, los pacientes esperan mejor el control de la glucemia en un 81,9% mejorar la alimentación 73%, perder peso el 53,6% y mejorar la actividad física, 37,3%. El tiempo de evolución de diabetes fue del 22% menor de 1 año de evolución de la enfermedad, el 34,3% tenía 10 años de evolución, el 21,3% tienen 20 años, el 15,3% tenía 30 años, 6,8% 40 años de DM tipo 2 y 1,5% más de 40 años de evolución de DM.

Conclusiones: Es muy importante reforzar la educación de la diabetes a lo largo del tiempo, no solo realizarlo en la fase de la detección y atención temprana de la enfermedad. Debiendo ser continua y constante como se señala con la adherencia al tratamiento farmacológica,

P-174. EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA: EL PAPEL CLAVE DE LA ENFERMERA EN UN MODELO CENTRADO EN LA PERSONA

Sara Larraz Giganto^a, María Teresa Hernández Hernández^b y Nuria Esther Lario Marín^c

^aCS San Martín (OSI-Araba), Vitoria-Gasteiz, España.

^bCS Aranzakarra II (OSI-Araba), Vitoria-Gasteiz, España.

^cCS Zaramaga (OSI-Araba), Vitoria-Gasteiz, España.

Introducción: La diabetes tipo 2 representa uno de los principales retos de salud pública en atención primaria, donde la educación terapéutica constituye un pilar fundamental para el control de la enfermedad. En este contexto, la enfermera desempeña un papel clave en el seguimiento continuado y en la promoción del autocuidado, especialmente cuando la educación se adapta al nivel de alfabetización en salud y a las competencias digitales de las personas con diabetes.

Objetivos: Analizar la evidencia científica reciente sobre la educación terapéutica en personas con diabetes tipo 2 en atención primaria, destacando el papel de la enfermera en el seguimiento continuado, el autocuidado, la adherencia terapéutica y la integración de tecnologías digitales desde un enfoque centrado en la persona.

Material y métodos: Se realizó una revisión narrativa de la literatura publicada en los últimos 10 años mediante búsquedas en PubMed, Scielo y Dialnet, así como en guías de práctica clínica y documentos de consenso (ADA, SED). Se incluyeron revisiones sistemáticas, estudios observacionales y artículos de revisión relacionados con educación terapéutica en diabetes tipo 2, rol de la enfermera, alfabetización en salud y uso de tecnologías digitales. Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en el ámbito hospitalario o farmacológico.

Resultados: Los estudios revisados muestran que los programas de educación terapéutica liderados por enfermería en atención primaria se asocian con mejoras en el control glucémico, la adherencia al tratamiento y el autocuidado en personas con diabetes tipo 2. Los enfoques centrados en la persona, adaptados al nivel de alfabetización en salud y al contexto individual, favorecen una mayor comprensión de la enfermedad y participación activa del paciente. La incorporación de herramientas digitales, como plataformas educativas, aplicaciones móviles y monitorización continua de glucosa, refuerza la autogestión y el seguimiento. La enfermera actúa como mediadora entre el paciente y la tecnología, facilitando la interpretación de datos y la toma de decisiones informadas.

Resumen de beneficios

Área	Beneficios
Alfabetización en salud	Adaptación de la información según comprensión del paciente
Personalización	Educación centrada en la persona, necesidades, contexto y habilidades
Adherencia al tratamiento	Mejora de la toma de medicación, seguimiento de pautas dietéticas y ejercicio
Autocuidado-empoderamiento	Incremento de conocimientos sobre la enfermedad, toma de decisiones informada
Control glucémico	Reducción de HbA _{1c}
Calidad de vida/apoyo social	Mejora en bienestar psicológico, integración del entorno familiar-social
Competencias digitales	Capacitación en apps y MCG

Conclusiones: La enfermera en Atención Primaria desempeña un papel esencial en la educación terapéutica de la diabetes tipo 2. La educación estructurada, continua y centrada en la persona, adaptada al nivel de alfabetización en salud y a las competencias digitales, contribuye a mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida. Reforzar el liderazgo enfermero resulta clave para una atención integral y basada en la evidencia.

P-175. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL CAMBIO DE USO DE MONITOR CONTINUO DE GLUCOSA (MCG) CON ALARMAS BÁSICAS SIN CALIBRACIÓN A MCG CON ALARMAS CON MÁS PRESTACIONES CON UN PROGRAMA EDUCATIVO ESPECÍFICO CON FORMACIÓN EN USO E INTERPRETACIÓN DE ALERTAS Y CALIBRACIÓN

Neus García Albors, Inma Navarro García, Pilar Verdeguer Tarrega, Begoña Zaragoza Villena y Lucía Riera García

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España.

Introducción: La diabetes mellitus es una enfermedad que requiere un control continuo de la glucosa para prevenir complicaciones. La monitorización continua de glucosa (MCG) permite conocer los valores glucémicos en tiempo real. Sin embargo, la efectividad de la MCG depende de una educación terapéutica estructurada que capacite al paciente para interpretar los datos, configurar alertas y realizar calibraciones. La hipótesis del estudio es que las personas con DM tipo 1 y 2 en tratamiento basal-bolo que utilizan MCG con alarmas personalizables y opción de calibración, junto con un programa educativo estructurado, adquieren conocimientos que permiten optimizar el control glucémico y mejorar la adherencia al sensor.

Objetivos: Evaluar el impacto del uso de MCG con alertas configurables personalizadas dentro de un programa estructurado de educación terapéutica en diabetes sobre el control glucémico y la adherencia al sensor. Confirmar que dicho programa mejora el control glucémico, la calidad de vida, la adherencia a la MCG y la percepción de las hipoglucemias.

Material y métodos: Estudio multicéntrico observacional con seguimiento de tres meses. La muestra inicial está compuesta por pacientes que completaron los cuestionarios antes del cambio de dispositivo y a los tres meses de utilizar el nuevo sensor. El estudio continúa en curso y se prevé ampliar la muestra para obtener resultados más representativos, por lo que los resultados no son definitivos.

La población diana incluye personas usuarias de MCG y atendidas en consultas externas de endocrinología, que presentaban problemas relacionados con el uso del dispositivo previo, como hipoglucemias no percibidas, hiperglucemias mantenidas, pérdida de conectividad, discrepancias significativas entre glucosa capilar y MCG o desprendimiento frecuente del sensor. Se les realizó el cambio a un sistema de MCG con alarmas personalizables de hipoglucemia, hiperglucemia, pérdida de señal, repetición de alertas y posibilidad de calibración. En la visita inicial se llevó a cabo una intervención educativa específica y se registró el perfil ambulatorio de glucosa del sensor previo. Los pacientes completaron el cuestionario ViDa1 para evaluar calidad de vida y el test de Clarke para valorar la percepción de hipoglucemias. A los tres meses se analizaron nuevamente los datos.

Resultados: Se observaron mejoras significativas en la satisfacción y reducción de la preocupación por el futuro. (Escala 1-5, donde cambios mayores a 0,5 suelen ser relevantes). Hubo una mejora notable en la seguridad. El porcentaje de pacientes que reportaron al menos un episodio grave con pérdida de conocimiento en el último año bajó del 38,5% (Pre) al 23,1% (Post). (Estudio en curso).

Conclusiones: La integración de la MCG con alertas configurables realizada en el contexto de la formación dentro de un programa educativo se asoció con una reducción significativa de hipoglucemias, mejora la adherencia y la calidad de vida.

P-176. IMPACTO EMOCIONAL DEL MENOR Y SU FAMILIA TRAS EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO I

Sara Herrero Varas, Elisabet Burillo Sánchez y Laura Francisco Merino

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad crónica cuyo diagnóstico genera un impacto emocional significativo tanto en el menor como en su familia. Una educación diabetológica integral, que contemple los aspectos psicosociales desde el inicio, resulta clave para favorecer el afrontamiento adecuado y establecer un vínculo de confianza entre la familia y el equipo sanitario.

Objetivos: Identificar oportunidades de mejora en el abordaje inicial tras el diagnóstico de DM1 mediante el análisis de las percepciones y recuerdos expresados por los menores y sus familiares cercanos.

Material y métodos: Se diseñó una encuesta cualitativa con cinco preguntas abiertas para explorar las sensaciones iniciales, los recuerdos del ingreso hospitalario y la evolución emocional posterior. La encuesta se envió por vía WhatsApp a las familias de todos los menores de 15 años diagnosticados de DM1 en el Hospital Universitario de Navarra en los años 2023 y 2024. En menores de 8 años la encuesta fue respondida exclusivamente por los familiares; en mayores de 8 años, tanto el menor como sus cuidadores la cumplimentaron de forma independiente para valorar ambas perspectivas. Se recopilaron y analizaron las respuestas mediante categorización temática.

Resultados: Los sentimientos predominantes el día del diagnóstico fueron miedo, angustia e injusticia. Los recuerdos del ingreso mostraron gran variabilidad, condicionados por la unidad de hospitalización y el personal presente. La percepción sobre la enfermera educadora fue unánimemente positiva, destacándose su profesionalidad, cercanía y empatía. No se recogieron propuestas de mejora específicas respecto a la educación diabetológica inicial. En el momento actual, el afrontamiento es heterogéneo: algunas familias refieren buena adaptación e integración de la enfermedad, mientras que un número significativo continúa experimentando estrés, miedo, angustia y presión constante ante la toma de decisiones que afectan al menor. Se observa que el afrontamiento emocional no siempre evoluciona favorablemente con el tiempo.

Conclusiones: El diagnóstico de DM1 genera un impacto emocional intenso y persistente en muchas familias. La educación diabetológica

inicial es altamente valorada, especialmente el rol de la enfermera educadora. No obstante, persiste un porcentaje notable de familias con dificultades de afrontamiento, lo que subraya la necesidad de reforzar el apoyo psicosocial continuado más allá del debut.

P-177. EFECTIVIDAD, CONTROL METABÓLICO Y SATISFACCIÓN DEL USO DEL EQUIPO DE INFUSIÓN EXTENDED EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 1 EN TRATAMIENTO CON SISTEMA AUTOMÁTICO DE INSULINA

María de la O Nieto de la Marca^{a,b,c}, Sofía del Amo Simón^{a,b}, Ana Collantes Matallana^{a,b}, Marta Sánchez Ibáñez^{a,b,c}, Pablo Fernández Velasco^{a,b,c}, Emilia Gómez Hoyos^{a,b,c} y Gonzalo Díaz Soto^{a,b,c}

^aHospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

^bIBioVALL, Valladolid, España. ^cINENYA, Valladolid, España.

Objetivos: Analizar la efectividad, control metabólico y satisfacción del uso del equipo de infusión de larga duración (7 días) Extended™ en personas con DM1 en tratamiento con sistema AID Medtronic 780G.

	Inicial	6 meses	p
Glucosa media (mg/dl)	141,83 ± 10,63	145,53 ± 14,16	0,02
ICG (%)	6,59 ± 0,88	7,94 ± 8,91	0,15
CV (%)	30,41 ± 4,34	30,89 ± 4,84	0,21
TIR (%)	80,05 ± 7,06	77,72 ± 10,01	0,014
TBR 70 (%)	1,84 ± 1,45	1,41 ± 1,43	0,09
TBR 54 (%)	0,30 ± 0,63	0,34 ± 0,74	0,76
TAR 180 (%)	15,36 ± 6,24	17,00 ± 6,88	0,03
TAR 250 (%)	2,41 ± 2,11	3,53 ± 4,08	0,01
TiTR (%)	54,44 ± 10,34	51,57 ± 11,79	0,02
Dosis total insulina/día (UI)	44,98 ± 19,42	45,84 ± 22,80	0,17
Días uso catéter	3,64 ± 1,10	6,13 ± 2,31	0
Días uso reservorio	3,49 ± 0,98	5,23 ± 2,33	0
EVA (0-10)			
Dolor inserción	2,09 ± 1,54	1,18 ± 1,15	< 0,001
Dolor uso	1,23 ± 1,21	0,96 ± 1,06	0,249
Satisfacción	8,25 ± 1,86	8,97 ± 1,20	0,012
Calidad de vida (EsDQoL 43-215)			
Satisfacción	30,44 ± 12,19	27,88 ± 7,63	0,03
Impacto	33,28 ± 14,69	32,93 ± 9,56	0,88
Preocupación social	11,05 ± 3,87	11,07 ± 3,56	0,84
Preocupación diabetes	8,17 ± 2,80	8,00 ± 2,35	0,47
Total	80,75 ± 23,81	78,51 ± 16,29	0,37
Satisfacción tratamiento (DTSq)			
Total (6-36)	31,76 ± 3,59	30,49 ± 6,37	0,17
Satisfacción hiperglucemias	2,33 ± 1,49	2,04 ± 1,09	0,16
Satisfacción hipoglucemias	1,93 ± 1,24	2,36 ± 4,16	0,40

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional en todos los adultos con DM1 y experiencia previa de al menos 6 meses, en tratamiento con AID a los que se realizó cambio al equipo de infusión Extended™. La evaluación previa al cambio al equipo Extended™ se realizó mediante una sesión educativa grupal, complementada con visitas a los 3 y 6 meses tras el cambio. Se recogieron variables clínicas, sociodemográficas y glucométricas mediante la plataforma de descarga. Asimismo, se registraron las complicaciones con el equipo, la calidad de vida (EsDQoL), la satisfacción con el nuevo tratamiento (DTSQ-s y EVA) y el grado de dolor (EVA).

Resultados: Se evaluaron un total de 65 personas con DM1, 69,2% mujeres, con edad media de 39,8 (11,8) años y un IMC 27,4 (7,1) Kg/m², 25,0 (11,0) años desde el diagnóstico y 2,7 (1,6) años de experiencia con AID. En la tabla se observan los resultados comparativos previo y a los 6 meses tras el inicio del nuevo equipo de infusión. Al finalizar el estudio, el 92% de los participantes mantuvieron el equipo Extended™. El 8% (5 DM1) volvieron al Set inicial; 2 por fallo en el adhesivo, 1 por induración en la zona de inserción, 1 por hiperglucemias a partir del 2.º día y 1 por duración menor a 5 días.

Conclusiones: El uso del equipo es seguro y bien aceptado en personas con DM1 en AID, permitiendo una mayor duración del catéter y reservorio sin asociarse a eventos adversos graves y con alta tasa de continuidad. El uso de Extended™ se asoció a menor dolor en la inserción, mayor satisfacción general y mejora de la calidad de vida. Así mismo se observó un empeoramiento en las variables glucométricas.

P-178. EFECTIVIDAD DEL SISTEMA AUTOMÁTICO DE INSULINA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 1 MAYORES DE 65 AÑOS

Sofía del Amo Simón^{a,b}, María de la O Nieto de la Marca^{a,b,c}, Marta Sánchez Ibáñez^{a,b,c}, Ana Collantes Matallana^d, Beatriz Torres Torres^{a,b,c}, Daniel Antonio de Luis Román^{a,b,c} y Gonzalo Díaz Soto^{a,b,c}

^aHospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

^bIbiovall, Valladolid, España. ^cINENA, Valladolid, España. ^dHospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

Objetivos: El uso de sistemas automáticos de infusión de insulina (AID) ha demostrado mejoría en el control metabólico en personas con DM1. El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar la efectividad del AID en personas con DM1 mayores de 65 años.

Material y métodos: Estudio piloto observacional prospectivo en 4 personas mayores de 65 años que actualmente están en tratamiento con AID Medtronic, en un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables clínicas y antropométricas (sexo, edad, IMC, años de evolución en su diabetes, tiempo desde que se inició AID), HbA_{1c} y glucométricas de control extraídas desde la plataforma Carelink profesional. Además, se analizó la satisfacción con el AID mediante el cuestionario DTSQc (-18 a +18), el grado de fragilidad mediante el test de Frail (0-5) y el estado neurológico mediante el Moca (función cognitiva normal ≥ 26). En todos los pacientes que pasan de modo manual a automático se realiza una intervención educativa grupal (4-6 personas/grupo) con una duración de 90-120 min por sesión.

Resultados: Se incluyen en el estudio 4 mujeres, con edad media de 68,54 (2,6) años, IMC de 22,5 (0,1) Kg/m², con 27 años desde el debut de su DM1, y 3,8 (0,4) meses desde el inicio del AID, con HbA_{1c} previa de 8 (1,1)%. Al analizar la satisfacción con AID mediante el cuestionario DTSQc, se obtuvo una puntuación de 12,75 (3,75). El test de fragilidad fue de 0 en las 4 participantes. En el cuestionario MOCA se obtuvieron las siguientes puntuaciones: 26 en 2 personas, 25 y 21 puntos. Al comparar los resultados paramétricos iniciales frente a los posteriores tras inicio de AID a los 3 meses se objetivó una mejoría estadísticamente significativa en el TIR [63,25 (14,22) vs. 75,75 (7,97)]% $p = 0,05$, y TAR > 250 [9,75 (5,5) vs. 4,50 (3,42)]% $p < 0,05$.

También se observó una tendencia no significativa a la mejoría en el resto de paramétricas: TAR > 180 de [25,00 (7,62) vs. 19,25 (4,50)]%, TiTR [36,75 (10,56) vs. 47,00 (5,89)]%, CV [30,675 (8,25) vs. 26,6 (17,58)]%, glucosa media [166,50 (16,11) vs. 152,75 (5,80)] mg/dl e ICG [7,3 (0,36) vs. 6,97 (0,13)]%. La duración de la sesión de formación fue de 150 min en 3 de las pacientes y de 120 min en otra.

Conclusiones: Los AID mejoran el control metabólico en personas con DM1 > 65 años, con una evolución favorable en todos los parámetros clínicos evaluados. En nuestra cohorte, ninguna persona > 65 años en tratamiento con AID presenta fragilidad y todos manifiestan una moderada satisfacción con el tratamiento. Pero, aunque tienen un adecuado rendimiento cognitivo global, algunos pueden requerir apoyo adicional en el aprendizaje y manejo de la tecnología, precisando mayor tiempo en consulta de educación terapéutica en diabetes.

P-179. EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN LA DIABETES TIPO 1 EN ESTADIOS 1 Y 2: PROPUESTA DE PROGRAMA EDUCATIVO BASADO EN LA EVIDENCIA

Natalia Mangas Fernández^{a,b}, Carmen Martínez Melgar^a, Montserrat Ramos Fortes^a, María José Martínez Roldán^a, Álex Mesa^{a,b,c}, Lilian Mendoza Mathison^{a,b,d,e} y Ana Chico Ballesteros^{a,b,d,e}

^aHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bInstitut de Recerca Sant Pau, Barcelona, España. ^cCIBERDEM, Barcelona, España. ^dCIBER-BBN, Madrid, España. ^eDepartamento de Medicina, Universidad Autónoma, Cerdanyola del Vallés, España.

Introducción y objetivos: La clasificación de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en estadios 1 y 2 ha impulsado programas de cribado en población infantil y en adultos en riesgo, lo que permite identificar la enfermedad en fases presintomáticas. Los datos de estos programas muestran un debut clínico más leve y una menor incidencia de cetoacidosis diabética (CAD). Sin embargo, la educación terapéutica disponible sigue centrada casi exclusivamente en el momento del debut clínico, sin abordar las necesidades específicas en estadios 1 y 2, a pesar de la existencia de estándares y programas estructurados de educación en diabetes que han demostrado eficacia. El objetivo de este trabajo es sintetizar la evidencia sobre diagnóstico temprano y educación terapéutica en DM1 y proponer un programa educativo específico para los estadios 1 y 2.

Material y métodos: Se realizó una revisión narrativa de la literatura reciente sobre cribado y seguimiento de DM1 presintomática, guías de monitorización de individuos con autoanticuerpos positivos y programas estructurados de educación diabetológica y de educación para el autocontrol de la diabetes en población pediátrica y adulta. La información se organizó según tipo de intervención, población diana y resultados clínicos y educativos, y se utilizó para el diseño de un programa modular de educación terapéutica liderado por profesionales de educación en diabetes.

Resultados: Las guías de seguimiento de personas con autoanticuerpos positivos recomiendan circuitos estructurados de monitorización, comunicación del riesgo y apoyo continuado en unidades especializadas. Asimismo, se ha descrito el papel central de los especialistas en cuidados y educación en diabetes en la coordinación del cribado, la monitorización y la educación a lo largo del curso de la enfermedad. Los programas de educación estructurada (PET), alineados con los estándares internacionales y liderados por enfermería y especialistas en educación en diabetes, mejoran el autocuidado, la autoeficacia y el control metabólico en personas con DM1, tanto en jóvenes como en adultos. Con base a la escasa evidencia disponible se diseñó un PET modular, flexible y adaptado a la edad: 4-6 sesiones presenciales o mixtas en 6-8 meses, con seguimiento telemático estructurado entre visitas. El contenido se organiza en seis módulos: comprensión del estadio y del riesgo; monitorización y signos de alarma con plan de acción; estilo de vida y salud global; impacto emocio-

nal y afrontamiento; preparación para un posible estadio 3; e información sobre opciones terapéuticas modificadoras, si aplica.

Conclusiones: La integración de los programas de cribado temprano de DM1 con un PET para estadios 1 y 2, liderado por profesionales expertos en educación en diabetes, puede reducir la gravedad del debut clínico, mejorar la experiencia de pacientes y familias y favorecer una transición más segura hacia el manejo activo de la enfermedad.

P-180. NIVEL EDUCATIVO Y RIESGO DE HIPOGLUCEMIA GRAVE EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Aida Elhadri-Egea, Rosa Natalia García-Pérez, Víctor Siles-Guerrero, Juan Manuel Guardia-Baena y Martín López de la Torre-Casares

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción y objetivos: El manejo de la diabetes mellitus tipo 1 requiere una participación activa del paciente, incluyendo una correcta administración de insulina, monitorización glucémica y reconocimiento precoz de la hipoglucemia. El nivel educativo puede influir en la alfabetización en salud y en la capacidad de autocuidado. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre el nivel educativo y la frecuencia de episodios de hipoglucemia grave en pacientes con diabetes mellitus tipo 1.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en una cohorte de 66 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1. Se recogieron datos sobre el nivel máximo de estudios alcanzado y el antecedente de hipoglucemia grave, definida como aquella que requiere asistencia de terceros. Los pacientes se clasificaron según su nivel educativo, desde ausencia de estudios reglados hasta estudios superiores. Se comparó la frecuencia de hipoglucemia grave entre los distintos grupos mediante pruebas estadísticas no paramétricas. Asimismo, se evaluaron aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad, como la administración de insulina, la adherencia a la monitorización glucémica y el reconocimiento de síntomas de hipoglucemia.

Resultados: Los pacientes con menor nivel educativo presentaron una mayor frecuencia de episodios de hipoglucemia grave en comparación con aquellos con niveles educativos más altos. Aunque las diferencias no alcanzaron significación estadística ($p = 0,07$), se observó una tendencia consistente hacia un mayor riesgo en los grupos con menor formación académica. Además, estos pacientes mostraron con mayor frecuencia errores en la administración de insulina, menor adherencia a las recomendaciones de monitorización glucémica y un menor reconocimiento de los síntomas de hipoglucemia.

Conclusiones: El nivel educativo parece influir en el manejo de la diabetes mellitus tipo 1, pudiendo un menor nivel de estudios asociarse a un mayor riesgo de hipoglucemia grave. Estos resultados apoyan la necesidad de programas de educación terapéutica adaptados al nivel de alfabetización de los pacientes para mejorar el autocuidado y reducir eventos adversos.

P-181. IMPACTO DEL USO DE ROBÓTICA Y SIMULACIÓN GAMIFICADA EN EDUCACIÓN TERAPÉUTICA PARA NIÑOS Y NIÑAS CON DIABETES

Silvia Rodríguez Rodríguez^a, Belén Berrocal Casado^a, Juan Fernando Martín Sanjosé^b, José Luis Díez Ruano^{b,c}, Jorge Bondía Company^{b,c}, Núria Alonso Carril^a y Carmen Quirós López^a

^aHospital Mútua Terrassa, Barcelona, España. ^bInstituto Universitario de Automática e Informática Industrial, Universitat Politècnica de València, Valencia, España. ^cCIBERDEM, Valencia, España.

Introducción: La educación terapéutica en diabetes (ETD) en población infantojuvenil requiere ser interactiva y enfocada a la reso-

lución de problemas cotidianos. Además, las guías recomiendan con rotundidad el uso de metodologías digitales. Sin embargo, la ETD sigue estando más orientada a conocimientos que a habilidades, y en soportes tradicionales (ej. folletos). El uso de tecnología de simulación gamificada, con la que ensayar acciones con seguridad y diversión, representa una oportunidad de transformación de la ETD.

Objetivos: Comparar resultados clínicos, adquisición de conocimientos y habilidades entre los usuarios de talleres grupales pediátricos convencionales de ETD y los que utilizaron nuevas herramientas de simulación gamificada (videojuegos y robot humanoide).

Material y métodos: Se incluyeron todos/as los/as niños/as de 5 a 14 años con diabetes tipo 1 atendidos/as en el Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitari Mútua de Terrassa que quisieron participar en los talleres. Se agruparon por edades (5-7, 8-11, 12-14) y se aleatorizaron 2:1 a talleres de ETD convencionales (TC) o con nuevas herramientas (TNH). Los contenidos educativos fueron: 1. Gestión de la diabetes y objetivos de control; 2. Insulinoterapia; 3. Alimentación; 4. Actividad física; 5. Prevención y manejo de hiper e hipoglucemia. Se compararon control glucémico y conocimientos (test *ad hoc*) antes (T0) y a los 3 meses postaller. Para el análisis estadístico se utilizó t-test para las variables normales y el test de Wilcoxon para las que no presentaban distribución normal.

Resultados: Participaron 19 niños (10 chicos, 52%, y 9 chicas, 48%) de entre 5 y 14 años, con edad media de $11 \pm 2,36$ años y $4,16 \pm 3,56$ años de evolución de la diabetes. 8 de ellos usaban sistema híbrido de asa cerrada (42%) y 11 MDI (58%). 13 participaron en TNH (68%) y 6 en el grupo de control TC (32%). Basalmente la cohorte presentaba: glucosa media $176,22 \pm 47,62$ mg/dL; GMI $7,44 \pm 1,07\%$ y TIR $58,61 \pm 20,86\%$ sin diferencias significativas entre los grupos. No se observaron diferencias en TIR entre el inicio y la evaluación a los 3 meses, aunque sí se observó un empeoramiento en el GMI en toda la cohorte, posiblemente relacionado con el hecho de que la evaluación final incluyó el periodo navideño. En cuanto a conocimientos, se observó una mejora en el conocimiento final en los niños del grupo TNH (test conocimientos pre $16,06 \pm 1,30$ vs. post $16,68 \pm 1,11$; $p = 0,028$) que no se produjo en el grupo TC (pre $16,38 \pm 0,80$ vs. post: $15,10 \pm 0,29$; $p = 0,173$).

Conclusiones: Los resultados muestran una mejora de conocimientos y habilidades en los participantes en talleres que emplean nuevos métodos de aprendizaje gamificado basado en simulación, sin empeorar variables clínicas de control glucémico frente a los participantes en talleres convencionales.

P-182. ENFERMERA EDUCADORA EN DIABETES EN EL HOSPITAL DE DÍA: FUNCIONES ASISTENCIALES Y DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA. REVISIÓN EXPLORATORIA

M.^a Carmen Martínez Melgar^a, Montserrat Ramos Fortes^a, María José Martínez Roldán^a, Ana Chico Ballesteros^{a,b,c,e}, Antonio Pérez^{a,b,d,e}, Rosa Corcoy^{a,b,c,e} y Natalia Mangas Fernández^{a,b}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bInstitut de Recerca Sant Pau, Barcelona, España. ^cCIBER-BBN, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ^dCIBERDEM, Barcelona, España. ^eDepartamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallés, España.

Introducción y objetivos: El Hospital de Día de Diabetes (HDD) es un dispositivo asistencial ambulatorio especializado que ofrece atención no demorable a personas con diabetes que presentan situaciones de descompensación metabólica o riesgo de las mismas. Permite evitar ingresos y aliviar urgencias, facilitando también el alta precoz. Unidades de día específicas, como las dedicadas al manejo del pie diabético, o modelos organizativos innovadores como el "Smart Diabetes Hospital", comparten esta atención más eficien-

te. En este marco, la educadora en diabetes (EED) en el HDD es fundamental, tanto en la atención clínica directa como en la capacitación activa de la persona con diabetes. El objetivo de esta revisión es mapear la evidencia sobre el rol de la EED en el HDD, poniendo el foco en la coordinación asistencial, educación terapéutica en diabetes (ETD) y liderazgo clínico.

Material y métodos: Se realizó una revisión exploratoria mediante una búsqueda (2000-2025) en bases de datos biomédicas y literatura gris, incluyendo Scite, PubMed, CINAHL y Google Scholar. Se combinaron términos relacionados con diabetes, hospital de día y enfermería. Se incluyeron artículos originales, descripciones de programas y documentos de consenso que definieran un HDD y describieran el papel de la enfermería en escenarios asistenciales propios del HDD (atención no demorable por descompensación o riesgo, soporte al alta, ajustes terapéuticos intensivos, resolución de incidencias con tratamiento/tecnología, y dispositivos vinculados como la Unidad de Pie Diabético). Se incluyeron también modelos de HDD en población pediátrica cuando reproducían este enfoque ambulatorio intensivo con educación estructurada.

Resultados: La literatura identifica el HDD como un recurso ambulatorio especializado que atiende de forma no demorable descompensaciones metabólicas o su riesgo en personas con diabetes, y un entorno donde, se implementan programas de educación estructurada liderados por la EED, especialmente en el debut, la intensificación terapéutica y el ajuste de insulino terapia. En estos modelos, la EED aparece como figura central en la educación terapéutica específica en este ámbito, el apoyo al ajuste de tratamiento y la coordinación con otros profesionales, tanto en HDD como en unidades relacionadas como la Unidad de Pie Diabético, o equipos que actúan en hospitalización con derivación posterior al HDD. En los modelos revisados, la EED se vincula a funciones recurrentes: valoración, priorización, educación terapéutica vinculada al motivo de consulta, ajuste y titulación de tratamiento, detección y resolución de incidencias con dispositivos o tratamiento, coordinación con el equipo multidisciplinar y circuitos de derivación y seguimiento tras episodios agudos o al alta. Sin embargo, en la literatura revisada la evaluación específica del impacto atribuible a estas intervenciones de la EED en el HDD es limitada.

Conclusiones: La evidencia disponible respalda al HDD como un dispositivo eficiente y centrado en la atención no demorable por descompensaciones metabólicas o riesgo de las mismas. La educación terapéutica en este contexto se integra en la actividad del HDD y, según la literatura revisada, se vincula la intervención de la EED en la educación destinada al motivo de consulta, el apoyo al ajuste y titulación del tratamiento y la coordinación asistencial para garantizar continuidad. Sin embargo, la evidencia que evalúa de forma específica el impacto atribuible a las intervenciones de la EED en el HDD es escasa. Se requieren estudios que definan mejor las competencias de la EED en estos dispositivos y evalúen su impacto en resultados clínicos, experiencia del paciente y eficiencia organizativa.

P-183. MÁS ALLÁ DEL TIEMPO EN RANGO: SALUD MENTAL Y CONTROL GLUCÉMICO DESDE EL ROL DE ENFERMERÍA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 1

Laura Asenjo Martínez, Lourdes Aizpeolea San Miguel, Ainhoa Pedreguera Aizpeolea, Alicia Pelayo García, Alejandra Quintano Santamaria, Irene Sangil Monroy y María Pie León

Hospital Universitario Valdecilla, Santander, España.

Introducción: La diabetes se asocia con una elevada carga emocional y psicológica, siendo frecuentes los síntomas de ansiedad y depresión. Aunque el uso de tecnologías avanzadas ha mejorado el control glucémico, su impacto sobre la salud mental no está com-

pletamente establecido. Identificar los factores clínicos y glucémicos relacionados con el bienestar emocional resulta esencial para una atención integral centrada en la persona.

Objetivos: Analizar la asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y parámetros de MCG con los niveles de ansiedad y depresión, medidos mediante los cuestionarios GAD-7 y PHQ-9, en personas con DM1 usuarias de MCG.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo y analítico en personas adultas con DM1 en seguimiento en la consulta de educación terapéutica. Se analizaron variables clínicas, puntuaciones de PHQ-9 y GAD-7, y métricas de MCG (tiempo en rango (TIR), hipoglucemia, coeficiente de variación (CV) y GMI).

Resultados: Se incluyen 59 pacientes (edad media $46,9 \pm 12,9$ años; evolución media $24,0 \pm 12,7$ años). Las puntuaciones medias fueron $8,39 \pm 6,02$ en PHQ-9 y $8,37 \pm 5,88$ en GAD-7. El tiempo en rango (70-180 mg/dl) medio fue del $67,7 \pm 12,9\%$, sin alcanzarse el objetivo recomendado del 70% en una proporción relevante de pacientes. El tiempo en hipoglucemia < 70 mg/dl (HIPO1) fue bajo ($1,88 \pm 1,71\%$), y el tiempo en hipoglucemia < 54 mg/dl (HIPO2) prácticamente residual ($0,33 \pm 0,70\%$). El coeficiente de variación (CV) medio fue del $35,2 \pm 6,0\%$, situándose una parte de la muestra por encima del umbral recomendado ($< 36\%$). El GMI medio fue del $7,13 \pm 0,46\%$, indicando un control glucémico global moderado. En la regresión ajustada, mayores puntuaciones de PHQ-9 y GAD-7 se asociaron a menor TIR, sin alcanzar significación estadística. El análisis correlacional mostró una asociación negativa significativa entre la edad y las puntuaciones de PHQ-9 y GAD-7, indicando mayor sintomatología ansioso-depresiva en pacientes más jóvenes. Asimismo, se observó una asociación negativa entre el tiempo en rango glucémico (70-180 mg/dl) y la puntuación de PHQ-9. En los modelos de regresión multivariante ajustados por edad, años de evolución de la diabetes y parámetros de MCG, la edad se mantuvo como predictor independiente tanto de ansiedad como de depresión. Un mayor tiempo en rango se asoció de forma independiente con menores puntuaciones de depresión.

Conclusiones: La edad, el tiempo de evolución de la enfermedad y el control glucémico, medido mediante tiempo en rango, se asocian de forma más relevante con la salud mental. Estos resultados refuerzan la necesidad de integrar la evaluación psicoemocional en la atención a personas con diabetes, especialmente en pacientes más jóvenes.

P-184. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO ESTRUCTURADO PARA PACIENTES QUE INICIAN TERAPIA CON INFUSORA DE INSULINA EN PEDIATRÍA

Elisabet Burillo Sánchez, Laura Francisco Merino y Sara Herrero Varas

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

Introducción: El inicio de la terapia con infusora subcutánea continua de insulina (ISCI) representa un desafío técnico y emocional para las familias de menores con diabetes tipo 1 (DT1). Disponer de programas educativos estructurados que aseguren la adquisición de competencias en manejo tecnológico y autocuidado garantiza una transición segura, eficaz y equitativa. En la Unidad de Diabetes Infantil del Hospital Universitario de Navarra (HUN) se implementó el Programa Educativo para pacientes que inician terapia con infusora de insulina (PAETII), acreditado por la entidad externa DNV en 2021 y 2023.

Objetivos: Evaluar la satisfacción y percepción de los usuarios y profesionales sanitarios respecto al programa PAETII, identificando áreas de optimización mediante un sistema de auditoría y evaluación continua.

Material y métodos: Estudio descriptivo basado en la revisión de las evaluaciones realizadas por familias participantes entre 2021 y 2024. Dicha evaluación se hace mediante una encuesta de satisfacción con el programa tras la finalización de este. En la encuesta se

evalúan los siguientes aspectos: contenido de las sesiones, metodología y profesorado. Se pide una valoración global y cuenta con un apartado de sugerencias y acciones de mejora. De forma anual los profesionales sanitarios implicados en el programa realizan también una encuesta de satisfacción que contempla los mismos ítems, pero adaptados a la perspectiva y labor profesional. Se utilizó una escala de Likert (1-5) siendo 1 insatisfacción total y 5 satisfacción total. El análisis incluyó la recopilación de incidencias registradas y la generación de acciones de mejora basadas en los resultados obtenidos.

Resultados: Evaluación de las familias: Se han impartido 15 ediciones del programa con 57 pacientes pediátricos. La valoración global de las familias obtuvo una media de 4,7/5. Se recogieron dos sugerencias principales que derivaron en acciones de mejora: el ajuste de tiempos y la incorporación de más casos prácticos en las sesiones. Evaluación de los profesionales: El equipo responsable (3 pediatras endocrinos y 3 enfermeras educadoras) otorgó una valoración media anual de 4,2/5. Se registraron 11 sugerencias de mejora, que resultaron en acciones de mejora tales como el ajuste del número de sesiones y la revisión del contenido de las mismas.

Conclusiones: La implementación de un programa educativo certificado y estructurado como el PAETII es una herramienta eficaz para el inicio de la terapia ISCI en pediatría. La combinación de metodologías presenciales y telemáticas ofrece una formación flexible y adaptada a las necesidades familiares. La evaluación sistemática mediante encuestas a usuarios y profesionales es indispensable para detectar áreas de optimización, garantizando la mejora asistencial constante y la seguridad clínica en el uso de tecnología aplicada a la diabetes.

P-185. DISEÑO Y PROTOTIPADO DE UNA PLATAFORMA DE SALUD DIGITAL (MHEALTH) PARA LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN EL DEBUT DIABÉTICO PEDIÁTRICO “GLUKKI”

Miguel Ángel Díaz Albares^a, Patricia Carrasco Gutiérrez y Manuel Martín Moreno

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción y objetivos: El debut en diabetes mellitus tipo 1 constituye un evento de crisis vital para el paciente pediátrico y su entorno familiar. La sobrecarga de información clínica durante la hospitalización inicial dificulta la retención de conceptos clave, au-

mentando el riesgo de errores en el tratamiento y la ansiedad parental. El objetivo de este trabajo es presentar el diseño y prototipado funcional de una aplicación móvil de “doble interfaz”, concebida para optimizar la educación diabetológica, garantizar la seguridad en el manejo agudo y facilitar la transición del entorno hospitalario al domicilio mediante estrategias de gamificación y soporte a la decisión.

Material y métodos: Se desarrolló un prototipo de aplicación basado en la metodología de Diseño Centrado en el Usuario. Se realizó un análisis de necesidades identificando los puntos críticos de dolor en las primeras 72 horas tras el diagnóstico. La arquitectura de la información se estructuró diferenciando dos perfiles de usuario: una interfaz técnica para cuidadores (centrada en seguridad y cálculo) y una interfaz lúdico-educativa para el paciente (centrada en la reducción del miedo y la adherencia). Se integraron principios de “arquitectura sanadora digital” para minimizar el estrés visual y cognitivo.

Resultados: El resultado es una herramienta digital integral denominada “Diabetes Kids”, estructurada en módulos progresivos de aprendizaje. El prototipo confirma la viabilidad de unificar la gestión clínica y el soporte emocional en una única plataforma. La segmentación de funcionalidades permite abordar las necesidades específicas de cada usuario, como se detalla en la tabla.

Conclusiones: El diseño propuesto demuestra que la tecnología móvil puede actuar como un facilitador crítico en la educación diabetológica. Al transformar la complejidad técnica en herramientas interactivas y adaptadas al desarrollo cognitivo del niño, se promueve una mayor autonomía y seguridad. Este prototipo sienta las bases para una intervención digital escalable que complemente la labor del equipo sanitario, empoderando a las familias para gestionar el debut diabético con competencia y resiliencia.

P-186. DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO JH-SEFAC DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE INSULINAS. 1. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Inés Mera Gallego^{a,b,c}, Rocío Mera Gallego^{a,b,c}, Joaquina Huarte Royo^{a,c}, María Rosa Ríos Quintás^{a,c}, José Carlos Andrés Iglesias^{a,b}, José Antonio Fornos Pérez^{a,b,c} y N. Floro Andrés Rodríguez^{a,b,c}

^aFarmacéutica comunitaria, España. ^bMiembro del Grupo Berbés de Investigación y Docencia, Vigo, España. ^cMiembro del Grupo de Diabetes de SEFAC, España.

Módulo Funcional	Estrategia de Diseño	Impacto Clínico y Psicosocial
Zona de Rescate	Protocolo visual de decisión rápida (Triage) y guías de actuación paso a paso.	Reducción del tiempo de respuesta ante hipoglucemias y minimización de errores graves.
Educación Gamificada	Narrativa pedagógica (metáforas visuales sobre insulina y glucosa) y recompensas.	Mejora de la comprensión fisiológica del menor y reducción del trauma asociado al tratamiento.
Gestión Nutricional	Conversión visual de raciones mediante el método de la mano (“Mochila del Explorador”).	Facilitación del conteo de hidratos de carbono y reducción de la ansiedad en las comidas.
Conectividad Escolar	Generación automática de planes de cuidado personalizados para docentes.	Integración social segura y delegación efectiva del cuidado en el entorno educativo.

Figura P-185

Introducción: Los errores en la técnica de inyección son uno de los motivos de falta de efectividad en los pacientes que utilizan insulina. Pueden ser diversos: purgado defectuoso, incorrecta elección del lugar de inyección, falta de rotación de las zonas, etc. No encontramos, en nuestro ámbito, cuestionarios que valoren el manejo de los dispositivos de administración de hipoglucemiantes inyectables.

Objetivos: Diseñar y validar un cuestionario de conocimientos sobre el uso correcto de insulinas en pacientes con diabetes para utilización en las farmacias comunitarias españolas.

Material y métodos: Diseño: estudio de validación de un cuestionario y observacional prospectivo (test/retest) de conocimiento sobre el manejo de insulinas. Se realizó en el primer semestre de 2023. Sujetos: Inclusión en el test/retest, pacientes diagnosticados y/o en tratamiento hipoglucemiante, mayores de edad, utilizando insulina, con capacidad y que consienten participar. Farmacéuticos colaboradores: 18 farmacéuticos comunitarios (FC) socios de SEFAC. Formación *online* por el grupo investigador. Procedimiento: diseño del cuestionario: por un grupo de FC que pilotaron viabilidad y adecuación (V01). Validez de contenido: valoración por profesionales de Medicina, Enfermería y Farmacia. Cada experto contestó 10 preguntas, escala Likert (1-5). Por sugerencia de estos expertos se realizaron pequeños cambios de redacción en algunas preguntas y su orden (V02). Validez de constructo: La adecuación del análisis factorial se comprobó mediante la medida de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. Fiabilidad: consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach (0-1), para homogeneidad de los distintos ítems. Reproducibilidad (test-retest): el cuestionario se administró dos veces (intervalo de 2-3 semanas) a una muestra de pacientes. Se calculó el coeficiente de correlación intraclase (CCI), correlaciones de Pearson y Spearman-B. Se ofrecía al primer paciente del día que cumplía los criterios de inclusión. Variables. Principales: las correspondientes a las pruebas específicas de cada propiedad del cuestionario. Secundarias: los resultados de conocimiento del manejo de los inyectables de insulina con el cuestionario JH-SEFAC: puntuación total, parciales, por dimensiones o áreas [m (DE)]. Sociodemográficas y clínicas. Tamaño muestral (test/retest): para una potencia del 90,0%, IC95%, precisión 10%, diferencias del 20%. Pérdidas previstas del 15%, resultó de 127 pacientes. Resumen del procedimiento. Análisis de resultados: se utilizó IBM® SPSS Statistics® 22 para Windows®. Los datos cualitativos se expresan como porcentajes, los cuantitativos como media (m), desviación estándar (DE) y rango (mín-máx). Consideraciones éticas: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón (PI22/375). Se desarrolló de acuerdo con las normas legales vigentes. Los datos fueron pseudonimizados antes de comunicarse al equipo investigador. Aplicabilidad: El farmacéutico comunitario dispondrá de una herramienta validada para comprobar el conocimiento de sus pacientes con diabetes sobre el manejo de los dispositivos de insulina, de gran utilidad para la prestación de servicios profesionales farmacéuticos a estos pacientes.

P-187. DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO JH-SEFAC DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE INSULINAS. 2. VALIDEZ DE CONTENIDO

Inés Mera Gallego^{a,b,c}, Rocío Mera Gallego^{a,b,c}, Rosa María Ríos Quintás^{a,c}, Joaquina Huarte Royo^{a,c}, José Antonio Fornos Pérez^{a,b,c}, J. Carlos Andrés Iglesias^{a,b} y N. Floro Andrés Rodríguez^{a,b,c}

^aFarmacia comunitaria, España. ^bMiembro del Grupo Berbés de Investigación y Docencia, Vigo, España. ^cMiembro del Grupo de Diabetes de SEFAC, España.

Introducción: La técnica correcta en el manejo de los dispositivos de inyección por los pacientes con diabetes es fundamental para conseguir la mayor efectividad de los hipoglucemiantes utilizados. Disponer de un cuestionario que lo valore permitirá enfocar las acciones de educación diabetológica hacia los aspectos donde más se necesite. Y el primer paso es el diseño y validación de contenido.

Objetivos: Comprobar la validez de contenido del cuestionario JH-SEFAC de conocimientos sobre el uso de insulinas en pacientes con diabetes para utilización en las farmacias comunitarias españolas.

Material y métodos: Diseño: estudio de validación de contenido de un cuestionario de conocimiento sobre el manejo de insulinas. Se llevó a cabo en el primer semestre de 2023. Procedimiento: Grupo de expertos: se seleccionó un grupo multidisciplinar de 26 profesionales sanitarios de 8 comunidades autónomas, 9 médicos, 5 enfermeras y 12 farmacéuticos, todos expertos en la atención a los pacientes con diabetes. Se les envió la presentación del proyecto, el cuestionario a validar (V01) y una encuesta de valoración de la idoneidad de los ítems que componían el cuestionario. Encuesta de valoración: cada experto contestó a las 10 preguntas de valoración del cuestionario, con una escala de puntuación de Likert de 1 a 5 (1 = En total desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = No estoy seguro, 4 = De acuerdo y 5 = Totalmente de acuerdo). Presentación de resultados: se presentan estadísticos descriptivos, las puntuaciones como media, desviación estándar m (DE) y rango (mínimo-máximo) y el coeficiente de concordancia W de Kendall para el grado de acuerdo entre expertos.

Resultados: La valoración media del cuestionario fue de 4,52 (0,77) (4,08-4,96) puntos sobre 5. Distribuida por profesiones: médicos 4,62 (0,63) (4,22-5,00), enfermeras 4,22 (1,00) (3,6-4,8) y farmacéuticos 4,56 (0,73) (4,08-5). Las preguntas mejor valoradas fueron la 1: “Es conveniente valorar el conocimiento de los pacientes con diabetes sobre las operaciones complementarias y la técnica de inyección de insulina” 4,96 (0,20) y la 10: “Puede ser un elemento de ayuda a la hora de programar y evaluar intervenciones educativas” 4,85 (0,37) y las menos valoradas la 8: “El paciente podrá comprender las preguntas de este cuestionario”. 4,08 (0,89) y la 9: “Dada la estructura y contenido del cuestionario puede ser cumplimentado en una entrevista corta con el paciente” 4,19 (0,98). La W de Kendall para confirmación de la hipótesis nula (Ho = No hay concordancia entre evaluadores) resultó 0,216 con un valor de significación asintótica $p < 0,001$. Por sugerencias de los expertos se realizaron pequeños cambios de redacción en algunas preguntas y su orden en el cuestionario, obteniendo la V02.

Conclusiones: A la vista de los resultados obtenidos, se consideró validado el contenido del cuestionario y la V02 resultante pasó a la siguiente fase del proceso de validación.

P-188. DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO JH-SEFAC DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE INSULINAS. 4. FIABILIDAD/REPETIBILIDAD

Inés Mera Gallego^{a,b,c}, Rocío Mera Gallego^{a,b,c}, Joaquina Huarte Royo^{a,c}, Rosa María Ríos Quintás^{a,c}, José Antonio Fornos Pérez^{a,b,c}, N. Floro Andrés Rodríguez^{a,b,c} y J. Carlos Andrés Iglesias^{a,b}

^aFarmacia comunitaria, España. ^bMiembro del Grupo Berbés de Investigación y Docencia, España. ^cMiembro del Grupo de Diabetes de SEFAC, España.

Introducción: La fiabilidad hace referencia a la ausencia de errores de medida, o lo que es lo mismo, al grado de consistencia y estabilidad de las puntuaciones obtenidas a lo largo de sucesivos procesos de medición con un mismo instrumento. La repetibilidad (confiabilidad o reproducibilidad) test-retest es la proximidad de

la concordancia entre los resultados de mediciones sucesivas del mismo mensurando realizadas en las mismas condiciones de medición.

Objetivos: Comprobar la fiabilidad y reproducibilidad del cuestionario JH-SEFAC de conocimientos sobre el manejo de los inyectables de insulina por pacientes diabéticos para utilización en farmacias comunitarias españolas.

Material y métodos: Diseño: estudio de validación de contenido de un cuestionario de conocimiento sobre el manejo de insulinas. Se llevó a cabo durante el primer semestre de 2023. Procedimiento: para determinar la repetibilidad del cuestionario o fiabilidad test-retest se administró a la misma población en dos ocasiones diferentes en el tiempo, con dos a tres semanas de diferencia, y se calculó el coeficiente de correlación intraclase (CCI). Este estadístico mide el grado de concordancia o reproducibilidad entre dos variables cuantitativas (valores de 0-1). Se compararon también las puntuaciones totales y de cada una de las secciones o dimensiones del cuestionario en las dos administraciones sucesivas. Los resultados se expresaron como media m (DE), calculándose la correlación entre ellas y entre cada una de las secciones y el total de la puntuación del cuestionario. Tratamiento estadístico: mediante el programa estadístico IBM® SPSS Statistics® 22 para Windows®.

Resultados: El número de casos válidos fue de 131, sin exclusión de ninguno. El CCI para el total del cuestionario fue de 0,95, y para las medidas individuales de 0,90, lo que indica una muy buena concordancia entre las respuestas en las dos administraciones. La puntuación total del test-retest fue de 16,9 (6,5) en la 1.ª administración vs. 16,7 (7,7) en la 2.ª, $p = 0,8072$, estableciéndose una correlación lineal entre los valores totales: r de Pearson 0,9160. Tampoco hubo diferencias significativas en las secciones entre las dos administraciones.

Conclusiones: Los resultados del análisis son indicativos de una adecuada confiabilidad y repetibilidad test-retest del cuestionario JH-SEFAC.

P-189. DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO JH-SEFAC DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DE INSULINAS. 5. RESULTADOS DEL PILOTAJE

Inés Mera Gallego^{a,b,c}, Rocío Mera Gallego^{a,b,c}, José Antonio Fornos Pérez^{a,b,c}, Joaquina Huarte Royo^{a,c}, Rosa María Ríos Quintás^{a,c}, N. Floro Andrés Rodríguez^{a,b,c} y J. Carlos Andrés Iglesias^{a,b}

^aFarmacia comunitaria, España. ^bMiembro del Grupo Berbés de Investigación y Docencia, España. ^cMiembro del Grupo de Diabetes de SEFAC, España.

Introducción: Disponer de un cuestionario validado para comprobar el conocimiento sobre el manejo de los dispositivos de insulina permitirá al farmacéutico comunitario (FC) enfocar las acciones de educación diabetológica hacia los aspectos prioritarios, en los que los pacientes muestren más dudas o errores.

Objetivos: Evaluar el nivel de conocimientos sobre el uso de insulinas por los participantes en el estudio de fiabilidad/repetibilidad (test/retest) del cuestionario JH-SEFAC.

Material y métodos: Diseño: estudio observacional prospectivo para evaluar el conocimiento de los pacientes con diabetes sobre el manejo de las insulinas. Se llevó a cabo en el primer semestre de 2023. Sujetos: mayores de edad, en tratamiento con insulina, con capacidad para comprender el cuestionario y que dieron su consentimiento escrito para participar. Procedimiento: FC socios de SEFAC que recibieron formación *online* por el grupo investigador, ofrecieron participar al primer paciente de la mañana que cumplía los criterios de inclusión hasta alcanzar el número asignado. El cuestionario se

cumplimentó en la zona de atención personalizada, proporcionándose al paciente lo necesario para simular el proceso de preparación e inyección de la dosis de insulina. Variables demográficas y clínicas: sexo (hombre/mujer); edad (años); años de diabetes; años con insulina; N.º insulinas. Tipo (solución/suspensión); ángulo (45°/90°); pliegue (Sin/Con). Puntuación del cuestionario: media, m (DE), y % sobre puntuación posible. Puntuación por secciones, m (DE) y n (%). Tamaño muestral: para una precisión del 10%, IC95% bilateral, siendo la proporción esperada 60%, suponiendo pérdidas del 20%, se necesitan 116 participantes en el estudio. Análisis estadístico: IBM® SPSS Statistics® 22 para Windows®. Análisis descriptivo. Las variables cualitativas se muestran como medias m (DE) y las cuantitativas como proporciones (%). Aspectos éticos: los datos llegaron pseudonimizados al equipo investigador. El estudio fue aprobado por el CEIC de Aragón (PI22/375).

Resultados: Participaron 20 FC de 13 CC. AA que incorporaron a 131 pacientes con diabetes, 76 (58,0%) mujeres, edad media 64,3 (16,7) años (23-98). Años de utilización insulina 13,6 (12,7), N.º insulinas 1,6 (0,5), solución 116 (88,6%), ángulo pinchazo 90°, 92 (70,2%), con pliegue 75 (57,3%). Nivel de conocimiento del manejo de insulinas: Total: 16,9 (6,5), equivalente al 54,5% sobre 31. Secciones con mayor puntuación: Sección 4, "montaje de la aguja", 1,8 (DE = 0,4) (91,5%) sobre 2 puntos y sección 6, "selección de la dosis", 1,6 (DE = 0,7) (80,5%) sobre 2 puntos. Secciones con menor puntuación: Sección 3, "comprobación de la insulina", 0,1 (DE = 1,0) (10,0%) sobre 1 punto y sección 5, "comprobación del flujo de insulina", 0,5 (DE = 1,9) (13,3%) sobre 4 puntos.

Conclusiones: El conocimiento sobre el manejo de los dispositivos de insulina es bajo, aun por pacientes que llevan tiempo utilizándolos. El cuestionario JH-SEFAC resulta una herramienta útil para su evaluación y acciones educativas posteriores.

P-190. LA HORA DE LA GLUCEMIA POSPRANDIAL... IMPORTA TANTO COMO EL VALOR

Francisca Venegas, Besay Toledo Déniz, Jose Carlos Fernández Álvarez, M. Candelaria Abrante Hernández, Yara Ramos Arzola, Matilde Inmaculada Estévez Rodríguez, Ana María González Pérez

CAE Puerto de La Cruz, Puerto de la Cruz, España.

Introducción: La hiperglucemia postprandial es un fenómeno muy frecuente en personas con diabetes y se puede producir incluso cuando el control metabólico general parece ser el adecuado al evaluarlo mediante HbA_{1c}. Los controles postprandiales junto con los preprandiales permiten un perfil glucémico más completo para tomar decisiones terapéuticas. Este parámetro es esencial en el control de la diabetes mellitas, ya que refleja la respuesta metabólica tras la ingesta de alimentos, relacionándose estrechamente con el riesgo de complicaciones.

Objetivos: Evaluar cómo realizan las personas con diabetes la determinación de la glucemia posprandial. Identificar posibles errores en la medición de la misma para reforzar la educación.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal realizado mediante encuesta a personas con diabetes que acuden a un centro de Atención Especializada y un Centro de Atención Primaria de la zona norte de Tenerife. Se recogen datos de la consulta de enfermería durante el proceso de educación. Como criterios de inclusión, se incluyen a personas con DM2 que realizan controles de glucemia postprandial para ajuste de tratamiento con glucómetro. Como criterios de exclusión personas usuarias de MCG.

Resultados: De las 106 personas con DM2 estudiadas durante el periodo de julio a diciembre de 2025 que acuden a consulta de ambos centros, con edades comprendidas entre 47-86 años, evolución

de la diabetes entre 1-25 años, comprobamos que: 72 personas no realizan la glucemia postprandial en el momento adecuado según la revisión de la descarga de los glucómetros y a través de las preguntas en consulta, mientras que 34 sí realizan el control a las dos horas del inicio de la comida. Se ha comprobado que 64 no saben cuál es el valor de la glucemia posprandial recomendado frente a 42 que sí conocen el valor adecuado.

Conclusiones: Por los datos recogidos en ambos centros, se ha podido comprobar que una parte importante de las personas con diabetes evaluadas no realizan la glucemia postprandial en el momento correcto, lo que dificulta un adecuado control metabólico. Este hallazgo evidencia la necesidad de reforzar la educación terapéutica que debe ser un proceso continuo e interactivo para mejorar los conocimientos y habilidades imprescindibles para el autocuidado asegurando de esta manera una técnica de medición adecuada evitando complicaciones a largo plazo. La mejora en el autocontrol, permitirá optimizar el manejo de la diabetes y con ello la calidad de vida de las personas con diabetes.

11. TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA DIABETES

Proyecto SED

P-191. VALIDACIÓN EXTERNA DE UNA CALCULADORA DE RIESGO QUE PREDIGA LA PROBABILIDAD DE CONTROL ÓPTIMO EN USUARIOS DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA

Fernando Sebastián Valles

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España.

En relación con la Ayuda SED a Proyectos de Investigación dirigidos por Jóvenes Investigadores concedida para el proyecto “Validación externa de una calculadora de riesgo que prediga la probabilidad de control óptimo en usuarios de monitorización continua de glucosa”, la ejecución del trabajo se desarrolló conforme al plan propuesto y queda documentada en dos publicaciones consecutivas. Dado que la memoria de solicitud ya describía el desarrollo retrospectivo de la herramienta, a continuación se sintetiza esa fase y se enfatiza la validación prospectiva, que constituye el núcleo del proyecto financiado. En una primera etapa, se consolidó la calculadora de riesgo mediante un estudio multicéntrico retrospectivo publicado como “Predicting Time in Range Without Hypoglycaemia Using a Risk Calculator for Intermittently Scanned CGM in Type 1 Diabetes”. Este trabajo incluyó 1072 personas con diabetes tipo 1 usuarias de isCGM en tres hospitales españoles, utilizando como desenlace control glucémico óptimo definido por métricas consensuadas: TIR (70-180 mg/dL) > 70% y TBR (< 70 mg/dL) < 4%. El modelo integró variables clínicas disponibles en práctica habitual (edad, sexo, duración de la diabetes, HbA_{1c} previa, dosis de insulina/kg, entre otras) y una medida de estatus socioeconómico basada en la renta neta anual media por persona de la sección censal. La cohorte se dividió aleatoriamente para construcción del modelo y validación externa, obteniéndose un rendimiento moderado-alto (AUC 0,74) y una validez global de clasificación del 80,4% en la cohorte de validación, lo que permitió materializar la calculadora como herramienta aplicable a nivel individual. Posteriormente, y en línea directa con el objetivo principal de la ayuda, se realizó la validación prospectiva en condiciones de práctica clínica real, publicada como “Validation of a predictive calculator for optimal

glycemic control and time-in-tight-range following CGM sensor placement in type 1 diabetes and pancreatic diabetes: a prospective study”. En este estudio se reclutaron consecutivamente 102 adultos con diabetes tipo 1 o diabetes pancreática tratados con múltiples dosis de insulina, seguidos durante tres meses tras el inicio de CGM (FreeStyle Libre 2 o Dexcom One). La calculadora se aplicó en el momento de la colocación del sensor y se contrastaron sus predicciones con las métricas descargadas al final del seguimiento, manteniendo la misma definición de control óptimo (TIR > 70% y TBR < 4%). De los 85 participantes con seguimiento completo, 33 (38,8%) alcanzaron control óptimo. La herramienta mostró capacidad discriminativa moderada (AUC 0,639), asociación significativa entre la probabilidad predicha y TIR y TITR (70-140 mg/dL), y una precisión global de 61,9%, aportando además evidencia sobre aspectos de adherencia. En resumen, ambos artículos acreditan que el proyecto se ejecutó tal como estaba planteado: consolidación de la herramienta predictiva y, especialmente, su validación prospectiva, delimitando su rendimiento y su aplicabilidad clínica en un entorno asistencial real.

P-192. PRIMER ANÁLISIS DEL REGISTRO NACIONAL DE SISTEMAS DE INFUSIÓN AUTOMATIZADA DE INSULINA

Pilar Isabel Beato Vibora^a, Ana Chico Ballesteros^b, Ángel Rebollo Roman^c, Jesús Moreno Fernández^d, Roxana Zavala Arauco^e, Jessica Ares Blanco^f y Carmen Quiros^g

^aHospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España. ^bHospital Sant Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^cHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. ^dHospital Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ^eHospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España. ^fHospital Central de Asturias, Oviedo, España. ^gHospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona, España.

Introducción y objetivos: Los sistemas de infusión automatizada de insulina (AID) se utilizan de forma cada vez más generalizada para el tratamiento de la diabetes tipo 1. El registro de las características clínicas de las personas que inician estos sistemas, junto con los datos de seguimiento, puede ayudar a comprender sus beneficios en la práctica clínica.

Material y métodos: Se diseñó un Registro Nacional para incluir características demográficas y de control glucémico, tanto al inicio como datos de seguimiento. Miembros del Grupo de Tecnologías Aplicadas a la Diabetes de la SED registraron datos de usuarios de AID que fueran seguidos en sus centros. Además, se cargaron datos recopilados previamente para diferentes análisis en vida real.

Resultados: Se incluyeron 2.009 sujetos, de 12 centros pertenecientes a 7 Comunidades. La mediana de seguimiento fue de 6 meses. La HbA_{1c} mejoró del 7,36 ± 0,95% al 6,82 ± 0,70%. El tiempo en rango y el tiempo en rango estrecho aumentaron de 62,34 ± 15,03% a 74,15 ± 13,55% y de 39,24 ± 13,11% a 50,97 ± 12,92%, respectivamente, con mejoras en el tiempo en hiperglucemia e hipoglucemia, y una disminución en el coeficiente de variación (todos p < 0,0001). La tasa de registro fue alta para las características demográficas y las glucométricas basales (> 80%), pero menor para la frecuencia de complicaciones de la diabetes, episodios de hipoglucemia grave, cetoacidosis diabética, ingresos hospitalarios y datos de seguimiento (< 50%).

Conclusiones: El primer análisis del Registro Nacional de Sistemas de Infusión Automatizada de Insulina incluye un número significativo de pacientes con una tasa variable de completitud de los datos. Los datos registrados confirman una mejora clínicamente relevante en las métricas de glucosa y HbA_{1c}.

Características basales de los participantes incluidos en el Registro Nacional	
Edad (años)	39 ± 16
<18 años (%) (n)	12 (245)
Sexo (mujer) (%) (n)	61 (1.228)
Tipo de diabetes (tipo 1) (%) (n)	99,8 (1.576)
Duración de la diabetes (años)	23 ± 13
IMC (kg/m ²)	25,02 ± 4,82
Complicaciones de la diabetes (%) (n)	
Retinopatía diabética	36 (378)
Nefropatía diabética	11 (112)
Neuropatía diabética	10 (99)
Enfermedad macrovascular	6 (62)
Nivel académico (%) (n)	
Enseñanza primaria	37 (425)
Enseñanza secundaria	25 (290)
Nivel universitario	38 (434)
Tratamiento inicial	
Múltiples inyecciones diarias	51 (1004)
Bomba de insulina	49 (944)
Episodios de hipoglucemia grave en el año previo (≥ 1) (%) (n)	14 (179)
Episodios de cetoacidosis diabética en el año anterior (≥ 1) (%) (n)	6 (58)
Ingresos hospitalarios en el año previo (≥ 1) (%) (n)	7 (46)
Sistema de infusión automatizada de insulina (%) (n)	
MiniMed™ 780G	66 (1319)
Diabeloop DBLG1	1 (24)
Tandem Control IQ	21 (419)
CamAPS FX	12 (234)
Modalidad de formación (presencial) (%) (n)	81 (576)

n = 2.009. Los datos se expresan como media ± desviación típica a menos que se indique lo contrario.

P-193. APLICACIÓN CLÍNICA ADAPTADA DEL MANEJO SIMPLIFICADO DE COMIDAS EN SISTEMA AUTOMATIZADO MEDTRONIC 780

Olga Colell Costa, Miriam Chinchilla Llamas, Laura Pintado Pallarés, Carme Vilardell Vila, Eulàlia Colomé Tatché y Núria Seguí Cerarols
Althia, Manresa, España.

Introducción: Los sistemas híbridos avanzados de administración automatizada de insulina han demostrado mejoras significativas en control glucémico. No obstante, el rendimiento depende de la capacidad real del usuario para anunciar ingestas de forma sistemática. El estudio Simplified Meal Management mostró que la simplificación del anuncio de comida reduce la carga cognitiva sin comprometer control metabólico. En nuestro centro, dada la dificultad mantenida en el conteo preciso de carbohidratos, se implementó una adaptación clínica propia del modelo simplificado.

Objetivos: Evaluar el impacto de un modelo simplificado de anuncio de comidas basado en ración habitual (40-20-60) en usuarios de

sistema híbrido avanzado, comparando resultados pre-post y frente a los datos publicados en el ensayo original en adultos.

Material y métodos: Estudio observacional pre-post en 14 pacientes con dificultades en el conteo de hidratos. Se sustituyó el esquema original “small/medium/large” por un modelo proporcional a la ración habitual individual: 40 = plato habitual; 20 = mitad; 60 = tamaño claramente superior a su ración estándar. La intervención incluyó sesión estructurada, entrevista dietética para definir ración de referencia, gestión de alarmas, lectura de métricas CGM, y ajuste de bolo automático/correcciones. Se analizaron: tiempo en rango (70-180 mg/dL), tiempo en hiperglucemia, tiempo en hipoglucemia, coeficiente de variación y HbA_{1c}/IGM.

Resultados: Tras 3 meses. Se observó aumento del tiempo en rango, reducción del tiempo en hiperglucemia y estabilización posprandial, con disminución del impacto de anuncios erráticos. A diferencia del ensayo adulto, donde el modelo sin cálculo directo mantuvo eficacia, en nuestra cohorte el modelo 40-20-60 permitió mayor adherencia, especialmente en pacientes con ansiedad ante gramajes, alteración de funciones ejecutivas o bajo nivel de alfabetización nutricional. El descenso de carga cognitiva generó un uso más continuo del anuncio y mejor adaptación del algoritmo automático.

Conclusiones: El modelo simplificado adaptado (40-20-60) es una alternativa válida, segura y clínicamente eficiente frente al conteo preciso en usuarios con dificultades sostenidas de cálculo. La mejora observada es comparable a los resultados publicados en población adulta, con ventaja adicional en adherencia y estabilidad del algoritmo. La educación estructurada es esencial no solo para iniciar tecnología avanzada, sino para sostener la automatización real con fatiga mínima de manejo.

P-194. ¿MEJORA LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EL CUIDADO EN RESIDENCIAS DE MAYORES? PERSPECTIVA ENFERMERA Y EVIDENCIA INTERNACIONAL

Ana Domínguez Navarro

Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Cádiz, Cádiz, España.

Introducción y objetivos: El manejo de la diabetes en personas mayores institucionalizadas supone un reto clínico debido a la elevada prevalencia de fragilidad, comorbilidades, deterioro cognitivo y riesgo de hipoglucemias no reconocidas. En este contexto, la monitorización continua de glucosa surge como una herramienta prometedora para mejorar la seguridad y la calidad del control glucémico en residencias. Desde 2021, Andalucía ha incorporado el sistema de monitorización *flash* de glucosa en su cartera de servicios para determinados perfiles de pacientes. El objetivo de este trabajo fue explorar las experiencias de las enfermeras sobre el uso de la monitorización continua de glucosa en residencias de mayores en Cádiz y comparar estos hallazgos con la evidencia científica internacional disponible en este entorno.

Material y métodos: Se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico mediante entrevistas semiestructuradas a 18 enfermeras con experiencia en el cuidado de personas mayores con diabetes en residencias de la provincia de Cádiz. El análisis temático permitió identificar beneficios percibidos y barreras asociadas al uso del sistema de monitorización *flash* de glucosa. Paralelamente, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura centrada en el uso de la monitorización continua de glucosa en residencias de mayores, identificando estudios realizados específicamente en este entorno asistencial.

Resultados: Las enfermeras identificaron como principales beneficios la detección precoz de hipoglucemias asintomáticas, especialmente nocturnas, el aumento de la seguridad clínica, la reducción de punciones capilares y un mejor seguimiento en residentes con dete-

Tabla P-194

Beneficios y barreras percibidas por las enfermeras sobre el uso de la monitorización continua de glucosa en residencias de mayores

Categoría	Subtema	Verbatim
Beneficios	Detección precoz de hipoglucemias	“Les ahorras de tener que estar pinchándolos continuamente y después porque te avisan ante una subida o una bajada... sobre todo por la noche.” (E3)
Beneficios	Seguridad nocturna	“El tema de las noches... el paciente está durmiendo y como lo tiene puesto en el brazo es como un código de barras.” (E6)
Beneficios	Intervención temprana	“La máquina te avisa y eso es un factor que está viniendo muy bien para cogerlo pronto.” (E4)
Barreras	Problemas de adhesión del sensor	“Hay muchos pacientes que por temas cognitivos se lo quitan... gastarse el dinero en un sensor para que no dure ni un día.” (E7)
Barreras	Falta de formación	“Mayor formación para los profesionales del centro, que no la hay.” (E1)

rioro cognitivo. Estos beneficios se ilustran mediante verbatines representativos recogidos en la tabla. Asimismo, destacaron una mayor tranquilidad para el personal durante el turno nocturno. Entre las barreras descritas se encontraron problemas de adhesión del sensor en residentes con deterioro cognitivo, restricciones de acceso a la tecnología en pacientes que no reciben múltiples dosis de insulina y una falta de formación específica para la interpretación de los datos (tabla). La revisión sistemática identificó únicamente tres estudios realizados en residencias de mayores a nivel internacional (EE. UU y Francia). Todos ellos confirmaron que la monitorización continua de glucosa detecta un mayor número de hipoglucemias que la glucemia capilar, muchas de ellas nocturnas, presenta buena aceptación por parte de las enfermeras y residentes y genera una interferencia mínima en los flujos de trabajo habituales.

Conclusiones: La monitorización continua de glucosa aporta beneficios claros en el manejo de la diabetes en residencias de mayores, alineando la experiencia de las enfermeras de Cádiz con la evidencia internacional. No obstante, su implementación efectiva requiere formación específica para las enfermeras, ampliación de los criterios de acceso y protocolos adaptados al entorno residencial. Abordar estos aspectos es clave para maximizar el impacto clínico y organizativo de esta tecnología en personas mayores institucionalizadas.

P-195. CONTROL GLUCÉMICO Y PATRONES DE USO DE LA BOMBA T:SLIM X2. ANÁLISIS DE UNA COHORTE ADULTA EN VIDA REAL

Sofiya Khoruzha Aleksandrovykh, Fernando Vidal-Ostos de Lara, Paula Cebrián, Ángel Alcalá Artral y Marta Botella Serrano

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

Introducción y objetivos: Los sistemas de infusión continua de insulina con soporte automatizado (ISCI) se han extendido en la práctica clínica. El objetivo de este estudio es describir el control glucémico y caracterizar el patrón de uso de sus principales funcionalidades en una cohorte de 43 pacientes adultos de una consulta especializada de ISCI.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de 43 pacientes adultos incluyendo métricas de control glucémico (GMI, glucosa media, desviación estándar, coeficiente de variación, tiempo en rango estándar y estrecho, hipoglucemias e hiperglucemias) y de uso de insulina (porcentaje y unidades basales/bolo, insulina total, bolos automáticos y bolos modificados). Asimismo, se recogieron parámetros de utilización de funcionalidades

avanzadas (modos, tiempo de suspensión y distribución horaria de las suspensiones) y de comportamiento alimentario (gramos de hidratos registrados y número de entradas de hidratos por día).

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes (62,8% mujeres) con edad media de 41,3 años (17-65 años) y GMI medio de 7,06 (rango 6,4-8,0). La glucosa media fue de 156,6 mg/dl (130-196 mg/dl), con desviación estándar de 54,1 mg/dl y coeficiente de variación del 34,1% de media (23,5-45,7%). La mediana de glucosa fue 146,7 mg/dl, con valores de glucemia máxima y mínima medios de 330,8 y 49,9 mg/dl, respectivamente. El tiempo en rango estándar fue del 71,2% (48-90%), con un tiempo en rango estrecho del 44,1%; las hipoglucemias de nivel 1 y 2 fueron bajas (1,28% y 0,21%, respectivamente), mientras que la hiperglucemia de nivel 1 y 2 fue del 6,93% cada una. El tiempo en modo automático fue elevado, con un tiempo activo medio del 95,8%. La insulina total diaria media consistió en 42,6 UI, repartidos en 45,5% basal (19,0 UI) y 54,5% bolo (23,6 UI) de media, incluyendo una media de 6,07% de sugerencias de bolo modificadas (9,6 bolos modificados). El modo sueño se utilizó una media del 26,2% del tiempo (81,8 horas), y el modo actividad física un 3,63% (11,3 horas); el porcentaje en modo manual fue del 5,28% (17,0 horas). En cuanto al tiempo de suspensión medio, fue de 129,7 minutos, con 6,47 suspensiones diarias (2,5-14), distribuidas principalmente durante la noche (34,2%). Finalmente, se registraron 175,2 g/día de hidratos de carbono de media, con 4,31 entradas diarias de hidratos (1,8-14,3 entradas)

Conclusiones: En esta cohorte de usuarios de sistemas de infusión subcutánea continua de insulina t:slim X2 se observa un buen control glucémico, con TIR elevado y baja frecuencia de hipoglucemias. El alto tiempo en modo automático y el uso de modos específicos junto con un adecuado registro de hidratos, reflejan una buena adherencia terapéutica de los pacientes. Estos resultados respaldan la eficacia de estos sistemas en práctica clínica real.

P-196. ¿ES EL SISTEMA 780G ADECUADO PARA TODOS LOS PACIENTES? PERSONALIZACIÓN DEL ABORDAJE TECNOLÓGICO CON INPEN EN DIABETES MELLITUS TIPO 1: HALLAZGOS DEL ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO CRUZADO MULTICÉNTRICO EBIACE-1

Teresa Ruiz Gracia^a, Arranz Martín Arranz Martín^b, Esther de la Villa^a, Ane Bayona Cebada^a, Marcos Lahera Vargas^b, Maria del Mar Lorenzo Moñino^a y Lía Nattero Chávez^a

^aHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. ^bHospital Universitario la Princesa, Madrid, España.

Introducción: Los sistemas de asa cerrada híbrida (AID) mejoran el control glucémico en diabetes tipo 1 (DM1). Caracterizar perfiles clínicos y psicosociales es fundamental para orientar una selección individualizada, especialmente cuando la automatización completa podría no ser indispensable.

Objetivos: Comparar el control glucémico de MiniMed 780G frente a InPen en adultos con DM1 y explorar perfiles de pacientes capaces de mantener un control adecuado con InPen.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado, cruzado y multicéntrico (12 meses) en 31 adultos con DM1. Los participantes usaron 780G o InPen durante 6 meses, con cruce posterior sin lavado y secuencias comparables. Objetivos primarios: tiempo en rango (TIR 70-180 mg/dL) y HbA_{1c}. El análisis fue por intención de tratar con comparaciones intrapaciente en aquellos con datos pareados (n = 21). De forma exploratoria, se definió “candidato a InPen” por estabilidad glucémica (TIR ≥ 70% y CV < 32% a los 6 meses), mediante un modelo predictivo validado con LOOCV.

Resultados: En el conjunto pareado (n = 21; 54,8% mujeres; edad media 35,3 ± 11,7 años; HbA_{1c} basal 7,08 ± 0,78%), el sistema MiniMed 780G demostró un rendimiento superior (tabla), con una HbA_{1c} significativamente menor (6,9% frente a 7,2%; p < 0,01). Los parámetros de tiempo en hipoglucemia y la variabilidad glucémica se mantuvieron dentro de rangos objetivo. Un mayor porcentaje de pacientes logró TIR > 70% (90,5% frente a 38,1%; p < 0,001) y HbA_{1c} < 7% (71,4% frente a 42,9%; p = 0,03) utilizando MiniMed 780G. No se reportaron eventos adversos graves. En el análisis exploratorio, cinco pacientes (23,8%) fueron clasificados como candidatos a InPen. El modelo predictivo que combinó el TIR basal y la puntuación total del cuestionario EMG-C mostró elevada capacidad discriminativa (AUC aparente = 0,97; AUC-LOOCV = 0,87). Utilizando el punto de corte derivado del índice de Youden (probabilidad = 0,411), se obtuvo una sensibilidad del 100% y una especificidad del 87,5%.

Resultados glucémicos en análisis pareado (n = 21)

Variable	MiniMed 780G	InPen	p
TIR 70-180 mg/dL (%)	76,0	66,0	< 0,001
TAR > 180 mg/dL (%)	15,6	33,3	< 0,001
TAR > 250 mg/dL (%)	2,1	8,4	< 0,001
TBR < 70 mg/dL (%)	3,2	4,1	n.s
TBR < 54 mg/dL (%)	0,8	1,2	n.s
Coefficiente de variación (%)	31,5	35,6	n.s

Conclusiones: El sistema MiniMed 780G proporciona un control glucémico superior en la mayoría de pacientes adultos con DM1. Sin embargo, existe un subgrupo caracterizado por estabilidad metabólica basal y menor carga percibida de la enfermedad (evaluada mediante EMG-C) que puede mantener parámetros glucémicos óptimos con el uso de InPen. Si bien estos hallazgos exploratorios requieren validación en cohortes más amplias, respaldan la relevancia de estrategias de personalización tecnológica en el manejo de la DM1.

P-197. RESULTADOS EN VIDA REAL DEL USO DE SISTEMAS DE ASA CERRADA EN DIABETES TIPO 1

Patricia Tomás Gómez, Rebeca Reyes García, María Elena López Alaminos, Francisco Lupión Lorente y Manuel Blanca Padilla

Unidad de Endocrinología y Nutrición, Almería, España.

Introducción y objetivos: Los sistemas de asa cerrada han supuesto un avance sustancial en el abordaje de la diabetes tipo 1

(DM1), al posibilitar un control glucémico más estable y mantenido en el tiempo. No obstante, la respuesta clínica a esta tecnología es heterogénea y puede estar condicionada por diversos factores individuales. El objetivo de este estudio fue determinar qué variables clínicas, analíticas y sociodemográficas se asocian de manera significativa con la obtención de un adecuado control glucémico (HbA_{1c} < 7%) en condiciones de práctica clínica real.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en la Unidad de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Torrecárdenas. Se incluyeron 132 personas adultas con DM1 que iniciaron tratamiento con un sistema integrado de asa cerrada. Se recogieron variables basales de carácter sociodemográfico, clínico y analítico. La variable dependiente fue la consecución de una HbA_{1c} < 7% a los 9-12 meses tras el inicio del sistema. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS versión 17.0.

Resultados: El 66,7% de la muestra correspondió a mujeres, con una edad media de 41,1 años. Antes de la implantación del sistema, el 31,8% presentaba una HbA_{1c} < 7%. La mediana del TIR > 70% se incrementó de 39% [36-44] a 57% [51-61] (p < 0,0001), mientras que el TIR > 50% aumentó de 44% a 59% (p < 0,0001). A los 9-12 meses de seguimiento, el 60,8% alcanzó una HbA_{1c} < 7% y el 82,3% < 6,5%. Las personas con HbA_{1c} < 6,5% eran significativamente más jóvenes (p = 0,0357). En el análisis multivariante, el TIR previo (OR = 1,27; p < 0,001), la edad al inicio del sistema (OR = 1,20; p = 0,031) y una HbA_{1c} basal más baja (OR = 0,098; p = 0,034) se asociaron de forma independiente con un mejor control glucémico. La presencia de ingresos previos por cetoacidosis diabética se relacionó negativamente con la respuesta (OR = 0; p = 0,013).

Conclusiones: Los sistemas de asa cerrada se asocian con una mejora clínicamente relevante del control glucémico en personas con DM1. Factores como el TIR previo, la edad y la HbA_{1c} basal emergen como predictores independientes de una respuesta favorable. Estos resultados pueden contribuir a una selección más precisa de candidatos y a la optimización del uso de estas tecnologías en la práctica clínica habitual.

P-199. IMPACTO CLÍNICO DE LA MEDICIÓN CONTINUA DE GLUCOSA INTEGRADA EN UN PROCESO ASISTENCIAL MULTIDISCIPLINAR EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN CAMBIO ORGANIZATIVO

Andrea Alfonso Perea

Centro de Salud Virgen de la Cabeza, Elda, España.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en la población adulta de un centro de salud, describir la distribución de los distintos tratamientos hipoglucemiantes y analizar el impacto de la prescripción de sensores de medición continua de glucosa (MCG) desde Atención Primaria sobre el acceso a esta tecnología, el control glucémico y la evolución de la hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}), tras el cambio organizativo implantado en mayo de 2024.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en un centro de salud con una población adulta adscrita de 7,010 pacientes. Los pacientes con diagnóstico activo de DM2 se identificaron mediante revisión de la historia clínica electrónica. Se recogieron datos relativos al tipo de tratamiento antidiabético, clasificándose en antidiabéticos orales, insulina basal y pauta de insulina bolo-basal. En el subgrupo de pacientes con pauta bolo-basal se analizó el uso de sensores de medición continua de glucosa y el ámbito de inicio del dispositivo (Endocrinología o Atención Primaria). Asimismo, se evaluó el porcentaje de pacientes considerados en adecuado control glucémico según los criterios clínicos del centro, comparando la situación previa y posterior al 13 de mayo de 2024. Paralelamente, se implantó un circuito estructurado de seguimiento de los pacientes portadores de sensores de MCG, integrado en la prác-

tica habitual del centro de salud y desarrollado fundamentalmente desde consultas de enfermería, con apoyo médico en caso necesario. Dicho circuito incluyó revisiones programadas a los 10 y 30 días tras la colocación del sensor, así como controles posteriores a los 3 y 6 meses, orientados a la valoración del control glucémico, la interpretación de los registros y la optimización del tratamiento. Además, el modelo asistencial permitió una citación flexible y adaptable en situaciones de mal control glucémico, incidencias o necesidad de ajustes terapéuticos, pudiendo adelantarse las revisiones según criterio clínico.

Resultados: De los 7.010 pacientes adultos adscritos al centro, 709 presentaban diagnóstico de DM2, lo que supone una prevalencia del 10,1%. En relación con el tratamiento, 547 pacientes (77,2%) estaban en tratamiento con antidiabéticos orales, 93 (13,1%) recibían insulina basal y 69 (9,7%) seguían una pauta de insulina bolo-basal. Entre los pacientes con pauta bolo-basal, 58 (84,1%) utilizaban sensores de medición continua de glucosa. Antes del 13 de mayo de 2024, únicamente 23 pacientes disponían de sensor, todos ellos derivados y seguidos por Endocrinología. Tras la autorización de la prescripción desde Atención Primaria, 35 nuevos pacientes iniciaron el uso de sensores de MCG sin necesidad de derivación hospitalaria, siendo el dispositivo prescrito e iniciado en el propio centro de salud, lo que supuso un incremento relativo del 152% en el número total de pacientes con sensor. El porcentaje global de pacientes con diabetes en adecuado control aumentó del 36,6% en el periodo previo al cambio organizativo al 68,6% tras la implantación de la prescripción de sensores desde Atención Primaria. En los pacientes portadores de sensor, a los 6 meses se observó una reducción de la HbA_{1c} de entre 0,6 y 1 punto porcentual, alcanzándose los objetivos de control establecidos. En el momento del análisis, el 100% de los pacientes con sensor cumplían los criterios de control definidos por la Comunidad Valenciana (< 7% en menores de 70 años y < 8% en mayores de 70 años).

Conclusiones: La DM2 presenta una elevada prevalencia en la población adulta atendida en Atención Primaria. La prescripción de sensores de medición continua de glucosa desde este ámbito ha incrementado de forma significativa el acceso a la monitorización continua, ha evitado derivaciones innecesarias a Endocrinología y se ha asociado a una mejora clínicamente relevante del control glucémico, con cumplimiento generalizado de los objetivos de HbA_{1c}. Estos resultados no pueden atribuirse únicamente a la implantación de la tecnología, sino a su integración en un proceso asistencial multidisciplinar, que ha supuesto una nueva forma de trabajar en el centro de salud. El seguimiento estructurado, cercano y flexible, ha permitido una intervención precoz y continuada, contribuyendo de manera relevante a la mejora del control metabólico de los pacientes. Este modelo refuerza el papel de Atención Primaria como nivel asistencial clave en el manejo integral, resolutivo y eficiente de la DM2.

P-200. IMPLEMENTACIÓN DE CARE CONNECT® (MEDTRONIC®): UNA SOLUCIÓN INTEGRAL DE MONITORIZACIÓN REMOTA PARA OPTIMIZAR LA ATENCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS

Ester López Miras, Núria Bau Serrallonga, Lidia Casellas Font, Maria Teresa Maturana Femenia, Lidia Ruiz Aviñó, Viviana Busquets Bueno y Noelia Medina Serrano

Hospital Doctor Josep Trueta, Girona, España.

Introducción: La gestión de enfermedades crónicas exige modelos capaces de integrar información clínica en tiempo real para favorecer una atención proactiva y personalizada. Care Connect® combina una plataforma digital con soporte profesional y educación terapéutica para aumentar la eficiencia operativa y mejorar la toma de decisiones clínicas.

Objetivos: Describir las características del programa, analizar su integración en los flujos asistenciales y evaluar su impacto en la eficiencia, la carga asistencial y el empoderamiento del paciente.

Material y métodos: Estudio descriptivo basado en la implementación del programa en el Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta entre el 22/11/2024 y el 26/11/2025. Se analizaron 115 pacientes adultos activos (70,43% mujeres; edad media 41,29 años). El 100% de la cohorte utiliza el dispositivo MM 780G, principalmente bajo terapia SAP/AHCL (94,78%). El análisis se centró en los pilares de la plataforma: triaje automatizado, gestión de tareas y formación estructurada.

Resultados: Se registraron 696 seguimientos, con una media de 6,69 contactos por paciente. El 74,43% de las intervenciones fueron descargas remotas de la bomba y el 25,57% contactos telefónicos. El sistema de triaje clasificó la prioridad asistencial en: 44,59% código verde, 41,31% rojo y 14,09% amarillo. En cuanto a los resultados clínicos, la comparativa entre la primera y la última descarga mostró una mejora metabólica: el tiempo en rango (TIR) aumentó del 74,44% al 76,66% (+2,22%) y la HbA_{1c} estimada se redujo del 6,93% al 6,85%. El tiempo en hiperglucemia (> 180 mg/dL) descendió un 2,25%. Además, el porcentaje de pacientes que alcanzaron el objetivo combinado de TIR > 70%, TBR < 4% y GMI < 7 aumentó del 64% al 66%. La educación terapéutica facilitó la adherencia y la autogestión diaria.

Conclusiones: Care Connect® se posiciona como una herramienta eficaz para la digitalización de la atención sanitaria. Su capacidad para automatizar flujos y priorizar la atención mediante códigos de colores optimiza los recursos en entornos de alta demanda, mejorando significativamente los resultados en salud y la continuidad asistencial.

P-201. EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN SISTEMA HIBRIDO DE ASA CERRADA EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN DIÁLISIS PERITONEAL DESDE MEDTRONIC 780G HASTA CAMAPS

Nuria Balsells Bailón, Esther García Aguilera, Anna Pomes Aixut, Nati Callau Llubra, Ferran Rius Riu, Raquel Ruano Esteban y Anais Arque

Hospital Universitario Arnau Vilanova de Lleida, Lleida, España.

Introducción: La evidencia sobre el uso de sistemas híbridos de asa cerrada en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y diálisis peritoneal es escasa.

Objetivos: Evaluar el uso de un sistema híbrido de asa cerrada en un paciente en diálisis peritoneal.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un paciente DM1 portador del sistema Medtronic 780G que inició diálisis peritoneal y se cambió al sistema de asa cerrada CamAPS. Recopilamos datos de la historia clínica y las plataformas web Carelink y Glooko.

Resultados: Paciente con DM1 de 20 años de evolución y mal control crónico (HbA_{1c} 8-11%), hasta marzo 2022 que inicia sistema DiabeLoop (HbA_{1c} 6,6-7,2%). En septiembre 2023 se cambia a Medtronic 780G con sensor Guardian4, manteniendo buen control glucémico. En abril 2024 por FG 20ml/min y rápido empeoramiento de la función renal, se propone terapia renal sustitutiva. Estando en lista de espera para trasplante renopancreático, en mayo 2025 inicia diálisis peritoneal con icodextrina. Antes de iniciar diálisis peritoneal, tenía un buen control glucémico con Medtronic 780G: TIR 87%, TBR1 0%, ICG 7% y CV 20,7%. Smartguard 97% activo, objetivo glucosa 100 mg/dl y duración insulina activa 2h. Al inicio de la diálisis aumentó los requerimientos de insulina, por lo que colocamos el modo manual y también se colocó simultáneamente un Freestyle libre 3. Se observaron valores de glucosa capilar similares a FSL3 y más elevados en Guardian4 (60-80 mg/dl). Un mes después del inicio de la diálisis los datos en Carelink continúan aceptables: TIR 83%, TBR1 1%, ICG 6,6% y CV 34,5%, con glucemias nocturnas en el límite bajo y HbA_{1c} 5,8% (Hb 11,8 g/dl). Dada la mayor exactitud de FSL3 y las diferentes necesidades de insulina por la noche y por el día, se cambia a sistema CamAPS. Se configura objetivo glucosa nocturno 120 mg/dl y diurno 100 mg/dl. El control glucémico ha ido mejorando progresivamente, desde el

inicio: TIR 72%, TBR1 2%, GMI 7%, CV 45%, hasta la actualidad: TIR 75%, TAR1 16%, TAR2 6%, TBR1 2%, TBR2 1%. GMI 6,8%, CV 38%. Modo automático activado 96% y MCG activo 99%. DTI 69. Modo *boost* y *Ease-off* 0% activo. Ingestas: 2,7 bolos/día anunciados, 87,5 g carbohidratos/día. Objetivo glucosa: 110 mg/dL. No ha presentado ninguna complicación aguda de la diabetes en este periodo de tiempo.

Conclusiones: El sensor Freestyle libre 3 mostró una mayor fiabilidad que el Guardian4. Los sistemas de asa cerrada pueden constituir una opción terapéutica eficaz y segura en pacientes con diabetes en diálisis peritoneal, es necesario un uso adecuado e individualizado de la tecnología, un seguimiento clínico estrecho y la correcta educación del paciente.

P-202. ADHERENCIA AL SISTEMA DE PLUMA INTELIGENTE INPEN® SEGÚN EL PERFIL DE PERSONALIDAD EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1

Alejandra Quintero Tobar^{a,b}, Sara de Lope Quiñones^{a,b}, Javier Corbacho Pascual^a, Mar Lorenzo Moñino^a, Maider Eguiluz Fernández^a, Esther de la Calle de la Villa^a y Lía Nattero Chávez^{a,b}

^aHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. ^bCentro de Investigación Biomédica en Red en Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Madrid, España.

Introducción y objetivos: A pesar de los avances en el tratamiento de la diabetes tipo 1 (DM1), una proporción considerable de personas no alcanza un control glucémico óptimo, lo que conlleva un mayor riesgo de complicaciones y un deterioro en la calidad de vida. Las plumas de insulina inteligentes, como el sistema InPen®, pueden facilitar la terapia con múltiples dosis diarias (MDI); sin embargo, la adherencia podría estar influenciada por características individuales como el perfil de personalidad frente a la diabetes. El objetivo de este estudio fue evaluar la adherencia al sistema InPen® a los tres meses de uso, en función del perfil de personalidad del paciente.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, en 42 adultos con DM1. Se realizó seguimiento durante tres meses (visitas V0 y V3). La evaluación glucémica se basó en métricas de monitorización continua de glucosa (MCG) y en los datos registrados por la aplicación InPen®. Antes del inicio del tratamiento, los pacientes completaron un cuestionario validado de perfil de personalidad (COS-MOS), clasificándolos en cinco tipos: Sencillo, Vencedor, Supervisor, Alumno e Independiente. Se utilizó un modelo lineal general (GLM) ajustado por tiempo de evolución de la diabetes para analizar la relación entre personalidad y adherencia.

Resultados: El 50% de los pacientes eran mujeres; edad media 35 ± 12 años; duración de la DM1: 16 ± 10 años. La HbA_{1c} fue de $7,7 \pm 0,92\%$ (V0) y $7,7 \pm 0,91\%$ (V3). El tiempo en rango 70-180 basal fue de 56 ± 20 vs. $57 \pm 20\%$ en la V3, y el coeficiente de variación basal fue de $36 \pm 7,2$ vs. $35 \pm 6\%$ en V3. La distribución por perfiles fue: sencillo (12%), vencedor (33%), supervisor (7%), alumno (26%), independiente (17%). No se observaron cambios significativos en las métricas de MCG entre V0 y V3. El análisis del GLM mostró que: Los pacientes con perfil supervisor administraron un menor porcentaje de dosis recomendadas en comparación con los del perfil alumno [$F = 3,13$; IC95%: -124 a -1,48; $p = 0,043$]. El porcentaje de dosis administradas por encima de la recomendación fue significativamente mayor en los pacientes supervisores frente a los perfiles sencillo ($p = 0,016$), vencedor ($p = 0,010$), alumno ($p = 0,006$) e Independiente ($p = 0,010$).

Conclusiones: La adherencia al sistema InPen® parece estar influenciada por el perfil de personalidad del paciente frente a la enfermedad. Estos resultados refuerzan la utilidad de identificar el estilo de afrontamiento y comportamiento ante la diabetes para personalizar la terapia y adaptar la educación terapéutica en diabetes a las necesidades individuales.

P-203. RESULTADOS GLUCOMÉTRICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL DEL SISTEMA MINIMED 780G DE ASA CERRADA HÍBRIDO EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 1 EN ESPAÑA

Ignacio Conget Donlo^a, Virginia Bellido^b, Carmen Quirós^c, Noelia Gros-Herguido^b, Daria Roca^a, Ana Pérez-Morales^b y Marga Giménez Álvarez^a

^aUnidad de Diabetes, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic, Barcelona, España. ^bUnidad de Gestión de Endocrinología y Nutrición, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ^cServicio de Endocrinología, Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Barcelona, España.

Introducción: Los sistemas de administración automatizada de insulina han demostrado eficacia en el manejo de la diabetes tipo 1 (DT1). No obstante, existen pocos análisis que evalúen cómo dicha eficacia se refleja en la práctica clínica real en España. El objetivo de este estudio fue analizar datos del mundo real de pacientes con DT1 usuarios del sistema Minimed 780G en España.

Material y métodos: Se utilizaron datos recopilados mediante el programa CareLink Personal correspondientes a 16,390 usuarios del sistema Minimed 780G. Las variables analizadas incluyeron medidas de control glucémico. Se realizaron comparaciones entre distintos grupos de edad y entre los periodos previo y posterior al inicio del sistema de asa cerrada. Asimismo, se analizaron datos longitudinales de hasta 12 meses de uso continuo.

Resultados: En el conjunto de la población analizada, el tiempo medio en rango (TIR) fue del 75,9%, el tiempo en rango estrecho (TITR) del 51,0% y el tiempo por debajo de 70 mg/dL (TB70) del 2,15%, alcanzando la mayoría de los usuarios los objetivos internacionales de control glucémico. Los resultados fueron consistentes entre los distintos grupos de edad, aunque se observaron valores más favorables en los pacientes que emplearon los ajustes óptimos recomendados, con un TIR del 79,8%, un TITR del 55,4% y un TB70 del 2,02%. Tras el inicio del sistema Minimed 780G, se registraron mejoras sustanciales en el control glucémico, con un incremento del TIR del 64,7% al 75,8% y un aumento de más del doble en la proporción de usuarios que alcanzaron un TIR superior al 70%. Estas mejoras se mantuvieron estables durante un periodo de seguimiento de 12 meses.

Conclusiones: Este análisis demuestra mejoras sostenidas y clínicamente relevantes en el control glucémico de los pacientes usuarios del sistema Minimed 780G en España. El uso de este sistema se asocia con incrementos significativos del tiempo en rango y con un elevado cumplimiento de los objetivos glucémicos internacionales en condiciones de práctica clínica real. Estos resultados confirman la utilidad del sistema como una herramienta efectiva para optimizar el manejo de la DT1 en la población española.

P-204. CUANDO LA HBA_{1c} NO ES INTERPRETABLE: UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN UN PACIENTE CON TALAEMIA MINOR

Paula Pérez Machín, Selena Rodríguez Fernández, Kevin David Díaz Gorrín, Javier Panizo Fra, Macarena Sánchez-Gallego Alonso, Elena Rodríguez Sosa y Juan Ignacio Márquez de la Rosa

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España.

Introducción: La hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) es el parámetro de referencia para evaluar el control glucémico. Sin embargo, su fiabilidad depende de una vida media eritrocitaria normal y puede

verse alterada en presencia de hemoglobinopatías, como la talasemia menor, dificultando la toma de decisiones clínicas.

Caso clínico: Varón de 54 años con diabetes mellitus tipo 1 de 37 años de evolución y talasemia menor con hemoglobina anómala, con interferencias analíticas repetidas que invalidan la determinación de HbA_{1c} desde hace más de dos décadas. Presenta retinopatía diabética leve y función renal conservada. Ante la imposibilidad de utilizar la HbA_{1c} como marcador de control metabólico, se realizó seguimiento mediante monitorización continua de glucosa con Dexcom G7. La monitorización mostró una elevada calidad de registro (95% de tiempo activo). En el último periodo analizado, la glucosa media fue de 145 mg/dL, con un coeficiente de variación del 31,1% y un tiempo en rango (70-180 mg/dL) del 81%, con hipoglucemias mínimas. El indicador de gestión glucémica (GMI) fue del 6,8%. El seguimiento longitudinal durante el último año mostró valores de GMI estables, comprendidos entre 6,7% y 6,8%, confirmando un control glucémico consistente a lo largo del tiempo.

Discusión: En pacientes con talasemia menor, la HbA_{1c} puede resultar no interpretable y no reflejar el control glucémico real. La monitorización continua de glucosa constituye una herramienta fundamental en este contexto, permitiendo una evaluación precisa mediante métricas como el GMI y el tiempo en rango, y facilitando la adecuada toma de decisiones clínicas.

P-205. ¿CUÁL ES LA CONFIGURACIÓN DEL SISTEMA DE ASA CERRADA HÍBRIDO CAMAPS QUE SE ASOCIA A UN MEJOR CONTROL GLUCÉMICO?

María Bonet Quiroga^a, Paula Vallejo Albaráñez^a, Ana Carolina Serrano Coello^a, Lilian Cristina Mendoza Mathison^{a,b,c}, Álex Mesa Pineda^a, Rosa Corcoy Pla^{a,b,c,d} y Ana Chico Ballesteros^{a,b,c,d}

^aHospital de la Santa Creu I Sant Pau, Barcelona, España. ^bCIBER-BBN, Barcelona, España. ^cUniversitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España. ^dIR-Sant Pau, Barcelona, España.

Objetivos: Identificar los parámetros de la configuración del sistema CamAPS que se asocian a mejor control glucémico.

Material y métodos: Se analizaron pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) que llevaban ≥ 3 meses utilizando el sistema CamAPS. Se excluyeron mujeres en clínica pregestacional o gestantes. Se obtuvieron datos demográficos, de glucometría y HbA_{1c}, así como la configuración y el uso de modos Ease Off y Boost al inicio y a los 3 meses.

Resultados: La muestra incluyó 81 pacientes con DM1 (edad 50,4 ± 12 años, duración DM1 29,7 ± 13 años, 58% mujeres). A los 3 meses hubo mejoría significativa de: HbA_{1c} (7,26 ± 0,8 vs. 6,8 ± 0,6%), TIR (62,8 ± 14 vs. 73,4 ± 9%), TAR1 (24 ± 7 vs. 17,7 ± 6%), TAR2 (10,3 ± 10 vs. 4,6 ± 3%), glucosa media (162 ± 30 vs. 147 ± 13 mg/dl) y GMI (7,26 ± 0,6 vs. 6,7 ± 0,3%). No se evidenciaron cambios en TBR1 (2,5 ± 2 vs. 2,7 ± 1,7%), TBR2 (0,3 ± 0,7 vs. 0,4 ± 0,6%) y CV (35,6 ± 6

vs. 35,2 ± 5%). El objetivo de glucosa (OG) inicial fue de 107,8 ± 5 mg/dl, manteniéndose similar a los 3 meses (108,5 ± 6 mg/dl). Los OG más frecuentes configurados al inicio fueron 110 mg/dl (32,1%) y 104 mg/dl (27,2%), con 11% de OG > 110 mg/dl y 11% < 104 mg/dl. A los 3 meses se redujeron los pacientes con OG 110 mg/dl (22,5%) y OG 104 (13,8%) aumentando la proporción con OG > 110 (25,6%) y < 104 mg/dl (21,7%). A los 3 meses el OG se correlacionó negativamente con TIR y TBR1 y positivamente con edad, HbA_{1c} y TAR1 previos y con TAR1, glucosa media, HbA_{1c} y GMI a los 3 meses. Los sujetos con OG ≤ 104 mg/dl obtuvieron a los 3 meses menor glucosa media, GMI y TAR1 (p < 0,05), observándose tendencia a peor control a medida que el OG era más alto, sin aumento de TBR ni de CV (Tabla). Los pacientes que a los 3 meses consiguieron el objetivo conjunto de TIR > 70% + TAR < 25% + TBR < 4% tenían un TIR, CV y un OG inicial más bajos. No hubo asociación entre número de tramos de OG, ratios y uso de modos boost y ease off con el control glucémico.

Conclusiones: Los OG más estrictos se asocian con un mejor control glucémico sin aumentar el riesgo de hipoglucemia.

P-206. IMPACTO DE LOS SISTEMAS HÍBRIDOS AVANZADOS DE ASA CERRADA SOBRE LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1 EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Clara Fernández Rivera^a, Alba Gil Pascual^a, Pablo Lozano Martínez^a, Carlota Losfablos de Castro^a, Marta Dolz López^a, Gema González Fernández^b y Elena Pérez Galende^c

^aHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España. ^bHospital General San Jorge, Huesca, España. ^cHospital General de La Rioja, Logroño, España.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) conlleva una elevada carga de tratamiento, asociada a la toma continua de decisiones, el miedo a la hipoglucemia y el estrés relacionado con la enfermedad; factores que impactan negativamente en la calidad de vida. Los sistemas híbridos avanzados de asa cerrada (AHCL) han demostrado mejorar el control glucémico mediante la automatización parcial de la administración de insulina. Sin embargo, la evidencia sobre su impacto a medio y largo plazo en resultados centrados en el paciente, como la satisfacción con el tratamiento, especialmente en población adulta y en práctica clínica real, sigue siendo limitada.

Objetivos: Evaluar el efecto de los sistemas AHCL sobre la satisfacción con el tratamiento y la percepción del cambio respecto a la terapia previa en adultos con DM1 durante un seguimiento de 12 meses.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico en adultos con DM1 que iniciaron tratamiento con un sistema AHCL (MiniMed 780G, Tandem Control-IQ o CamAPS FX). La satisfacción se evaluó mediante el cuestionario validado Diabetes Treatment

Tabla P-205

Glucometría y HbA_{1c} al inicio y a los tres meses de uso de sistema CamAPS en función de OG

OG (mg/dl)	TIR (%)	GMI (%)	HbA _{1c} (%)	Glucosa media (mg/dl)	TAR1 (%)	TAR2 (%)	CV (%)	TBR1 (%)	TBR2 (%)
≤ 104 (n = 17)	76	6,7	6,6	141	15	5	35,8	3	1
104,1-108,4 (n = 23)	75	6,8	6,6	145	17	5	35	3	0
108,5-110,4 (n = 21)	73	6,8	6,9	147	18	5	35,9	3	0
110,5-120 (n = 16)	70	6,9	6,9	152	19	5	34,7	3	0
≥ 120,1 (n = 4)	70	7	7,7	154	24	5	33,1	3	0

Tabla P-207

Características clínicas, HC y variables glucométricas

Variables	Todos	Dieta Low Carb (< 130 g/día)	Dieta No Low Carb (≥ 130 g/día)	p
Edad (años)	47,8 ± 13,2	49,2 ± 13,2	46,2 ± 13,2	0,138
Duración DM (años)	28,9 ± 12,9	30,8 ± 13,2	26,5 ± 12,3	0,011
IMC (kg/m ²)	25,6 (22,7-29,6)	25,6 (22,8-30,1)	25,6 (22,7-28,8)	0,474
Dosis insulina diaria (DID) (UI)	37,8 (29,2-49,8)	34,6 (23,6-44,1)	41,6 (33,8-89,4)	0,000
Nº ingestas registradas	4 (3,2-5,6)	3,5 (2,9-4,5)	4,9 (3,7-6,5)	0,000
Hidratos carbono (g)	119 (64-165)	82,7 (61,4-108,2)	171,7 (146,5-208,3)	NA
TAR (%)	27 (19-35)	28 (19-35,8)	26 (19-34,8)	0,535
TIR (%)	71 (63-79)	70 (62,2-79)	72 (64-82)	0,906
TBR (%)	2 (1-3)	1,5 (1-3)	3 (1-4)	0,000
GMI (%)	6,9 (6,7-7,2)	7 (6,7-7,3)	6,9 (6,7-7,1)	0,076
CV (%)	35 (32-39)	34 (31,4-37,7)	35,9 (33-40,1)	0,005

Satisfaction Questionnaire, versión estado (DTSQ-s) en la fase basal, a los 6 y a los 12 meses, y versión cambio (DTSQ-c) a los 6 y 12 meses. Se analizaron los cambios longitudinales mediante análisis de medidas repetidas y pruebas apareadas.

Resultados: La puntuación total del DTSQ-s aumentó significativamente tras la instauración del sistema AHCL, pasando de 26,1 ± 8,4 puntos en la fase basal a 32,8 ± 3,0 puntos a los 6 meses y a 35,1 ± 3,4 puntos a los 12 meses ($p \leq 0,001$ para el efecto del tiempo). La mayor ganancia en satisfacción se observó durante los primeros 6 meses de uso, con consolidación posterior y menor dispersión de las puntuaciones a los 12 meses, lo que sugiere una experiencia del tratamiento más homogénea entre los pacientes. La percepción del cambio respecto al tratamiento previo, evaluada mediante el DTSQ-c, fue claramente favorable, con puntuaciones medias elevadas tanto a los 6 meses (14,7 ± 2,8) como a los 12 meses (12,7 ± 3,9), sin diferencias significativas entre ambos momentos, lo que indica una valoración positiva y sostenida del nuevo tratamiento. No se identificaron descensos en la satisfacción a lo largo del seguimiento.

Conclusiones: En práctica clínica real, los sistemas híbridos avanzados de asa cerrada se asocian a una mejora significativa, temprana y mantenida de la satisfacción con el tratamiento en adultos con DM1. Estos resultados muestran que, más allá de los beneficios metabólicos, los AHCL mejoran de forma sustancial la experiencia del paciente y reducen la carga percibida del manejo diario, lo que puede favorecer la adherencia y la sostenibilidad del tratamiento a largo plazo.

P-207. RELACIÓN ENTRE LA INGESTA DIARIA DE HIDRATOS DE CARBONO Y EL CONTROL GLUCÉMICO, EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 1 USUARIAS DE SISTEMA HÍBRIDO DE ASA CERRADA

Paula Vallejo Albarañez^a, Natalia Mangas Fernández^a, Montserrat Ramos Fortes^a, Mónica Escribano Lociga^a, Rosa Corcoy Pla^{a,b,c}, Ana Chico Ballesteros^{a,b,c} y Lilian Cristina Mendoza Mathison^{a,b,c}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bCIBER-BBN, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ^cDepartamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción y objetivos: Las dietas bajas en hidratos de hidratos de carbono (HC) o Low Carb (< 130 g/día) se han asociado con mejoras de HbA_{1c} y TIR en personas con DM1. Aunque, la evidencia en sistemas híbridos de asa cerrada (SAC) es limitada.

Objetivos: Comparar, en vida real, los datos de glucometría de usuarios de Control-IQ™ (CIQ) y CamAPS Fx (CamAPS), según la ingesta diaria de HC. Usuarios de 780G no fueron incluidos, por usar frecuentemente carbohidratos ficticios para forzar correcciones.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se analizaron datos de 232 personas con DM1, con ≥ 1 mes de uso de SAC y ≥ 70% de tiempo activo del sensor. Se recogió la ingesta media diaria de HC (g/día), la glucometría (14 días) y covariables de interés (edad, sexo, duración DM, IMC, dosis de insulina diaria y número de ingestas reportadas). Análisis estadístico: comparación entre grupos con dieta Low Carb vs. No Low Carb con U-Mann-Whitney; regresión lineal múltiple, analizando la variable HC tanto como cuantitativa continua como dicotómica (método enter), ajustado por covariables ($p < 0,05$), utilizando SPSS v26.0.

Resultados: El 69% eran mujeres, 47,8% usaba CIQ y 52,2% CamAPS. Las características clínicas y glucométricas, en el total de la muestra y según tipo de dieta, se resumen en la tabla. En el análisis multivariable, el consumo de HC como variable continua se asoció con menor TAR ($\beta = -0,175$; $p = 0,037$) y mayor TBR ($\beta = 0,245$; $p = 0,005$). Al analizarlo como variable dicotómica (< 130 vs. ≥ 130 g/día), el consumo de HC se asoció con menor GMI ($\beta = -0,149$; $p = 0,044$) y mayor TBR ($\beta = 0,289$; $p < 0,001$).

Conclusiones: En este grupo, las dietas no Low Carb se asociaron a mejor GMI, pero más TBR; sugiriendo que en usuarios de SAC la restricción de HC (< 130 g/día) no aporta un beneficio consistente en términos glucométricos.

P-208. IMPACTO DE LA DIABETES Y EL USO DE LA TECNOLOGÍA EN LAS RELACIONES SOCIALES, EN LA VIDA SEXUAL Y EN LA IMAGEN CORPORAL EN SUJETOS CON DIABETES TIPO 1

Lucía Babiano Benito, Jorge González Prieto, Laura María Martín Flores, Luis Miguel Domínguez Márquez y Pilar Isabel Beato Víbora

Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Introducción y objetivos: Vivir con diabetes tipo 1 implica un contacto temprano y permanente con la tecnología. La necesidad de llevar dispositivos visibles puede alterar la autopercepción de las personas afectando su autoestima y las relaciones sociales. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de la diabetes y de los dispositivos tecnológicos que los sujetos con diabetes tipo 1 tienen la necesidad de llevar para mejorar su control glucémico y su calidad

de vida. Se evaluaron tres esferas: imagen corporal, relaciones sociales y vida sexual.

Material y métodos: Varios cuestionarios son respondidos por sujetos con diabetes tipo 1 como parte de la evaluación psicosocial en las visitas rutinarias en el servicio de endocrinología y nutrición. De estos cuestionarios se extrajeron las preguntas relacionadas con las tres esferas a evaluar. Se seleccionaron un total de 9 preguntas de dos cuestionarios: Diabetes Quality of Life (DQoL) y del Glucose Monitoring Experience Questionnaire (GME-Q). Se evaluó la relación entre las puntuaciones obtenidas en estas preguntas y las características demográficas y clínicas de los sujetos.

Resultados: Se incluyeron 285 sujetos con diabetes tipo 1. Las características basales fueron: edad: 40 ± 12 años (rango de 19 a 70 años). Sexo: 55% mujeres ($n = 157$). Duración de la diabetes: 21 ± 11 años. HbA_{1c} : $7,63\% \pm 1,16$. IMC: $25 \pm 4,5$ kg/m². Usuarios con bomba de insulina: 51% ($n = 144$) frente al 49% que presentaban monitorización continua de glucosa exclusivamente. Los resultados principales fueron: imagen corporal más afectada en mujeres, personas con mayor duración de la diabetes, IMC más alto y usuarios con sensor y múltiples dosis de insulina comparados con usuarios de bomba. Mayor impacto en relaciones sociales en mujeres y adultos mayores de 40 años. Mayor repercusión en el ámbito sexual en mujeres y personas con HbA_{1c} más alta. Todas las asociaciones fueron significativas ($p < 0,005$) pero la correlación fue débil (Pearson $< 0,25$).

Conclusiones: El género, la duración de la diabetes, el IMC, el uso de bomba, la edad y el control glucémico influyen en la imagen corporal, las relaciones sociales y la vida sexual en personas con diabetes tipo 1.

P-209. EFECTIVIDAD EN VIDA REAL DE LOS SISTEMAS HÍBRIDOS DE ASA CERRADA EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1

Pilar Pérez Reyes, Delia Lavinia Marginean, Ángel Rebollo Román, Rafael Palomares Ortega y María Ángeles Gálvez Moreno

Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Introducción y objetivos: Los sistemas híbridos de asa cerrada (AHCL) son una innovación clave en el manejo de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y tienen el objetivo de optimizar el control glucémico y reducir la variabilidad. El objetivo de este estudio fue evaluar su efectividad en la práctica clínica.

Material y métodos: Estudio prospectivo en adultos con DM1 que iniciaron terapia con AHCL en nuestro centro. Se compararon los parámetros glucémicos antes y después del inicio del AHCL. El análisis estadístico se realizó con SPSS v.29; se consideró significación estadística un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 143 pacientes (26,6% hombres y 73,4% mujeres; edad media $37,0 \pm 11,9$ años; duración de la diabetes $23,6 \pm 11,3$ años). El 49% utilizó Medtronic 780G, el 27,3% CamAPS FX y el 23,8% Control-IQ. Antes del AHCL, el 54,5% estaba en tratamiento con múltiples dosis de insulina y el 45,5% con terapia convencional con bomba de insulina. La dosis diaria total media de insulina fue de $43,1 \pm 20,1$ UI. Tras el inicio del AHCL se observaron mejoras significativas ($p < 0,001$) en la HbA_{1c} (7,41 vs. 6,91%), el coeficiente de variación (38,55 vs. 34,53%), el GMI (7,57 vs. 6,89%), la glucosa media (173,2 vs. 149,8 mg/dL), el tiempo en rango 70-180 mg/dL (57 vs. 73,38%), el tiempo en rango estrecho 70-140 mg/dL (33,7 vs. 47,4%) y el tiempo por encima del rango > 180 mg/dL (37,9 vs. 24,11%).

Conclusiones: Los sistemas AHCL mejoraron de forma significativa el control glucémico, aumentaron el tiempo en rango y redujeron la variabilidad y la hiperglucemia en los adultos con DM1 de nuestra cohorte.

P-210. IMPACTO PRECOZ DE LOS BOLÍGRAFOS INTELIGENTES DE INSULINA (INPEN) EN EL CONTROL GLUCÉMICO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Eduardo Blanco Chillerón, Isabel Gómez Chamorro, Sonsoles Sesma Quesada, Maravillas Bescos Pérez, Ana Isabel Castellanos Rodríguez, Marcel Sambo Salas y José Atencia Goñi

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción y objetivos: InPen es un bolígrafo inteligente de insulina rápida para pacientes con diabetes mellitus tipo 1 en múltiples dosis. Incorpora registro de inyecciones y dosis omitidas, calculador de bolo y alarmas mediante aplicación móvil. La integración de estos datos con la monitorización continua de glucosa permite optimizar la toma de decisiones para un mejor control glucémico. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto precoz del inicio de InPen sobre parámetros glucométricos durante el primer mes, comparándolos con las dos semanas previas a su instauración.

Material y métodos: Se recogieron los datos de los 8 primeros pacientes que iniciaron el sistema InPen en nuestro centro. Se revisaron retrospectivamente las historias para obtener los antecedentes y las plataformas de monitorización y CareLink para extraer los datos glucométricos de las dos semanas previas al inicio del dispositivo, las dos primeras semanas y las dos siguientes (tres tiempos). No fue posible recoger datos de dosis omitidas. Los datos se anonimizaron y analizaron mediante R studio. Para la significación se realizó el test de Friedman.

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 8 pacientes, predominantemente mujeres (87,5%), con una duración media de la diabetes de $23,5 \pm 7,4$ años. Ningún paciente presentaba complicaciones crónicas ni hipertensión arterial, mientras que el 37,5% mostraba dislipemia. El peso medio fue de $62,7 \pm 10,6$ kg, con una altura media de $1,65 \pm 0,10$ m y un IMC medio de $22,9 \pm 3,5$ kg/m². Tras el inicio del dispositivo, se observó una mejora significativa del tiempo en rango estrecho (TITR) a lo largo del seguimiento ($38,4 \pm 12,2\%$ en basal, $47,6 \pm 10,0\%$ a los 15 días y $48,3 \pm 15,4\%$ a los 30 días; $p = 0,012$). El tiempo en rango (TIR) mostró un incremento clínicamente relevante, con una tendencia a la significación estadística ($58,8 \pm 18,4\%$, $69,8 \pm 12,4\%$ y $68,5 \pm 16,4\%$, respectivamente; $p = 0,053$). No se objetivaron cambios significativos en la dosis diaria total de insulina, en la distribución entre insulina basal y rápida ni en la dosis ajustada por peso durante el periodo de estudio. Asimismo, no se detectaron incrementos en hipoglucemia, manteniéndose estables el tiempo por debajo de 70 mg/dl y de 55 mg/dl. Se observó una mejora no significativa de la glucosa media, el GMI y el coeficiente de variación (CV), lo que sugiere una mejora del control glucémico con menos variabilidad.

Conclusiones: La instauración del dispositivo se asoció a una mejora significativa del TITR, así como una tendencia al aumento del TIR y mejora de GMI y CV visibles desde el inicio, sin cambios significativos en dosis de insulina ni hipoglucemias durante los primeros 30 días de seguimiento.

P-211. ESTUDIO DE SATISFACCIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 1 USUARIAS DE DISTINTOS SISTEMAS DE INFUSIÓN AUTOMATIZADA DE INSULINA

Javier Olmedo Pérez-Montaut, María Mercedes Senent Capote, Antonio Ballesteros Martín-Portugués, Luis Muñoz Arenas y Paula Begines Tirado

Hospital Universitario de Jerez, Jerez de la Frontera, España.

Introducción: En diabetes mellitus tipo 1 (DM1), los sistemas de infusión automatizada de insulina (SIAI) han demostrado mejorar el

control glucémico y la calidad de vida frente a terapias previas. Sin embargo, en España existen aún pocos registros que evalúen su impacto real sobre la carga de enfermedad y la experiencia cotidiana del paciente, y no se dispone de escalas específicas validadas en castellano para este fin.

Objetivos: Explorar el impacto en la calidad de vida y el grado de satisfacción en relación con el inicio y el uso prolongado (≥ 1 año) de SIAI en pacientes con DM1, mediante cuestionarios validados actualmente disponibles (DTSQs, DTSQc y ViDa1).

Material y métodos: Estudio descriptivo exploratorio. Seleccionamos aleatoriamente 29 personas con DM1 usuarias de SIAI durante ≥ 1 año del cupo del Hospital de Jerez, a las que mientras seguían un tratamiento diferente al SIAI actual se les administró el cuestionario de satisfacción con el tratamiento (DTSQs). Recogimos datos demográficos, duración de diabetes y administramos los cuestionarios de satisfacción-cambio (DTSQc) y de calidad de vida en DM1 (ViDa1, con ítems estructurados en 4 escalas: Interferencia en la vida, Autocuidado, Bienestar y Preocupación por la enfermedad). Realizamos estadística descriptiva (media \pm desviación estándar; mediana y rango intercuartílico).

Resultados: 22 mujeres (75,9%), edad $38,4 \pm 11,4$ años ($n = 28$) y duración de DM1 ≥ 20 años en 17/25. SIAI actual: CamAPS ($n = 11$), 780G ($n = 10$) y Control-IQ ($n = 8$). DTSQs basal disponible en 21/29: satisfacción $18,4 \pm 10,4$ (0-36). En seguimiento, DTSQc mostró mejoría global: $11,8 \pm 4,6$ (-18 a +18), mejor en el 96,6%. La satisfacción tras el uso de SIAI difirió entre sistemas, mayor mejoría en CamAPS (mediana +15) y 780G (+12,5) frente a Control-IQ (+7,5) ($p = 0,009$; $e^2 = 0,284$; *post hoc* $p = 0,020$). En ViDa1, Interferencia $33,2 \pm 10,9$ ($n = 27$) y Preocupación $19,1 \pm 4,5$ ($n = 29$; ≥ 20 en el 55,2%) (mayor = peor en ambos). Interferencia significativa, menor con 780G (26) que con CamAPS (38) ($p = 0,027$; $e^2 = 0,217$; *post hoc* $p = 0,033$). Bienestar significativo: 780G (23,5) > CamAPS (20) > Control-IQ (16,5) ($p = 0,048$; tendencia *post hoc* $p = 0,055$). Diferencias en la edad entre sistemas ($p = 0,036$) sugiere confusión. Fiabilidad alta: DTSQs $\alpha = 0,958$; ViDa1 $\alpha = 0,80-0,91$.

Conclusiones: En práctica clínica, los pacientes con SIAI reportan una mejora sustancial de satisfacción terapéutica, con aparente tendencia a menor percepción de hipoglucemia, pero persisten interferencia y preocupación relevantes. Por su carácter exploratorio (n pequeña, presumible confusión por edad o perfiles/expectativas diferentes de pacientes, sesgos...), estos hallazgos deben interpretarse con cautela. Se requieren herramientas específicas para SIAI validadas en castellano para evaluar de forma sistemática carga, beneficios y dimensiones socioemocionales.

P-212. ANÁLISIS DEL IMPACTO INICIAL DE LA TERAPIA CON AID SOBRE EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES ADULTOS CON DM1: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA

Ines Álvarez González, Beatriz García Alonso y María Villa de la Fuente

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Introducción: La transición desde múltiples dosis de insulina (MDI) a terapia con bomba de insulina (AID) representa un cambio relevante en los resultados glucémicos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Analizar su impacto inicial desde la práctica clínica real permite valorar los beneficios tempranos del uso de esta tecnología.

Objetivos: Determinar la mejora del control metabólico del paciente adulto con DM1 en la transición de MDI a AID, habiendo recibido previamente educación específica en su manejo, comparando el informe AGP durante el mes previo al inicio de AID y el primer mes tras su implantación.

Material y métodos: Resumen descriptivo de la experiencia en práctica clínica en pacientes adultos con DM1 atendidos en la unidad de educación diabetológica del Hospital Universitario Central de Asturias.

Se incluyen pacientes que realizan la transición desde MDI a terapia con AID YpsoPump CampAPS y sensor integrado Freestyle 3 Libre durante el año 2025, siendo previamente usuarios de sistema de monitorización continua de glucosa Freestyle Libre2+. Previa a la transición de MDI a AID los pacientes reciben educación terapéutica necesaria para la implementación de la nueva terapia. Posteriormente, una vez iniciada la terapia con AID, se realiza seguimiento (a los 3 días, a la semana, a los 15 días y al mes) ajustando los parámetros pertinentes. Finalmente, se obtienen los registros del informe AGP Libreview, AGP YpsoPump y AGP Glooko correspondientes al mes previo y al mes posterior de comienzo con la nueva terapia, analizándose parámetros de control glucémico como TIR, TBR, coeficiente de variabilidad y GMI.

Resultados: Partimos de una muestra de 45 pacientes donde, tras la instauración de terapia con AID, se observa una mejora global del control glucémico. Tomando como premisa las recomendaciones internacionales de control glucémico, observamos que: con terapia MDI, previa a implantación de terapia AID, tienen un TIR por encima del 70% solo 4 pacientes (8,8%). El TBR por debajo de 4% lo alcanzan 31 (68,8%) pacientes. El CV por debajo del 36% está en 14 pacientes (31,1%) y el GMI por debajo del 7% lo presentan 9 pacientes (20%). Con terapia AID, el TIR por encima del 70% lo alcanzan 24 pacientes (53,3%). El TBR por debajo de 4% lo obtienen 10 pacientes (22,2%). El CV por debajo de 36% lo tienen 19 pacientes (42,2%) y el GMI por debajo del 7% lo presentan 25 pacientes (55,5%).

Conclusiones: En nuestra práctica clínica, la transición desde MDI a terapia AID YpsoPump en pacientes adultos con DM1 se asocia a una mejora temprana del control glucémico.

Declaración de conflictos de interés: Las autoras declaran no tener conflictos de interés relacionados con el contenido de este trabajo ni con la empresa Ypsomed.

P-213. SEIS AÑOS DE EVOLUCIÓN EN EL CONTROL GLUCÉMICO DURANTE EL EMBARAZO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2: ¿QUÉ HA CAMBIADO CON LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA?

María Fernanda Peñaherrera Aguilar, Adrián Chaves Lozano, Pedro Talledo Madrid, Gabriela Inés Simbaña Aragón, Carlos Latorre Mesa, Alicia Pelayo García y María Pie León

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) durante el embarazo se asocia a un aumento del riesgo de complicaciones maternas y neonatales, entre las que destaca la hipoglucemia neonatal, relacionada con la exposición fetal a hiperglucemia materna. El control glucémico estricto es un pilar fundamental del manejo de estas gestantes. En los últimos años, la monitorización continua de glucosa (MCG) se ha incorporado de forma progresiva a la práctica clínica, permitiendo una evaluación más detallada de la variabilidad glucémica y del tiempo en rango. Sin embargo, la evidencia sobre su impacto clínico específico en mujeres con DM2 es limitada y heterogénea.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el uso de monitorización continua de glucosa y los resultados maternos y neonatales en gestantes con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en un nuestro servicio.

Material y método: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo, unicéntrico, que incluyó un total de 73 gestaciones en mujeres con DM2. Se compararon dos periodos de manejo clínico: gestaciones controladas sin MCG entre los años 2018-2019 y 2022 (grupo control, $n = 31$) y gestaciones controladas con MCG entre 2023 y junio de 2025 (grupo MCG, $n = 42$). Se recogieron variables clínicas basales, parámetros de control glucémico, necesidades de tratamiento con insulina durante el tercer trimestre, así como resultados obstétricos y neonatales. En el grupo MCG se analizaron además métricas específicas de control glucémico, incluyendo tiempo en rango, tiempo por debajo y por encima del rango recomendado.

Resultados: Las características basales fueron comparables entre ambos grupos, sin diferencias significativas en edad, índice de masa corporal, HbA_{1c} inicial ni comorbilidades asociadas. La incidencia de hipoglucemia neonatal fue significativamente menor en el grupo con MCG en comparación con el manejo convencional (9,5 vs. 31,4%; $p < 0,01$). Las necesidades de insulina en el tercer trimestre fueron similares entre ambos grupos, al igual que los valores de HbA_{1c} al final de la gestación. Las gestantes con MCG presentaron un excelente perfil de control glucémico, con un tiempo en rango del 98% (RIC: 5), tiempo por debajo del rango del 1% (RIC: 2) y tiempo por encima del rango del 0% (RIC: 3). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de preeclampsia, malformaciones congénitas ni en la distribución de la vía del parto, aunque la tasa de cesáreas fue numéricamente inferior en el grupo con MCG.

Conclusiones: En esta cohorte de práctica clínica real, el uso de monitorización continua de glucosa en gestantes con DM2 se asoció a una reducción significativa de la hipoglucemia neonatal y a un control glucémico óptimo, sin evidenciarse diferencias relevantes en los resultados maternos. Estos resultados apoyan el valor de la MCG como herramienta complementaria en el manejo individualizado de esta población de alto riesgo.

P-214. EL MAL CONTROL GLUCÉMICO BASAL LIMITA LA EFECTIVIDAD DEL PÁNCREAS ARTIFICIAL

Ángela Vegas Lorenzo, David Subías Andujar, Lara Albert Fabregas, Judith Jover Gornall, Ismael Capel Flores, Hernán David Alvarado Jiménez y Mercedes Rigla Cros

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Parc Taulí, Sabadell, España.

Introducción y objetivos: Estudios controlados previos han demostrado que los pacientes con un peor control glucémico previo al inicio de un sistema de asa cerrada son el único subgrupo que obtiene un mayor beneficio inicial. Sin embargo, existe poca evidencia sobre la efectividad de estos a largo plazo en función del control glucémico basal. El objetivo de este estudio es analizar, en vida real, la influencia del control glucémico basal en los resultados con un sistema de asa cerrada a corto y largo plazo.

Material y métodos: Estudio observacional longitudinal en adultos con DT1 usuarios del sistema Control-IQ™. Los pacientes se dividieron en dos grupos: aceptable control basal (HbA_{1c} previa $\leq 8\%$, $n = 116$) y mal control basal (HbA_{1c} $> 8\%$, $n = 39$). Se recogieron sus características basales y se realizó un seguimiento de los parámetros glucémicos a los 6, 12 y 24 meses.

Resultados: Ambos grupos diferían en la HbA_{1c} previa (7,1 vs. 8,9%) y en el tratamiento previo, con un mayor porcentaje de pacientes en tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI) en el grupo de mal control basal (54,3 vs. 76,9%). El grupo de mal control basal experimentó un mayor descenso inicial de la HbA_{1c} (1,6 vs. 0,6%), aunque sus valores se mantuvieron subóptimos a lo largo del tiempo (7,3-7,5 vs. 6,45-6,7%). También mostró un menor TIR (63,3-66,3 vs. 73,8-74,1%) y un mayor TAR (31,9-35,2 vs. 24-24,4%). No se observaron diferencias en el TBR ni en el CV. Además, un porcentaje mucho menor de pacientes con mal control alcanzó todos los objetivos glucémicos internacionales a lo largo del estudio (13,8-15 vs. 40,6-50,6%).

Conclusiones: Los pacientes con mal control glucémico basal mostraron una mayor mejoría inicial con el sistema, aunque mantuvieron resultados subóptimos en HbA_{1c} y TIR/TAR a largo plazo, con resultados similares en TBR y CV. Deben existir factores intrínsecos al paciente e independientes del sistema que condicionan los resultados a largo plazo. Es importante trabajar sobre estos factores previo al inicio del sistema para obtener mejores resultados.

P-215. CONTROL-IQ EN VIDA REAL: RESULTADOS A 3 AÑOS

Hernán David Alvarado Jiménez, Ángela Vegas Lorenzo, David Subías Andújar, Lara Albert Fabregas, Judith Jover Gornall, Ismael Capel Flores y Mercedes Rigla Cros

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Parc Taulí, Sabadell, España.

Introducción y objetivos: Los sistemas híbridos de asa cerrada, como Control-IQ, han demostrado mejorar el control metabólico en pacientes con diabetes tipo 1 (DT1). Sin embargo, existe poca evidencia sobre su efectividad y seguridad en vida real más allá de los 12 meses. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad, seguridad y adherencia al sistema Control-IQ a los 36 meses de seguimiento en pacientes con DT1.

Material y métodos: Estudio observacional de una cohorte de 160 pacientes con DT1 seguidos entre 2021 y 2025. La muestra presentaba un 64% de mujeres, una edad media de 46 ± 11 años, un IMC medio $27,1 \pm 5$ kg/m², una duración de la enfermedad de 24 ± 12 años, una HbA_{1c} previa de $7,5 \pm 1,2\%$ y un 58% realizaba previamente tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI). Se analizaron la HbA_{1c} y los parámetros de glucometría como el tiempo en rango (TIR), el tiempo por encima de rango (TAR), el tiempo por debajo de rango (TBR) y el coeficiente de variación (CV) a los 6, 12, 24 y 36 meses.

Resultados: Se observó una reducción media de la HbA_{1c} del 0,8%, manteniéndose por debajo del 7% durante los 36 meses. El porcentaje de pacientes con HbA_{1c} $< 7\%$ aumentó del 27,1% inicial al 59,5% a los 3 años. El TIR se mantuvo de forma sostenida por encima del 70% durante todo el seguimiento. El sistema demostró ser seguro con un TBR medio estable de $-1,8\%$ y un CV de -32% a lo largo de los 3 años. Solo se registró un 5% de interrupciones voluntarias, todas ellas antes de los 6 meses de uso.

Conclusiones: El sistema Control-IQ es efectivo, seguro y garantiza una alta adherencia a largo plazo (36 meses) en condiciones de vida real.

P-216. COMPARACIÓN ENTRE SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN AUTOMÁTICA DE INSULINA: SMARTGUARD® VS. CAMAPS FX®, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Alicia Pelayo García, Lourdes Aizpeolea San Miguel, Irene Sangil Monroy, Ricardo Batanero Maguregui, Rocío Michelena Fernández, Coral Montalbán Carrasco y María Pie León

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Objetivos: Comparar el control metabólico tras inicio de sistema integrado de administración automática de insulina entre el sistema SmartGuard® de Medtronic y CamAPS FX®.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyen 37 pacientes con sistema de Medtronic y 32 pacientes con CamAPS que comenzaron con el sistema integrado entre mayo de 2021 y febrero de 2025. Se recogieron datos clínicos y analíticos de la visita previa al inicio del sistema integrado, así como de la consulta más reciente.

Resultados: En cuanto a las características basales de los pacientes incluidos no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Sin embargo, tras inicio de sistema integrado se encuentran diferencias estadísticamente significativas en dosis diaria de insulina: Medtronic 20 ui vs. CamAPS 25 ui ($p < 0,001$); TUR70: Medtronic 1,4 vs. CamAPS 2,3% ($p < 0,05$); TIR70-180: Medtronic 73,9 vs. CamAPS 67,9% ($p < 0,05$); TAR250: Medtronic 5,2 vs. CamAPS 9,2% ($p < 0,05$); tiempo de uso del sensor: Medtronic 93,1 vs. CamAPS 98,1% ($p < 0,001$); y embarazo durante el seguimiento: Medtronic 0 vs. CamAPS 5 ($p < 0,05$). También existe una tendencia

a menor variabilidad glucémica con Medtronic 33,5 vs. 35,8% con CamAPS sin lograr significación estadística ($p = 0,08$). No se han encontrado diferencias entre ambos grupos en cuanto a complicaciones agudas ni crónicas relacionadas con la diabetes.

Conclusiones: En nuestro centro los pacientes con sistema SmartGuard® de Medtronic tienen menor TUR70 y TAR250, y mayor TIR70-180 en comparación con CamAPS FX®, a pesar de esto no se encontraron diferencias en cuanto a control medido por HbA_{1c} , GMI ni glucosa media, pero si existe tendencia a menor variabilidad con Medtronic. Por otro lado, los pacientes con CamAPS usan mayor tiempo el sistema de monitorización continua de glucosa, esto puede estar relacionado la usabilidad o facilidad de uso del tipo de sensores empleados. También hay más embarazos en aquellas pacientes con CamAPS, ya que es el sistema indicado en gestantes. Sería necesario ampliar el tiempo de seguimiento para determinar si pudiera haber diferencias en cuanto a complicaciones crónicas.

No existen relaciones de interés entre los autores y compañías o casas comerciales relacionadas con el estudio.

P-217. HIPOGLUCEMIAS NOCTURNAS EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1: DISCORDANCIA CON EL AGP DE 24 HORAS Y REPERCUSIÓN EN EL CONTROL GLUCÉMICO

Ana Márquez Marvizon, Clara de Regla Martínez Merino, Pablo Rodríguez de Vera Gómez, Beatriz Rodríguez Jiménez, Mateo José Colchón Fernández y María Asunción Martínez Brocca

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Objetivos: Evaluar si el análisis del perfil ambulatorio de glucosa (AGP) nocturno (00:00-08:00) identifica exceso de hipoglucemias no detectado mediante el AGP de 24 horas en adultos con diabetes mellitus tipo 1 (DM1), y analizar su asociación con el control glucémico global evaluado mediante HbA_{1c} y métricas del AGP de 24 h.

Material y métodos: Estudio observacional de corte transversal en adultos con DM1 en tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI). Se analizaron registros de monitorización *flash* de glucosa (FreeStyle Libre 2®) correspondientes a 14 días mediante explotación masiva de lecturas (.csv). El exceso de hipoglucemias se definió según los criterios de Battelino et al. (tiempo < 70 mg/dL $> 4\%$ y/o < 54 mg/dL $> 1\%$). Se realizó un análisis específico del AGP nocturno (00:00-08:00) y del AGP de 24 horas. En función del patrón de hipoglucemias, los pacientes se clasificaron en cuatro grupos: hipoglucemia exclusivamente nocturna, hipoglucemia nocturna y diurna, hipoglucemia exclusivamente diurna y ausencia de hipoglucemias. El control glucémico se comparó mediante HbA_{1c} y métricas del AGP de 24 h.

Resultados: Se incluyeron 157 pacientes, 86 mujeres (54,8%), con una edad media de $42,4 \pm 11,8$ años y $22,9 \pm 13,1$ años de evolución de la DM1. Veintidós pacientes (14,0%) presentaron hipoglucemia exclusivamente nocturna, 43 (27,4%) hipoglucemia nocturna y diurna, 13 (8,3%) hipoglucemia exclusivamente diurna y 79 (50,3%) no presentaron hipoglucemias. Los pacientes con hipoglucemias exclusivamente nocturnas fueron más jóvenes que aquellos sin hipoglucemias ($40,4 \pm 10,2$ vs. $44,3 \pm 11,9$ años; $p = 0,033$), sin diferencias en el tiempo de evolución de la diabetes. En el análisis del AGP de 24 h, el grupo con hipoglucemias exclusivamente nocturnas mostró mayor variabilidad glucémica, mayor carga de hipoglucemias y mayor número y duración de eventos hipoglucémicos en comparación con los pacientes sin hipoglucemias ($p < 0,001$ para todas). Aunque los pacientes sin hipoglucemias mostraron valores más elevados de HbA_{1c} ($7,58 \pm 0,87\%$) en comparación con el grupo con hipoglucemias exclusivamente nocturnas ($7,19 \pm 1,04\%$; $p < 0,001$), estos últimos presentaron un peor perfil combinado de control glucémico (CV 35,8 vs. 32,9%; $p < 0,001$), mayor tiempo en hipoglucemia < 70 mg/dL

(3,50 vs. 1,53%; $p < 0,001$) y < 54 mg/dL (0,50 vs. 0,15%; $p < 0,001$), junto con una coexistencia significativa de hiperglucemia (tiempo > 180 mg/dL 22,3 vs. 26,1%; $p < 0,001$).

Conclusiones: El análisis específico del AGP nocturno (00:00-08:00) permite identificar pacientes con exceso de hipoglucemias que no se detectan mediante el AGP de 24 horas. Las hipoglucemias exclusivamente nocturnas se asocian a un perfil de control glucémico global desfavorable, caracterizado por mayor variabilidad y coexistencia de hipoglucemia e hiperglucemia, lo que respalda la incorporación sistemática del análisis nocturno del AGP en la evaluación clínica de adultos con DM1.

P-218. RESULTADOS GLUCOMÉTRICOS EN VIDA REAL DEL SISTEMA DE ASA CERRADA HÍBRIDO AVANZADO MINIMED 780G EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 1 PREVIAMENTE TRATADAS CON MÚLTIPLES DOSIS DE INSULINA

Ana María Rubio Díaz, Noelia Gros Herguido, San Amuedo Domínguez, Ana Piñar Gutiérrez, Gema López Gallardo, Virginia Bellido Castañeda y Alfonso Soto Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción y objetivos: El sistema de administración automatizada de insulina (AID) Medtronic MiniMed 780G incorpora un algoritmo de control que permite administrar bolos correctores automáticos cada 5 minutos, lo que ha demostrado aumentar el tiempo en normoglucemia de pacientes con diabetes tipo 1 (DT1) sin incrementar el número de hipoglucemias. El objetivo principal del estudio es evaluar prospectivamente el impacto en vida real del sistema AID MiniMed 780G, en términos de control glucémico, en aquellos pacientes previamente tratados con multidosis de insulina (MDI) tras 12 meses de seguimiento.

Material y métodos: Pacientes con DT1 en tratamiento con MDI y monitorización *flash* de glucosa (MFG) FreeStyle Libre 2 pasaron al sistema AID MiniMed 780G. Se analizaron datos de HbA_{1c} y glucometría pre-implantación y a 3, 6 y 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 161 pacientes (58% mujeres) con una edad media de 39 ± 11 años y un IMC promedio de 26 ± 5 kg/m². El 51% llevaba más de 20 años de evolución de la enfermedad, siendo la edad media del diagnóstico $18,6 \pm 12$ años. La retinopatía fue la complicación más frecuentemente observada (33,5%). El 21,7% de los pacientes había presentado al menos un evento de hipoglucemia grave. A los 3 meses posimplantación, el 90% de los pacientes alcanzó un tiempo en rango (TIR, 70-180 mg/dl) superior al 70% que se mantuvo a 6 y 12 meses ($p < 0,001$), con un TIR promedio $79,40 \pm 9,4\%$ y un tiempo en hipoglucemia (< 70 mg/dl) de $2 \pm 2\%$ durante todo el seguimiento ($p < 0,001$). El 57% alcanzó el objetivo compuesto (GMI $< 7\%$, TIR $> 70\%$, TBR $< 4\%$ y TBR $54 < 1\%$). La HbA_{1c} disminuyó significativamente de $7,6 \pm 1,1$ a $6,7 \pm 0,6\%$ ($p < 0,001$). No se observaron cambios significativos en el peso ni en los requerimientos diarios de insulina. Asimismo, no se detectaron diferencias significativas de HbA_{1c} y TIR en función de la duración de insulina activa (DIA, 2 h vs. > 2 h), el objetivo de glucemia (100 vs. > 100 mg/dl), el tipo de insulina administrada ni los años de evolución de la enfermedad (< 10 , 10-20, > 20 años). Aunque se observaron reducciones de HbA_{1c} y mejoras en el TIR en todos los grupos, estas fueron más significativas en los pacientes que presentaban un peor control metabólico previo a la implantación ($HbA_{1c} > 8-9\%$).

Conclusiones: El sistema AID MiniMed 780G permite optimizar el control glucémico de forma precoz, sostenida y significativa sin incrementar el número de hipoglucemias, especialmente en pacientes con peor control glucémico basal. La mejoría observada tras su implantación es independientemente de la configuración del sistema, de los años de evolución de la enfermedad y del tipo de insulina utilizada.

P-219. IMPACTO SOBRE CONTROL GLUCÉMICO DEL CAMBIO DE SISTEMA AID ROCHE A OTROS MODELOS EN VIDA REAL

Macarena Alpañes Buesa, Elena Villa Fernández, Carmen Navarro Antón, Ainhoa Abad López, Nuria Palacios García, Miguel Brito Sanfiel y Mercedes López del Hierro

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda, España.

Introducción y objetivos: Los sistemas de infusión automática de insulina (AID) han demostrado mejorar el control glucémico en personas con diabetes mellitus tipo 1. En 2025, la interrupción del suministro de fungibles por parte del fabricante obligó a sustituir de forma completa los sistemas AID Roche utilizados en nuestro centro. Esta situación supuso una oportunidad para evaluar, en condiciones de práctica clínica real, el impacto del cambio de sistema AID sobre el control glucémico. El objetivo del estudio fue analizar los cambios en métricas de control glucémico tras el cambio desde sistemas AID Roche a otros modelos disponibles.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 portadores de sistemas AID Roche. Inicialmente, 36 pacientes fueron candidatos al cambio de sistema. Cuatro pacientes fueron excluidos por no encontrarse en modo automático. La cohorte final incluyó 32 pacientes, de los cuales 30 disponían de datos completos descargables y fueron incluidos en el análisis comparativo. Se recogieron variables demográficas y clínicas, así como métricas de control glucémico derivadas de la monitorización continua de glucosa, incluyendo tiempo en rango (TER), tiempo por encima y por debajo del rango, variabilidad glucémica y glucemia promedio. Los pacientes se clasificaron según el tipo de nuevo sistema AID implantado (MiniMed 780G, Tandem Control-IQ y YpsoPump). Las comparaciones pre-post se realizaron mediante pruebas pareadas (t de Student o Wilcoxon, según distribución). Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: La edad media fue de $47,1 \pm 12,4$ años, con una evolución media de la diabetes de $25,4 \pm 9,8$ años. La mayoría de los pacientes fueron mujeres (78,1%). Un 37,5% presentaba al menos una complicación crónica, siendo la retinopatía diabética la más frecuente (34,4%). En el subgrupo tratado con MiniMed 780G (Medtronic) se observó un aumento del TER (69,9 vs. 75,1%) junto con una reducción significativa de la hiperglucemia marcada (TAR > 250 mg/dl) y de la glucemia promedio. En los pacientes que cambiaron a Tandem Control-IQ, el TER también mostró una tendencia a la mejora (72,7 vs. 75,7%), aunque sin significación estadística, asociándose a un incremento significativo del tiempo en hipoglucemia y de la variabilidad glucémica. En el subgrupo YpsoPump, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las métricas analizadas, probablemente en relación con el reducido tamaño muestral.

Conclusiones: El cambio desde sistemas AID Roche a otros modelos se asoció a cambios heterogéneos en el control glucémico, sin evidenciar un empeoramiento global tras la transición. Se observó una tendencia a la mejora del tiempo en rango con MiniMed 780G y Tandem Control-IQ, con reducción significativa de hiperglucemia marcada en MiniMed 780G, mientras que Tandem Control-IQ se asoció a mayor hipoglucemia. Como fortaleza, el estudio aporta datos de práctica clínica real. El tamaño muestral limitado constituye la principal limitación.

P-220. OPTIMIZACIÓN DEL SISTEMA HÍBRIDO DE ASA CERRADA CONTROL-IQ® Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN VIDA REAL

Rubén González Alou, Alicia Rizo Gellida, Ángela Bono Velilla, Ana Belenguer Marqués, Esther Serisuelo Meneu, Pablo Abellán Galiana y Agustín Ángel Merchante Alfaro

Hospital General Universitario de Castellón, Castellón de la Plana, España.

Objetivos: Evaluar la relación entre distintos parámetros de optimización del sistema híbrido de asa cerrada Control-IQ® y el control glucémico, medido mediante el tiempo en rango (TIR) y el indicador de glucosa estimada (GMI), en práctica clínica real.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional transversal en el que se incluyeron 49 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 y usuarios del sistema de infusión continua de insulina Tandem t:slim X2® con Control-IQ®. Se recopilaron datos retrospectivos correspondientes a un periodo de 90 días, obtenidos a partir de la plataforma Glooko®. Las variables de optimización analizadas fueron: tiempo de uso del sistema de monitorización continua de glucosa (MCG) y del sistema Control-IQ® $> 95\%$ (uso Control-IQ/MCG $> 95\%$, sí/no), diferencia $< 10\%$ entre dosis total de insulina programada y administrada (DTI $< 10\%$, sí/no), tiempo en modo sueño 30-35% (%sueño 30-35, sí/no), relación bolos de insulina/insulina total 45-55% (%bolos 45-55, sí/no) y número de perfiles personales programados. Como variables dependientes se analizaron el TIR (%) y el GMI (%). Se realizaron análisis descriptivos, pruebas t de Student para evaluar la relación de TIR y GMI con las variables cualitativas, regresiones lineales simples para el número de perfiles personales programados y regresión lineal múltiple para evaluar la asociación independiente entre cada uno los parámetros de optimización y el TIR. Se consideró significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: El valor promedio de TIR fue del $74 \pm 9,9\%$ y el GMI de $6,88 \pm 0,37\%$. En el análisis univariante, el uso Control-IQ/MCG $> 95\%$ se asoció a un mayor TIR ($p = 0,034$), y a un menor GMI que no alcanzó significación estadística ($p = 0,066$). Un mayor número de perfiles personales programados mostró una asociación positiva estadísticamente significativa con el TIR ($p = 0,008$) y una tendencia a menor GMI ($p = 0,07$). Por el contrario, no se observaron diferencias significativas en TIR ni GMI en función de DTI $< 10\%$, %sueño 30-35% ni %bolos 45-55 ($p > 0,30$ en todos los casos). En el análisis multivariante, el modelo explicó el 21,6% de la variabilidad del TIR ($R^2 = 0,216$). Solo el número de perfiles programados se asoció de forma independiente con un mayor TIR ($\beta = +3,0\%$ por perfil; $p = 0,012$), sin observarse asociaciones independientes para el resto de las variables.

Conclusiones: La optimización del sistema híbrido de asa cerrada Control-IQ® se asocia de forma parcial con un mejor control glucémico. Un mayor tiempo de uso del sistema se relaciona con un mayor TIR en el análisis univariante. No obstante, la programación de un mayor número de perfiles personales, emerge como el principal determinante independiente de un mejor control glucémico. Estos hallazgos resaltan la importancia de una individualización activa del sistema más allá del cumplimiento de unos criterios generales de uso.

P-221. ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LOS SISTEMAS HÍBRIDOS DE ASA CERRADA SEGÚN CARACTERÍSTICAS NO MODIFICABLES DE LOS PACIENTES AL INICIO DE LA TERAPIA

Javier Aguirre Castiella^a, Ángela Alonso Echarte^a, Sofía Baniandres Eizaguirre^a, María José Goñi Iriarte^a, Marta García Mouriz^a, Francisco Javier Basterra Gortari^a, Amaya Sainz de los Terreros Errea^a y Jon Yoldi Urdiroz^b

^aHospital Universitario de Navarra, Pamplona, España. ^bHospital García Orcoyen, Estella, España.

Introducción: Los estudios evidencian una mejora significativa del control glucémico en pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) mediante los sistemas híbridos de asa cerrada (HCL). Sin embargo, es menos conocida la influencia de factores como la edad, el género y el tiempo de evolución de la enfermedad en dicha respuesta.

Objetivos: Analizar la respuesta al tratamiento con HCL según edad, género y tiempo de evolución de la enfermedad.

Tabla P-221

Cambios en el control glucémico pre y posimplantación del HCL según sexo, edad y tiempo de evolución de la enfermedad

	GMI				Interacción	TIR				Interacción	TBR				Interacción
	Pre	Post	P ₁	P ₂		Pre	Post	P ₁	P ₂		Pre	Post	P ₁	P ₂	
Total	7,35	6,83	< 0,01			59,00	77,06	< 0,01			3,04	1,51	< 0,01		
Hombres (n = 98)	7,38	6,86	< 0,01	0,968		57,43	75,80	< 0,01	0,790		3,24	1,33	< 0,01	0,121	
Mujeres (n = 114)	7,32	6,81	< 0,01			60,34	78,14	< 0,01			2,87	1,66	< 0,01		
< 30 años (n = 39)	7,39	7,01	0,02	0,325		57,35	72,57	< 0,01	0,381		2,73	1,78	0,06	0,761	
30-50 años (n = 101)	7,35	6,81	< 0,01			58,99	77,47	< 0,01			3,29	1,55	< 0,01		
> 50 años (n = 72)	7,33	6,78	< 0,01			59,88	78,88	< 0,01			2,87	1,30	< 0,01		
< 20 años evol. (n = 58)	7,33	6,86	< 0,01	0,593		58,60	75,98	< 0,01	0,705		2,65	1,67	0,01	0,166	
> 20 años evol. (n = 149)	7,35	6,78	< 0,01			59,32	77,63	< 0,01			3,05	1,42	< 0,01		

P₁: p que compara el valor pre y post; P₂: p de la diferencia del cambio en los diferentes subgrupos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 212 pacientes con DM1 que iniciaron HCL entre 2021-2025. Se analizó la variación de parámetros glucométricos respecto al periodo previo al inicio (GMI, TIR, TBR, TAR y CV) según género, edad (< 30, 30-50 y > 50 años) y tiempo de evolución de la enfermedad (< 10, 10-20 y > 20 años). El análisis estadístico se realizó mediante SPSS, con prueba t de Student para muestras emparejadas y regresión lineal múltiple.

Resultados: La edad media es de 44,6 ± 13,8 años (46,2% hombres y 53,8% mujeres), con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 25,5 ± 10,1 años. De forma global, todos los parámetros analizados mejoraron significativamente. En el análisis por subgrupos, no se encontraron diferencias significativas según las variables analizadas (tablas).

Conclusiones: El tratamiento con sistemas híbridos de asa cerrada mejora significativamente el control glucémico en pacientes con DM1, con incrementos de TIR y reducciones de GMI, TBR, TAR, y CV, independientemente de la edad, género y tiempo de evolución de la enfermedad. Estos datos apoyan la amplia indicación de esta terapia en la DM1.

P-222. DESCRIPCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 TRATADOS CON MÚLTIPLES DOSIS DE INSULINA Y MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA FINANCIADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Elena Mañes López, Noemi Rodríguez Raja y Marta Andrea Pérez Rúbies

ICS, Barcelona, España.

Objetivos: Describir el perfil clínico, el tratamiento y el control glucémico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tratados con múltiples dosis de insulina y monitorización continua de glucosa (MCG) financiada, atendidos desde Atención Primaria.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo realizado en un área de Atención Primaria que incluyó 52 pacientes con DM2 tratados con múltiples dosis de insulina y elegibles para MCG financiada. Se analizaron los motivos de no inicio de la MCG, los pacientes con MCG ya instaurada desde el ámbito hospitalario y un subgrupo de pacientes en los que se realizó el inicio y seguimiento completo de la MCG desde Atención Primaria. En este subgrupo se recogieron variables demográficas, clínicas, comorbilidades, tratamiento antidiabético y parámetros de control glucémico. Se evaluó la hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) al inicio de la MCG y en el último

control disponible (diciembre de 2025), así como métricas de MCG (tiempo en rango y tiempo por debajo de rango). La comparación de HbA_{1c} se realizó mediante análisis pareado.

Resultados: De los 52 pacientes elegibles, la MCG no se inició en una parte de ellos por motivos principalmente personales, sociales o psiquiátricos, mientras que otro grupo ya llevaba MCG instaurada desde el ámbito hospitalario. En 20 pacientes se realizó el inicio y seguimiento completo de la MCG desde Atención Primaria. Estos pacientes presentaron una edad media de 74,8 ± 13,8 años, una evolución media de la diabetes de 17,5 ± 8,8 años y un índice de masa corporal medio de 28,5 ± 6,0 kg/m². La carga de comorbilidad fue elevada, destacando hipertensión arterial (75%), dislipemia (75%) y enfermedad renal (30%). Todos los pacientes estaban en tratamiento con insulina; el 45% recibía además fármacos con beneficio cardiorrenal (agonistas GLP-1 y/o inhibidores SGLT2). La HbA_{1c} se redujo de forma significativa tras el inicio de la MCG desde Atención Primaria (8,02 ± 1,30 vs. 7,33 ± 0,88; p = 0,001). En la última descarga disponible (diciembre de 2025), el tiempo en rango medio fue del 60,6 ± 20,0%, con un tiempo por debajo de rango medio del 0,67 ± 0,91%.

Conclusiones: Los pacientes con DM2 tratados con múltiples dosis de insulina y MCG financiada atendidos desde Atención Primaria presentan elevada complejidad clínica y larga evolución de la enfermedad. El inicio y seguimiento de la MCG desde Atención Primaria se asoció a una mejora significativa del control glucémico, con bajo riesgo de hipoglucemia, apoyando la integración de esta tecnología en el manejo habitual de estos pacientes en este ámbito asistencial.

P-223. IMPACTO DEL CAMBIO DE SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACIÓN AUTOMATIZADA DE INSULINA EN EL CONTROL GLUCÉMICO: ESTUDIO OBSERVACIONAL PRE-POST EN PRACTICA CLÍNICA REAL

Rocío Michelena Fernández, Lourdes Aizpeolea San Miguel, Ainhoa Pedreguera Aizpeolea, Irene Sangil Monroy, Alejandra Quintana Santamaria, María Pie León y Coral Montalbán Carrasco

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Introducción: Los sistemas de administración automatizada de insulina (AID) han demostrado mejorar el control glucémico en personas con diabetes. Sin embargo, en la práctica clínica real, una

proporción de pacientes no alcanza los objetivos recomendados pese al uso de tecnología avanzada. En estos casos, el cambio de sistema integrado puede constituir una estrategia eficaz para optimizar los resultados metabólicos, siempre que se acompañe de un seguimiento clínico estrecho y personalizado.

Objetivos: Evaluar el impacto del cambio de sistema AID sobre el control glucémico, la variabilidad y la seguridad hipoglucémica en pacientes que no alcanzan los objetivos de control con su tecnología previa.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo pre-post en 11 pacientes con diabetes tipo 1 en tratamiento con sistemas AID de > 3 meses de uso de la tecnología, con control subóptimo según métricas CGM. Se analizaron métricas derivadas de monitorización continua de glucosa antes y después del cambio de sistema: tiempo en rango (TIR 70-180 mg/dl), tiempo por encima de rango (TAR > 180 y > 250 mg/dl), tiempo por debajo de rango (TBR < 70 y < 54 mg/dl), coeficiente de variación (CV) y GMI.

Resultados: Tras el cambio de sistema, el TIR aumentó significativamente del 60,0% [51,0-63,0] al 75,0% [70,0-78,5], con un incremento absoluto de 19 puntos porcentuales ($p < 0,001$). Se observó una reducción significativa del tiempo en hiperglucemia, tanto para TAR > 180 mg/dl (13,0% [10,0-19,0] vs. 4,0% [3,0-6,0]; $p = 0,005$) como para TAR > 250 mg/dl (24,0% [22,0-30,5] vs. 18,0% [15,0-23,5]; $p = 0,018$). El coeficiente de variación descendió de forma significativa del 38,0% [35,8-39,4] al 34,0% [32,0-36,0] ($p = 0,007$), y el GMI mejoró del 7,3% [7,2-7,7] al 6,8% [6,8-6,9] ($p = 0,005$). No se observaron diferencias significativas en los indicadores de hipoglucemia (TBR < 70 y < 54 mg/dl), lo que sugiere que la optimización del control glucémico no se asoció a un aumento del riesgo de hipoglucemia. Respecto a los objetivos terapéuticos, ningún paciente alcanzaba un TIR $\geq 70\%$ antes del cambio, frente a 9 de 11 pacientes tras la intervención. El cumplimiento de TBR < 4% aumentó de 7/11 a 11/11, y el de CV < 36% de 3/11 a 7/11 pacientes, evidenciando una mejora global en la calidad del control glucémico.

Conclusiones: El cambio de sistema AID en pacientes con control glucémico insuficiente se asocia a una mejora significativa del TIR, la hiperglucemia y la variabilidad glucémica, manteniendo un perfil de seguridad adecuado. Estos resultados refuerzan la importancia de la personalización de la tecnología, así como del seguimiento estrecho y la reevaluación periódica por parte del equipo sanitario, especialmente en pacientes con control subóptimo pese al uso de tecnologías avanzadas.

P-224. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CONTROL GLUCÉMICO Y EL BIENESTAR EMOCIONAL EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 1 USUARIAS DE SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE ADMINISTRACIÓN DE INSULINA

Lourdes Aizpeolea San Miguel, Ricardo Batanero Maguregui, Ainhoa Pedreguera Aizpeolea, Álex Quintano Santamaria, Gabriela Inés Simbaña Aragon, Luis Vázquez Salvi y María Pie León

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Introducción: La incorporación de sistemas automáticos de administración de insulina (AID) ha permitido optimizar el control glucémico. Sin embargo, el logro de objetivos metabólicos no depende exclusivamente de la tecnología, sino también de factores psicosociales que pueden influir en la adherencia y en la capacidad de autogestión.

Objetivos: Describir el control glucémico y el bienestar emocional, evaluado mediante monitorización continua de glucosa y cuestionarios PHQ-9 y GAD-7, en personas con diabetes tipo 1 usuarias de AID.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en personas adultas con DM1 en seguimiento en

consulta especializada. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. La salud mental se evaluó mediante los cuestionarios validados PHQ-9 para síntomas depresivos y GAD-7 para síntomas de ansiedad.

Resultados: Se incluyen 62 personas con DM1 usuarias de AID. La edad media fue de 46,9 años, con un tiempo medio de evolución de 24 años. Las puntuaciones medias de salud mental fueron 8,39 puntos en PHQ-9 y 8,37 puntos en GAD-7, compatibles globalmente con sintomatología depresiva y ansiosa leve. En cuanto al control glucémico global, el tiempo en rango (TIR) (70-180 mg/dl) medio fue $67,7 \pm 12,9\%$. El tiempo en hipoglucemia < 70 mg/dl fue (1,88%) y el tiempo en hipoglucemia < 54 mg/dl (0,33%). El coeficiente de variación medio fue del 35,2%, y el GMI medio fue del 7,13%. En cuanto a los resultados según el tipo de sistema AID: t:slim X2 con tecnología Control-IQ, mayor TIR ($70,7 \pm 11,1\%$) y menor tiempo en hipoglucemia (0,14 \pm 0,25%), CV medio de 33,8 \pm 4,5%. Las puntuaciones de PHQ-9 ($7,53 \pm 4,58$) y GAD-7 ($8,05 \pm 5,12$), ligeramente inferiores a las del resto de sistemas. MiniMed™ 780G, el TIR medio ($67,1 \pm 14,3\%$), con valores bajos de hipoglucemia grave (0,27 \pm 0,47%) y un CV medio (33,3 \pm 5,9%). Las puntuaciones medias de PHQ-9 ($8,90 \pm 8,05$) y GAD-7 ($8,83 \pm 7,20$) mostraron una mayor dispersión, reflejando mayor heterogeneidad emocional en este grupo. mylife™ YpsoPump® presentaron TIR ($65,4 \pm 13,7\%$) y el mayor tiempo en hipoglucemia, tanto < 70 mg/dl ($2,44 \pm 2,22\%$) como < 54 mg/dl (0,52 \pm 0,96%), junto con el CV más elevado (37,2 \pm 6,6%). Las puntuaciones medias de PHQ-9 ($8,79 \pm 6,16$) y GAD-7 ($8,44 \pm 6,04$), similares a las del conjunto de la muestra.

Conclusiones: A pesar del uso de la tecnología, persisten dificultades para alcanzar los objetivos de control glucémico. Estos resultados ponen de manifiesto que la tecnología debe ir acompañada de una educación terapéutica estructurada y personalizada, liderada por enfermería especializada, para optimizar su uso y mejorar la autogestión. Integrar de forma sistemática la evaluación del bienestar emocional en la práctica educativa resulta clave para un abordaje verdaderamente integral.

P-225. RESULTADOS DEL CONTROL GLUCÉMICO TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA SIMPLERA-INPEN 2,0 EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 CON MÚLTIPLES DOSIS DE INSULINA

Martina Agüero Amado, María Victoria Partida Menéndez, Clara Triguero Ortiz, Blanca Bernaldo Madrid, Patricia Espinosa de los Monteros Sicilia, Martín Cuesta Hernández e Inés Jiménez Varas

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Los avances tecnológicos en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) han ido ampliando las opciones terapéuticas disponibles, permitiendo optimizar el control glucémico en estos pacientes. En este contexto, el sistema Simplera-InPen 2.0 se presenta como una herramienta innovadora que podría mejorar globalmente la gestión de la enfermedad. El objetivo de este estudio fue analizar los resultados del control glucémico en pacientes con DM1 tratados con el sistema Simplera-InPen 2.0. Se realizó un estudio observacional en 34 pacientes con DM1 en tratamiento con MDI que iniciaron el sistema, analizando distintos parámetros de control glucémico: coeficiente de variación (CV), indicador de manejo glucémico (GMI), hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}), tiempo en rango (TIR), tiempo por encima del rango 1 y 2 (TAR1 y TAR2) y tiempo por debajo del rango 1 y 2 (TBR1 y TBR2). Fueron evaluados en cuatro momentos: basal, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses tras la implantación del sistema. Se llevó a cabo un análisis estadístico paramétrico mediante la prueba t de Student. Los resultados mostraron una mejora progresiva de los parámetros

glucométricos durante los 6 meses de seguimiento. El TIR aumentó de forma significativa desde el periodo basal al mes (+8,52%), a los 3 meses (+8,85%) y a los 6 meses (+15,17%). Asimismo, el TBR1 se redujo significativamente en todos los puntos de evaluación, y se observó un descenso significativo del CV al mes (-7,25%) y a los 6 meses de tratamiento (-8,87%). Con respecto al resto de parámetros, se observó una tendencia a la mejoría sin llegar a alcanzar diferencias estadísticamente significativas. En nuestra experiencia, la implantación del sistema Simpler-InPen 2.0 en pacientes con DM1 en tratamiento con MDI se asoció a una mejoría global del perfil glucémico, con un aumento significativo del TIR en los primeros meses y una reducción mantenida de las hipoglucemias hasta los 6 meses. Estos resultados sugieren un potencial beneficio clínico del sistema en pacientes tratados con MDI, aunque son necesarios estudios con mayor tamaño muestral y un seguimiento más prolongado.

Evolución de parámetros glucométricos tras inicio de Simpler-InPen 2.0

Variable	Basal (media ± DE)	6 meses (media ± DE)	P (global)
CV	36,83 ± 5,42	33,57 ± 6,13	0,029*
GMI	7,00 ± 0,66	6,69 ± 0,64	0,779
HbA1c	7,59 ± 1,67	6,68 ± 1,01	0,214
TAR 1	22,26 ± 9,94	16,95 ± 10,68	0,382
TAR 2	8,50 ± 8,46	5,10 ± 5,12	0,676
TBR 1	5,18 ± 5,38	4,45 ± 4,54	0,031*
TBR 2	0,79 ± 1,27	0,65 ± 0,99	0,138
TIR	63,26 ± 14,89	72,85 ± 13,80	0,078*

P-226. IMPACTO EN LA CALIDAD DEL SUEÑO DEL INICIO DE UN SISTEMA DE ASA CERRADA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 1 PREVIAMENTE TRATADAS CON INFUSIÓN SUBCUTÁNEA DE INSULINA Y MONITORIZACIÓN NO INTEGRADA DE LA GLUCOSA

Daria Roca Espino, Montserrat Granados Pérez, Irene Pueyo Ferrer, Carla Cabré Font, Clara Solà Sanz, Ignacio Conget Donlo y Margarita Giménez Álvarez

Hospital Clínic, Barcelona, España.

Introducción y objetivos: Los sistemas de asa cerrada (AHCL) han mejorado el control glucémico de las personas con diabetes tipo 1 (DT1). Esta mejora es a expensas mayoritariamente del periodo nocturno. La estabilidad del control glucémico durante la noche se ha asociado a la calidad del sueño. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de la transición del tratamiento con infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) y monitorización continua de la glucosa (MCG) no integrada a un sistema AHCL en pacientes con DT1.

Material y métodos: Estudio observacional pre-post en pacientes con DT1 en tratamiento con ISCI y MCG no integrada que cambian a un sistema AHCL, (780G de Minimed). En el momento del cambio, de manera presencial y a los 18 meses, de manera online a través de LimeSurvey, se facilitó a los pacientes el cuestionario índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI). Se recogieron datos sobre otras variables secundarias: demográficas, años de evolución de la DT1; presencia de complicaciones crónicas, número de hipoglucemias graves (HG) y variables glucométricas: tiempo en rango 70-180 mg/dL (TIR), tiempo bajo rango < 70 mg/dL (TBR70), tiempo bajo rango

< 54 mg/dL (TBR54), tiempo por encima de 180 mg/dL (TAR180), tiempo por encima de 250 mg/dL (TAR250) y coeficiente de variabilidad (CV).

Resultados: Se incluyeron 87 pacientes: edad media 49,3 ± 12,9 años; 70% mujeres; duración de DT1 32,3 ± 10,9 años y en tratamiento con ISCI desde hacía 15,3 ± 6,4 años. Un 47% presentaban complicaciones crónicas microvasculares. Al inicio, el 52% de la muestra presentó mala calidad del sueño (según PSQI > 5). A los 18 meses, este porcentaje aumentó hasta el 59% (n.s.). La puntuación media del PSQI no se modificó: 6,66 ± 3,5 al inicio y 6,68 ± 3,2 a los 18 meses (n.s.). En los 7 componentes del PSQI no se observaron diferencias. En relación con las variables glucométricas, el TIR aumentó de forma significativa (63,3 ± 18,2 vs. 75,4 ± 7,6, p < 0,05). Asimismo, se observó una reducción significativa del tiempo en hipoglucemia (%), tanto en TBR70 (3,6 ± 3,5 vs. 1,2 ± 1,3 p < 0,05), como en TBR54 (0,7 ± 1,2 vs. 0,2 ± 0,4 p < 0,05). Asimismo, el tiempo en hiperglucemia también disminuyó de manera significativa, con descensos en TAR180 (24,7 ± 8,2 vs. 19,2 ± 6,3 p < 0,05) y en TAR250 (9,5 ± 8,9 vs. 4 ± 3,3 p < 0,05). No dispusimos de datos glucométricos individualizados del periodo nocturno.

Conclusiones: A pesar de la mejora del perfil glucométrico que supone el cambio a un sistema de AHCL, esta transición no se asocia a cambios significativos en la calidad percibida del sueño en personas con DT1. Desconocemos si la utilización de otros métodos de estudio de la calidad del sueño podría ofrecernos otros resultados.

P-227. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS SISTEMAS DE ASA CERRADA HÍBRIDA EN PACIENTES CON DM-1 DE ALTA COMPLEJIDAD

Esther García Aguilera, Nuria Balsells Bailón, Anna Pomes Aixut, Nati Callau Llorba, Ferran Rius Riu, Raquel Ruano Esteban, Anais Arqué Badia y Elisabeth Rodríguez Lacambra

Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España.

Introducción: La transición de múltiples dosis de insulina (MDI) a sistemas de asa cerrada híbrida (HCL) es una estrategia eficaz para optimizar el control glucémico en diabetes tipo 1. Existe escasa evidencia en pacientes clínicamente complejos, es decir, con limitaciones cognitivas, físicas, o habilidades reducidas para el autocuidado. Estas limitaciones condicionan un control subóptimo y un reto añadido para implementar tecnologías avanzadas.

Objetivos: Evaluar los cambios en el control glucémico tras la transición de MDI a HCL en pacientes con DM1 y necesidad de mayor soporte del habitual en educación terapéutica.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en adultos con diabetes tipo 1 y control glucémico subóptimo con MDI. Se realizó educación terapéutica estructurada y adaptada antes del inicio del HCL. Se analizaron datos basales y a los 6 meses mediante descargas de monitorización continua y registros clínicos.

Resultados: Se analizaron 13 pacientes (7 varones, 6 mujeres) con una edad media de 45,6 ± 13,5 años y 26,4 ± 16,2 años de evolución de su diabetes. 3 pacientes tenían un déficit cognitivo leve, 5 un síndrome ansioso-depresivo, 3 con secuelas de lesiones neurológicas, 1 trastorno de personalidad y 1 caso en desintoxicación por drogadicción. A los 6 meses hubo una mejoría significativa del TIR (50,5 ± 18,5 vs. 74 ± 10,9, p < 0,001), TAR1 (26,5 ± 7,2 vs. 17,8 ± 7,4, p = 0,006), TAR2 (18,3 ± 18,2 vs. 6,9 ± 8,4, p = 0,036), GMI (7,8 ± 1,2 vs. 7 ± 0,4, p = 0,018), glucosa media (179,5 ± 41,6 vs. 155,1 ± 17,7, p = 0,033) y CV (38,4 ± 7,9 vs. 32,2 ± 7,4, p = 0,032). Las diferencias en dosis total de insulina, TBR1 y TBR2 no fueron estadísticamente significativas. No se registraron eventos adversos relevantes ni hipoglucemias graves.

Conclusiones: La transición de MDI a HCL en pacientes con alta complejidad clínica mejora de forma significativa los parámetros de control glucémico, sin aumentar el riesgo de hipoglucemia. La combinación de tecnología y educación terapéutica adaptada permite extender el uso seguro y eficaz de sistemas HCL a perfiles que tradicionalmente no se consideraban candidatos óptimos para estos sistemas.

P-228. MÁS ALLÁ DE LA INSULINA: AGONISTAS GLP-1 Y DUALES GLP-1/GIP COMO ALIADOS DE LOS SISTEMAS DE ASA CERRADA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 1 Y OBESIDAD

M.^a del Rosario Vallejo Mora, Marta Domínguez López, Pilar Pérez Salas, Natalia Colomo Rodríguez, Belén del Arco Romualdo y María Soledad Ruiz de Adana Navas

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España.

Introducción: La terapia con insulina, aunque fundamental en la DM1, no resuelve completamente los desafíos metabólicos y la creciente obesidad, presente en un 20-30% de estos sujetos y que contribuye a la inestabilidad glucémica y al mayor riesgo cardiovascular y de complicaciones micro-macrovasculares. Los sistemas de asa cerrada (SAC) son el tratamiento de elección en DM1, no obstante, en caso de obesidad se necesitan terapias complementarias, tales como los agonistas del receptor GLP-1 o duales GLP-1/GIP.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de sujetos con DM1 y obesidad con SAC, en seguimiento en la Unidad de Diabetes de nuestro hospital, que iniciaron tratamiento con GLP-1 o duales semanales. Variables analizadas: generales (edad, años de evolución, sexo, tipo de SAC, tipo de GLP-1/dual, HTA, dislipemia, complicaciones micro-macrovasculares); variables previas y a los 6 meses del inicio del tratamiento: peso (Kg), IMC, datos del SAC de 14 días previos (DDT, Basal, Bolos, TIR, TBR1 y 2, TAR 1 y 2, glucemia promedio, GMI%, CV%) y pérdida de peso (Kg y en %).

Resultados: Se analizaron 13 sujetos, 53,8% mujeres con 46,1 ± 11,4 años de edad media, 33,7 años de evolución de la DM1. Otros FRCV: HTA, y dislipemia ambos en el 46,2% respectivamente. No se observaron complicaciones macrovasculares y el 53,8% con complicaciones microvasculares. El SAC usado fue en el 76,9% sistema Minimed™ 780G, el resto con sistema Control-IQ. El fármaco más usado fue Mounjaro (53,8%) seguido de Wegovy (38,5%). El% de pérdida de peso fue del 10,8 ± 3,2. Al comparar variables clínicas antes y después del tratamiento: el peso corporal disminuyó significativamente de 98,8 ± 13,7 vs. 87,7 ± 13,8 kg, con una diferencia media de 11,1 kg (p = 0,001). El IMC también se redujo de 38,1 ± 4,7 vs. 34,1 ± 4,1 kg/m² (p = 0,008). La DDT descendió de 78,8 ± 46,4 vs. 53,0 ± 36,9 U (p < 0,001) observándose reducciones significativas tanto en la insulina basal (38,4 ± 21,8 vs. 28,0 ± 19,2 U; p = 0,002) como en los bolos (40,3 ± 25,8 vs. 25,1 ± 18,6 U; p = 0,001). En la descarga de datos del SAC tras el uso del tratamiento se observó mejoría de glucemia promedio que disminuyó de 153,2 ± 17,3 vs. 148,9 ± 12,4 mg/dl, junto con una reducción del GMI (6,99 ± 0,42 vs. 6,88 ± 0,30%) y del CV (33,6 ± 4,0 vs. 30,6 ± 4,0%), también se evidenció un aumento del TIR (72,0 ± 8,9 vs. 76,8 ± 8,5%) y una disminución del TAR sin incremento del TBR; aunque sin alcanzar significación estadística. No se observaron episodios de hipoglucemias graves ni cetoacidosis y fueron bien tolerados.

Conclusiones: Los agonistas GLP-1 y duales son eficaces en DM1 con obesidad: reducen peso, dosis de insulina y mejoran control metabólico (TIR) sin comprometer la seguridad en episodios de hipoglucemias y cetoacidosis. Estudios más amplios son necesarios para lograr las necesarias indicaciones de etiquetado.

P-229. LA BRECHA DE ACCESO A LA TECNOLOGÍA PARA LA DIABETES EN EL MEDIO RURAL: ¿PUEDE NUESTRO MODELO DE UNIDAD TECNOLÓGICA REDUCIR ESTE PROBLEMA?

Fabiola Gallego Gamero^a, Pilar I. Beato Víbora^b, Lucía Babiano Benito^b, Alicia Boza González^a y Rafael Uña Martín^a

^aHospital Llerena-Zafra, Zafra, España. ^bHospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Introducción y objetivos: Las sociedades científicas especializadas en diabetes avalan la creación de Unidades Tecnológicas, estas constituyen el marco de trabajo para los profesionales que atienden a personas con diabetes y emplean dispositivos en su tratamiento. Actualmente se percibe un acceso desigual a la tecnología, especialmente en áreas rurales, que dificulta a pacientes potencialmente vulnerables el acceso a estos recursos materiales y humanos.

Material y métodos: Análisis descriptivo del funcionamiento de nuestro modelo de Unidad Tecnológica.

Resultados: El Servicio Extremeño de Salud (SES), en su plan de Atención Integral a la Diabetes, crea unidades tecnológicas en 4 hospitales de referencia; estas dan asistencia a su propia área (área de referencia), y a otra de menor relevancia demográfica (área de origen); generalmente, el hospital de referencia asume a los pacientes en tratamiento en su unidad tecnológica. El Área de Salud de Badajoz, cuenta con una potente unidad tecnológica (60% uso de asa cerrada en DM1) ubicada en el Hospital Universitario de Badajoz, que da servicio al Área de Salud Llerena-Zafra (una endocrinóloga y un educador). El proceso de acceso a la unidad tecnológica consiste en, previa aprobación de la financiación del dispositivo, realizar canalización del paciente, que será atendido por la endocrinóloga al cargo de la unidad tecnológica mediante una consulta por Telemedicina (videoconsulta desde el área de origen, minimizando desplazamientos); finalmente el paciente es citado para recibir educación diabetológica para su dispositivo en el área de referencia. El seguimiento se realiza en el área de origen, evitando nuevos desplazamientos; mantienen contacto telefónico con los educadores de la unidad tecnológica para asistencia ante dudas o imprevistos. Este apoyo es exclusivo para tecnologías avanzadas, la monitorización se implementa en el hospital de Zafra-Llerena. El material fungible, al igual que en el resto de la comunidad, se envía a domicilio de los pacientes. Desde el inicio del proyecto en 2021, se han incrementado un 246% los usuarios de asa cerrada. El tiempo medio de espera desde la aprobación al inicio es < 60 días, 30 en planificación de gestación (3 inicios), y < 15 con gestación en curso (2 inicios). Datos actuales del área Llerena-Zafra en la tabla.

Total de pacientes del área (n)	100.000	
Pacientes MCG (n)	FreeStyle libre 2	336
	Dexcom G7	10
	Eversense XL	1
Pacientes asa cerrada (n)	MM 780G	52
	Ypsopump	5

Conclusiones: Los beneficios de la implementación de tecnologías y unidades especializadas son actualmente incuestionables, pero seguimos teniendo que enfrentar la brecha de accesibilidad en áreas rurales; la coordinación entre centros, con listas de espera reducidas y con la máxima optimización de los desplazamientos, puede ayudar a extender el uso y la personalización de tecnología y reducir esta brecha de acceso.

12. OTROS

P-230. EXPERIENCIA EN HIPERGLUCEMIA POR ALBELISIB EN EL ÁREA MANCHA CENTRO

Paloma González Lazaro, Sara Alonso Díaz,
Juan Antonio Mascuñana Calle, María Sánchez Crespo Juárez,
María Lizano Sánchez Villacañas, Georgina Vela Florensa
e Inés Rosa Gómez García

Hospital General Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España.

Introducción: El alpelisib es un inhibidor alfa-selectivo de PI3K (fosfatidilinositol-3-kinasa), cuya mutación activadora está presente en pacientes con cáncer de mama avanzado. Su principal efecto adverso y causa de discontinuación del tratamiento es la hiperglucemia; es un efecto de clase relacionado con su mecanismo de acción mediado por el incremento de glucogenólisis y disminución de la captación de glucosa periférica.

Objetivos: Revisar los casos de los pacientes tratados con alpelisib, tratamiento que recibieron y si fue necesario discontinuar el tratamiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 4 pacientes tratados con cáncer de mama avanzado tratados con alpelisib en el Hospital Mancha Centro desde septiembre de 2024 hasta septiembre de 2025.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 61,34 años, en ningún caso había diagnóstico previo de diabetes mellitus (DM), el IMC medio de 24,62 Kg/m² y HbA_{1c} previa al inicio de tratamiento fue de 5,5%. Todas las pacientes presentaron hiperglucemia y en todas ellas se inició tratamiento antidiabético no insulínico (2 con metformina y sitagliptina, 1 con dapglifozina y 1 con pioglitazona). y en 3 pacientes fue necesaria insulina de acción lenta. La dosis inicial de alpelisib fue de 300 mg/día, y en 3 casos, se redujo la dosis por hiperglucemia grado 3 (> 250 mg/dL). La duración media del tratamiento fue 6,2 meses. 2 pacientes suspendieron el tratamiento por progresión de la enfermedad, 1 falleció y 1 paciente continúa con tratamiento en la actualidad. No hubo ningún caso de cetoacidosis diabética y en todas las pacientes que suspendieron el tratamiento, los valores de glucemia volvieron a rango normal.

Conclusiones: Es necesario monitorizar la glucemia en todas las pacientes que inician tratamiento con alpelisib, ya que la mayoría van a desarrollar hiperglucemia. Es importante crear protocolos de actuación y manejo multidisciplinar para evitar discontinuar un tratamiento con resultados prometedores.

P-231. TRANSICIÓN GLUCÉMICA EN LA FIBROSIS QUÍSTICA: UNA VISIÓN METABOLÓMICA DESDE LA NORMOGLUCEMIA HASTA LA DIABETES

Eva García Escobar^{a,b}, Chin-An Yang^c, Casilda Oliveira^d,
María Victoria Girón^d, Marina Padiál^b, Jessica A. Álvarez^c
y Gabriel Oliveira^{a,b}

^aCentro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Málaga, España. ^bUGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga, IBIMA Plataforma BIONAND, Málaga, España. ^cEmory University School of Medicine, EE. UU. ^dServicio de Neumología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España.

Introducción y objetivos: La diabetes asociada a la fibrosis quística (DRFQ) constituye una de las comorbilidades más prevalentes en adultos con fibrosis quística (FQ). No obstante, los procesos fi-

siopatológicos implicados en su desarrollo permanecen insuficientemente esclarecidos. Utilizando metabolómica de alta resolución, se buscó investigar los mecanismos biológicos subyacentes vinculados con la progresión de la DRFQ, así como identificar posibles biomarcadores relacionados con el deterioro del control glucémico en individuos con FQ clínicamente estables.

Material y métodos: Se incluyeron 46 adultos con FQ estable (25 con normoglucemia, 7 con prediabetes y 14 con DRFQ) evaluados durante revisiones programadas. Se realizó un estudio metabolómico no dirigido en muestras plasmáticas en ayunas mediante espectrometría de masas de alta resolución acoplada a cromatografía líquida de doble columna. Los metabolitos y las rutas metabólicas que mostraron variaciones entre los grupos definidos por su tolerancia a la glucosa fueron analizados mediante modelos ajustados y análisis de enriquecimiento de vías metabólicas. Adicionalmente, se efectuó un análisis de subconjuntos con los metabolitos más robustos, cuantificados mediante estandarización frente a referencias certificadas.

Resultados: No se evidenciaron diferencias clínicas, antropométricas, ni en la colonización bacteriana crónica según el estado glucémico, aunque el grupo con DRFQ presentó valores de FEV1% significativamente reducidos. Los análisis PLS-DA demostraron perfiles metabólicos distintos asociados al avance de la DRFQ, identificándose 113 y 145 señales significativamente asociadas con el estado de tolerancia a la glucosa ($p < 0,05$). Estos patrones mostraron enriquecimiento en vías metabólicas, como la fosforilación de hexosas, glucólisis, gluconeogénesis, metabolismo de purinas, vitamina A, biopterina y pentosas fosfato. En el análisis de subconjuntos, se detectaron 11 metabolitos con diferencias significativas entre los grupos ($p < 0,05$); entre ellos, la acetilisina presentó concentraciones más elevadas en el grupo con DRFQ frente al grupo con prediabetes (FDR $q < 0,05$). Asimismo, se identificaron tres metabolitos de nivel 1 MSI asociados a rutas metabólicas específicas: fenilalanina y glucosamina, aumentadas en DRFQ respecto a prediabetes ($p < 0,05$), y retinoato, disminuido en DRFQ. Los análisis de sensibilidad ajustados por FEV1% no modificaron estos hallazgos.

Conclusiones: Los distintos grados de tolerancia a la glucosa en adultos con FQ en situación estable se vinculan con perfiles metabólicos diferenciados obtenidos mediante metabolómica no dirigida. Las alteraciones detectadas afectan rutas metabólicas relacionadas con el metabolismo de la glucosa, el equilibrio redox y los procesos inflamatorios, lo que sugiere una disfunción coordinada de las vías energéticas y oxidativas, potencialmente implicada en la pérdida progresiva de la función de las células β pancreáticas y de la sensibilidad a la insulina en la DRFQ.

Financiación: Grant Number: 1R03DK117246-01FAIN; R03DK11724, National Institutes of Health (NIDDK).

P-232. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9001:2015 EN UNA UNIDAD DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA: RESULTADOS Y APRENDIZAJES

David Hidalgo Villa, Cristina Menéndez García,
María Ablanado Mingot, María Jesús García Arias,
Raquel Casas Rodríguez y Amalia Franco Vidal

Hospital Cabueñes, Gijón, España.

Objetivos: Describir el proceso de implantación y certificación de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) en una Unidad de Educación Diabetológica (UED), siguiendo los requisitos de la norma ISO 9001:2015. Estandarizar procesos, mejorar la gestión documental, fortalecer el enfoque basado en riesgos, reforzar la formación continuada y establecer ciclos de mejora continua.

Material y métodos: El proyecto se desarrolló entre enero de 2023 y junio de 2025. Se realizó un análisis inicial de brechas respecto a

ISO 9001:2015, empleando la estructura de alto nivel (HLS) definida por ISO (ISO/IEC Directives, Part 1). Se realizó un análisis del contexto, identificación de partes interesadas y definición del alcance del SGC. Se diseñó el mapa de procesos (estratégicos, operativos y soporte). Se estandarizaron procedimientos clave relacionados con educación diabetológica y atención a pacientes, y se implantaron procedimientos ya existentes en el área sanitaria en relación con la gestión de materiales, control documental, análisis de riesgos. Se diseñó un cuadro de mandos de indicadores que analiza desviaciones y establece objetivos de mejora. Con los profesionales, se diseñaron perfiles de puesto, planes de acogida y plan de formación continuada. Se elaboró documentación operativa (procedimientos, registros) y se reforzó el enfoque basado en riesgos mediante la matriz de riesgos. La implantación se acompañó de formación estructurada para todo el personal, auditorías internas y externas y una revisión por la dirección anual. Finalmente, se realizó la auditoría de certificación en junio de 2025.

Resultados: La certificación se obtuvo sin no conformidades mayores. Se elaboraron 8 procedimientos/protocolos nuevos, se revisaron 30 documentos ya existentes y se elaboraron 12 documentos para pacientes. Se consolidó un sistema documental accesible. El cuadro de mandos está compuesto por 4 indicadores de seguimiento asistencial y organizativo, que han permitido establecer dos objetivos de mejora. Actualmente se han trabajado un total de 5 No conformidades. La implantación del enfoque basado en riesgos permitió identificar 15 riesgos, de los cuales 10 fueron objeto de tratamiento. Se inició la evaluación de la satisfacción de usuarios con unos resultados de NPS 95,8. Las auditorías identificaron como elementos de mejora la optimización del control de stocks y menor demora en la entrega de pedidos, la resolución de problemas informáticos, la revisión de los equipos y la rápida detección de productos caducados.

Conclusiones: La implantación del SGC ISO 9001:2015 ha fortalecido la estructura organizativa de la UED, mejorando la estandarización, la seguridad del paciente y la gestión de riesgos. La certificación ha permitido consolidar una cultura de mejora continua y dotar al equipo de herramientas para mantener la calidad en el tiempo.

P-234. IMPACTO DE LA DESNUTRICIÓN, SARCOPENIA E INACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ALTERACIONES DEL METABOLISMO HIDROCARBONADO

Esteban Sánchez Toscano, Luis Muñoz Arenas, María Mercedes Senent Capote, Javier Olmedo Pérez-Montaut y Paula Begines Tirado

Hospital Universitario de Jerez, Jerez de la Frontera, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus (DM) y la prediabetes se asocian a un mayor riesgo de desnutrición y sarcopenia en pacientes hospitalizados, lo que puede incrementar las complicaciones durante el ingreso. Estudios previos destacan la prevalencia elevada de malnutrición según criterios GLIM en este grupo. Doble objetivo: 1) Determinar la prevalencia de DM/prediabetes, desnutrición (por criterios GLIM), sarcopenia y práctica de ejercicio físico en pacientes hospitalizados. 2) Comparar resultados durante el ingreso (en términos de complicaciones y duración de la estancia) entre pacientes con y sin DM/prediabetes.

Material y métodos: Estudio observacional, de cohortes, prospectivo, basado en las historias clínicas de pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario de Jerez. Se recogieron variables relacionadas con el diagnóstico de DM (tipo, años de evolución, tratamiento, control actual y complicaciones crónicas), con el ingreso (estado nutricional, complicaciones, duración de la estancia) y datos de ejercicio físico.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes (50,9% varones, edad media de 64,42 ± 11,9 años). El 15,4% de la población reconocía tabaquismo activo. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular, el 62,2% presentaba DM/prediabetes (n = 33); el 56,6%, hipertensión arterial (n = 30) y el 60,4%, dislipemia (n = 32). Del total de pacientes con DM/prediabetes, el 60,6% presentaba DM tipo 2 y el 39,4% prediabetes (ningún paciente con DM tipo 1), siendo la hemoglobina glicosilada promedio de 6,87 ± 1,75%. El 9,1% de dichos pacientes fueron diagnosticados durante el ingreso, mientras que un 48,5% ya tenía una alteración del metabolismo hidrocarbonado de menos de 5 años de evolución. El 39,4% estaba sin tratamiento hipoglucemiante. Cabe destacar que el 33,3% presentaba nefropatía y el 33,3% antecedente de cardiopatía. Los pacientes con DM/prediabetes mostraron mayor índice de masa corporal (29,27 ± 7,8 kg/m² vs. 26,67 ± 5,3 kg/m²) y mayor presencia de obesidad (42,4 vs. 20%) frente al grupo de pacientes sin alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. El diagnóstico de desnutrición fue más prevalente en pacientes con DM/prediabetes (90,9 vs. 65%, p = 0,053). Se encontró mayor prevalencia de complicaciones asociadas a la desnutrición y la sarcopenia durante el ingreso en el grupo de pacientes con DM/prediabetes (70 vs. 35%, p = 0,015), con riesgo relativo de 1,833 (1,062-3,164). En cuanto a la actividad física, los pacientes sin alteraciones del metabolismo hidrocarbonado realizaban más ejercicio anaeróbico que los pacientes con DM/prediabetes (6/20 vs. 3/33, 30 vs. 9,09%), encontrándose mayor prevalencia de sarcopenia confirmada en estos últimos (48,4 vs. 30%), sin significación estadística en ningún caso.

Conclusiones: Los pacientes hospitalizados con DM/prediabetes presentan un mayor riesgo de complicaciones hospitalarias asociadas a desnutrición y sarcopenia. La identificación precoz mediante cribado nutricional sistemático, junto con intervenciones sobre el estilo de vida y la actividad física, podrían contribuir a optimizar los resultados en salud.

P-235. PREVENCIÓN DE DIABETES EN UNA COHORTE DE SUJETOS CON ALTO RIESGO. SEGUIMIENTO A 10 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Loredana Violeta Dudasu, Héctor Della Graña, Juan Josep Cabré, Georgina Cornadó Cubells, Dolores Agüera Sedeño, Coral Chancho Rodríguez y Naivis Guillen Martínez

CAP Sant Pere Reus 1, Reus, España.

Objetivos: Determinar la efectividad de las intervenciones sobre los estilos de vida en la progresión hacia diabetes tipo 2 (DM2) en sujetos con alto riesgo, en un programa para prevención de la DM2, bajo diversas intensidades.

Material y métodos: Estudio de cohortes con un seguimiento de 10 años, participaron 113 sujetos sin diagnóstico de DM2 de un área básica de salud, El cribado se realizó con el cuestionario "Finnish Diabetes Risk Score" (FINDRISC) y se eligieron de manera consecutiva aquellos sujetos cuyo riesgo fuese moderado-alto (igual a superior a 11 puntos). Al inicio del estudio se realizó una intervención grupal o intensiva, con analítica que comprendió una prueba de sobrecarga oral con glucosa (75 g) al inicio a fin de descartar diabetes. La intervención individualizada consistió en un programa que constó de 6 sesiones presenciales con el participante, a cargo de su enfermera referente, durante un año. La intervención estandarizada consistió en el mismo número de sesiones durante el mismo tiempo, pero en formato grupal: los grupos constaron de un rango entre 8 hasta 11 participantes en cada uno; siendo administrado por una misma persona.

Resultados: Durante 2014 se contactó a 113 sujetos, con rango de edad entre 53 y 86 años (media 71,3 ± 8,4), todos ellos libres

de diabetes al inicio. 76 mujeres (67,3%). Se realizó la intervención, libremente a elección del participante, fueron estandarizadas un total de 86 (76,1%) mientras que se realizaron de manera individualizada 27 casos (23,9%). En los casos estandarizados se realizaron un total de 9 grupos (media por grupo: 9,56 pacientes). En 2024, en el control a los 10 años, 7% fueron *exitus* (8 sujetos), 13 sujetos (11,5%) tuvieron diagnóstico de DM2. Analizando por intervención, la opción más eficiente fue la intervención individualizada con un solamente un 7,2% de progresión a diabetes (IC95% 4,4-9,6%), mientras que la intervención mínima estandarizada objetivó un índice de progresión a diabetes del 16,8% (IC95%, 11,2-22,4%).

Conclusiones: Se observó un bajo índice de progresión a la DM2 en los pacientes que realizaron, en el estudio, una modificación en sus estilos de vida y en los que se realizó un seguimiento individual. Cabe mencionar que la intervención era elegida por el sujeto participante en primera instancia. Seguramente los mejores resultados están influidos por un mayor tiempo de intervención.

P-236. COMBINACIÓN DE LOS INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 Y TERAPIAS REDUCTORAS DEL ÁCIDO ÚRICO EN PACIENTES CON GOTA: RESULTADOS DE UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA

Laura Agudo Sáez, Óscar Moreno Pérez y José Domenech Serrano
Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, España.

Introducción: La gota es una artritis inflamatoria frecuente asociada a hiperuricemia y a una alta carga de comorbilidades. A pesar de la eficacia de las terapias actuales, muchos pacientes no alcanzan los objetivos óptimos de ácido úrico sérico (AUS). Los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (ISGLT2), han demostrado beneficios cardio-metabólicos y la reducción en los niveles de AUS. Sin embargo, hasta el momento no se conoce la eficacia de la combinación de los ISGLT2 con las terapias reductoras del ácido úrico (ULTs) en la mejoría de marcadores metabólicos e inflamatorios ni tampoco respecto al mejor control de los objetivos de AUS con gota.

Material y métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo en personas diagnosticadas de gota, que hubiesen recibido ISGLT2 junto a fármacos hipouricemiantes durante al menos dos meses. Los objetivos primarios fueron la reducción del AUS y la consecución de los niveles recomendados por la EULAR (< 6 mg/dl y < 5 mg/dl). Los objetivos secundarios incluyeron la comparación de las dosis prescritas de alopurinol vs. las dosis previstas "Easy-Allo", el uso de diuréticos y los cambios en otros marcadores biológicos (HbA_{1c}, PCRus, glucemia en ayunas y función renal). El análisis estadístico incluyó test no paramétricos para comparar medianas y regresión logística para evaluar factores asociados a alcanzar los objetivos de AUS.

Resultados: Se incluyeron 46 personas (75 años, 82% hombres, 91% DM2, 65% enfermedad renal crónica). La mayoría de los individuos recibieron como ULT alopurinol (66,7%) o febuxostat (28,9%), y dapagliflozina (58,7%) o empagliflozina (30,4%) como ISGLT2. El tratamiento combinado resultó en una reducción del AUS de 0,85 (RIQ 0,45 a -2,57) mg/dl (p = 0,001). El objetivo de AUS de < 6 mg/dl se alcanzó en el 97,7% y de < 5 mg/dl en el 79,5% de las personas. La reducción del AUS fue mayor en aquellos sin tratamiento hipouricemiente previo, pero el logro del objetivo fue independiente del tratamiento inicial, las comorbilidades (como el IMC o la enfermedad renal crónica) o el tipo de ISGLT2. Se observó una tendencia hacia menores dosis de alopurinol de las previstas, y el uso de diuréticos disminuyó significativamente. Se observaron mejorías en los niveles de HbA_{1c}, glucosa en ayunas y niveles de PCRus.

Conclusiones: La combinación de inhibidores de SGLT2 y terapias reductoras del ácido úrico (principalmente alopurinol) en personas con gota logró reducciones significativas del ácido úrico en sangre y ayudó a alcanzar los objetivos del tratamiento. Estos resultados, junto con un menor uso de diuréticos y menores necesidades de dosis de alopurinol, apuntan hacia un interesante enfoque de tratamiento de la gota.

P-237. DIABETES Y VACUNACIÓN: EVALUANDO LA COBERTURA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Mariana Torres Guerra, Daniel Lozano Acosta, Beatriz Barquiel Alcalá, Natalia Hillman Gadea, Óscar Moreno Domínguez y Noemí González Pérez de Villar

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción: Las personas con diabetes presentan mayor riesgo de infección y de complicaciones asociadas. La vacunación frente a influenza, neumococo y COVID-19 reduce la hospitalización y la mortalidad en esta población. Sin embargo, las tasas de vacunación descritas siguen siendo subóptimas: 44-60% para influenza, 24-32% para neumococo y 70-80% para COVID-19.

Objetivos: Determinar la tasa de vacunación frente a influenza, COVID-19 y neumococo en pacientes atendidos en la Unidad de Diabetes del Hospital Universitario La Paz.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal mediante encuesta sobre estado vacunal en pacientes con diabetes atendidos entre septiembre y diciembre 2025. Se incluyeron pacientes consecutivos. Los datos fueron analizados con SPSS.

Resultados: En total 100 pacientes incluidos (55% mujeres) de 45 ± 15,5 años de edad. El 79% presentaba DM1, el 16% DM2, el 4% MODY y el 1% DM3c. El 23% tenía ≥1 complicaciones crónicas de la diabetes (retinopatía, enfermedad renal diabética, enfermedad vascular o polineuropatía) y el 37% presentaba comorbilidades asociadas (Hipertensión arterial, dislipemia, cáncer activo, enfermedad autoinmune con inmunosupresión o enfermedad pulmonar). La tasa de vacunación para influenza fue 57%, COVID-19 82% y neumococo 30%. No se observaron diferencias significativas por tipo de diabetes ni años de evolución. Al analizar las edades comparativas, únicamente la vacunación antineumocócica mostró diferencias estadísticamente significativas, observándose una mayor frecuencia en los pacientes de edad más avanzada (p = 0,015). En aquellos pacientes que presentaban complicaciones, la vacunación frente a neumococo fue significativamente mayor (68,8 vs. 37,3%; p = 0,027), sin diferencias significativas para influenza ni COVID-19. En pacientes con comorbilidades, se observaron mayores tasas de vacunación para influenza (75,7 vs. 51,8%; p = 0,021) y neumococo (61,3 vs. 30,6%; p = 0,012), sin diferencias para COVID-19. Solo el 39% de los pacientes refirió haber recibido información sobre las recomendaciones del esquema de vacunación durante el último año. De estos: el 65,4% fueron informados por la enfermera del centro de salud, el 34,6% por el médico de atención primaria y el 28,8% por el servicio de Endocrinología. Se observó una tendencia a mayores tasas de vacunación para influenza y neumococo entre estos pacientes en comparación con aquellos no informados, aunque sin alcanzar significación estadística: influenza 70,0 vs. 53,8% (p = 0,116) y neumococo 58,1 vs. 34,3% (p = 0,053).

Conclusiones: Las tasas de vacunación observadas fueron similares a las descritas en la literatura, con una mayor cobertura para COVID-19 y la más deficiente para la vacunación antineumocócica. La edad, la presencia de complicaciones y de comorbilidades se asociaron a mayores tasas de vacunación, especialmente para neumococo. La escasa proporción de pacientes informados resalta la necesidad de reforzar estrategias educativas y preventivas en personas con diabetes.

P-238. CETOACIDOSIS REFRACTARIA POR ENFORTUMAB-VEDOTÍN

Susana Martínez González, Pilar Olvera Márquez, Rosa Juana Tejera Pérez, Lucía Herrera Gorrín, Cesar Díaz Camacho, Carla Rodríguez Rodríguez e Ignacio Llorente Gómez de Segura

Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción: Enfortumab-vedotín es un conjugado anticuerpo-fármaco dirigido contra la nectina-4, utilizado en el tratamiento del carcinoma urotelial. Si bien ha demostrado ser efectivo, su uso está asociado con efectos secundarios significativos, entre ellos alteraciones en el metabolismo glucémico, como la cetoacidosis diabética (CAD). Este caso clínico describe un episodio de CAD refractaria en un paciente que recibió tratamiento con enfortumab-vedotín.

Caso clínico: Paciente varón de 68 años, con antecedentes de pre-diabetes, hipertensión arterial e infarto agudo de miocardio en 2021. Acude al Hospital Nuestra Señora de la Candelaria el 17/08 por dolor torácico y vómitos de 4 días de evolución. Su último tratamiento con enfortumab-vedotín correspondió al tercer ciclo administrado el 14 de agosto, sin incidencias clínicas relevantes. A su ingreso, se realizaron pruebas diagnósticas que evidenciaron CAD con los siguientes valores: pH 7,16, HCO₃-10 mmol/L, cuerpos cetónicos 5,2 y glucemia 612 mg/dL. Se iniciaron medidas terapéuticas, incluyendo 250 cc de bicarbonato, perfusión continua de insulina y sueroterapia, pero no se observó mejoría clínica. El paciente fue desestimado para ingreso en la UVI. Posteriormente, se consultó al servicio de endocrinología, y al momento de la evaluación (lunes 18/08), el paciente presentaba respiración de Kussmaul, con progresión de la hiperglucemia, acidosis y cetonemia.

A pesar de los ajustes terapéuticos, no se observó mejora significativa en los parámetros metabólicos. Finalmente, se inició sedación paliativa en la madrugada del 19 de agosto por signos de sufrimiento clínico evidenciados.

Discusión: La CAD refractaria asociada al uso de enfortumab-vedotín es un evento clínico grave y potencialmente fatal, ya descrito en la literatura. La evolución desfavorable en este paciente resalta la necesidad de una mayor investigación respecto a los mecanismos de alteración metabólica relacionados con este fármaco, así como la creación de protocolos específicos de manejo y seguimiento glucémico. La implementación de estrategias de monitorización continua podría prevenir complicaciones graves y mejorar el pronóstico de los pacientes con este tipo de efectos adversos.

P-239. MEGLITINIDAS COMO ALTERNATIVA SEGURA EN EL TRATAMIENTO DE DIABETES MODY 3

Patricia Casquero Kisternaia y Cristina Gil Mouce

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

Introducción y objetivos: la diabetes MODY3 es una forma hereditaria de diabetes causada por mutaciones autosómicas dominantes en el gen HNF1A, lo que provoca una disminución progresiva de la secreción de insulina por las células β del páncreas. El objetivo principal de la comunicación es demostrar a través de un caso clínico que repaglinida constituye una alternativa eficaz y segura para el control glucémico en pacientes con diabetes MODY tipo 3, especialmente en aquellos con riesgo elevado de hipoglucemia con sulfonilureas, dado que estos pacientes presentan una sensibilidad aumentada a los secretagogos.

Caso clínico: Mujer de 14 años con antecedentes familiares de diabetes insulino dependiente en varias generaciones y autoinmunidad pancreática negativa, diagnosticada de diabetes tras una glucemia basal de 200 mg/dL y glucosuria detectadas en un control analítico rutinario. No refería síntomas cardinales de hiperglucemia, aunque describía astenia progresiva en los últimos meses. La analítica mostraba glucosa elevada, HbA_{1c} 7,1%, péptido C conservado, niveles de insulina compatibles con secreción residual y autoinmunidad pancreática negativa; en orina se objetivó glucosuria significativa sin albuminuria. Inicialmente se instauró tratamiento combinado con insulina (0,1 UI/kg/día) y metformina 850 mg cada 24 h, con posterior mejoría de los parámetros glucémicos, lo que permitió suspender la insulina tras 18 meses de evolución. Dada la historia familiar, la presentación clínica y los marcadores analíticos, se solicitó estudio genético, que confirmó una variante patogénica heterocigota en el gen HNF1A, diagnóstico de MODY3. Tras el diagnóstico genético, se inició tratamiento con sulfonilureas (glimepirida 2 mg/24 horas) con mejoría inicial, pero se objetivaron múltiples episodios de hipoglucemias nocturnas, persistiendo a pesar de la reducción de dosis y el cambio a glipizida 5 mg/24 horas. Además, surgieron hiperglucemias postprandiales, por lo que se decidió suspender la sulfonilurea y cambiar a repaglinida 0,5 mg/24 horas, un secretagogo de acción corta. Tras cuatro meses de tratamiento con repaglinida, la paciente se mantiene asintomática, con buen control glucémico y menor número de hipoglucemias.

Discusión: En pacientes con diabetes MODY3, las sulfonilureas son el tratamiento de primera línea debido a su alta eficacia para mejorar la secreción de insulina, pero su vida media prolongada y la sensibilidad aumentada en este fenotipo incrementan el riesgo de hipoglucemia, por lo que requieren iniciar a dosis bajas y ajustes cuidadosos. Cuando las sulfonilureas no son bien toleradas o provocan hipoglucemias frecuentes, las meglitinidas como repaglinida ofrecen una alternativa con acción más corta y menor riesgo de hipoglucemia tardía, mostrando buena tolerancia y eficacia, especialmente en adolescentes y en casos seleccionados. Aunque no existen ensayos comparativos a largo plazo entre sulfonilureas y meglitinidas en HNF1A-MODY, lo que limita recomendaciones definitivas sobre seguridad y complicaciones, la evidencia actual apoya las meglitinidas como alternativa válida en pacientes seleccionados.

Tabla P-238

Hora	pH	Glucemia (mg/dL)	Cetonemia (mmol/L)	Tratamiento instaurado
10:45 am	7,05	573	6,4	Perfusión continua de insulina (50 U en 50 cc de SSF0,9%) a 24 ml/h.
11:45 am	7,05	521	6,6	Perfusión continua de insulina (50 U en 50 cc de SSF0,9%) a 30 ml/h + bolo 20 U de insulina regular iv.
13:00 pm	7,09	521	5,7	Perfusión continua de insulina (100 U en 50 cc de SSF0,9%) a 25 ml/h + bolo 30 U de insulina regular iv.
14:45 pm	7,09	521	6,9	Perfusión continua de insulina (200 U en 50 cc de SSF0,9%) a 20 ml/h + bolo 20 U de insulina regular iv.

P-240. CUANDO LA INSULINA NO ES LA CULPABLE

Marta Núñez Jiménez-Bravo, Rosa Gómez Almendros, Francisco Lupión Lorente, Manuel Blanca Padilla, Patricia Tomás Gómez, María Elena López Alaminos y Jose Napky Rajó

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España.

Caso clínico: Mujer de 58 años, derivada desde Medicina Interna por sospecha de hipoglucemias de hasta 38 mg/dL objetivadas en glucómetro de trabajo (enfermera) con RM pancreática normal. Es fumadora activa y presenta hipertensión en tratamiento con irbesartán y torasemida y dislipemia en tratamiento con simvastatina. Además, por su patología digestiva se encontraba en tratamiento con azatioprina, mesalazina y pantoprazol y hasta hacía dos años había sido tratada con ciclos de corticoides. En un primer momento, se solicitaron pruebas que descartaron insuficiencia suprarrenal, déficit de GH, síndrome de Hirata... En el test de ayuno, a las 36 y 42 horas se documentaron hipoglucemias de 42 y 37 mg/dL con cetonemia elevada, insulina (1,95) y proinsulina bajas (< 0,6), y péptido C en el límite inferior de la normalidad (0,6), asumiendo hipoglucemia no mediada por insulina. Se le administró glucagón, realizando analítica sanguínea. Desafortunadamente se perdió la muestra, presentando la paciente una glucemia capilar de 48 mg/dL en ese momento. El estudio de antidiabéticos orales fue negativo. Se realizó diagnóstico diferencial de hipoglucemia no causadas por insulina tales como feocromocitoma, tumores productores de IGF-2 (cociente IGF I/IGF II de hasta 4,7 y TC toraco-abdomino-pélvico normal) y síndrome de Fanconi (remitida a nefrología por glucosuria, proteinuria, hematuria y potasemia persistentemente en límite bajo). Finalmente, se sospechó causa farmacológica, destacando la azatioprina (que está emparentada con 6-mercaptopurina que se ha relacionado con hipoglucemia cetósica en niños con leucemia) y menos probablemente irbesartán (en ficha técnica específica hipoglucemias en pacientes con diabetes en tratamiento) o colecalciferol (con estudios de hipoglucemias en ratones exclusivamente). La paciente rechazó suspender la azatioprina y repetir el test. Actualmente, se ha añadido un calcioantagonista para control de la hipertensión con cierta mejora de las hipoglucemias.

Discusión: El diagnóstico de hipoglucemias en pacientes sin diabetes, especialmente cuando no se ha demostrado la influencia de insulina es complejo dada la multitud de posibles causas, pudiendo incluso no alcanzarse diagnóstico etiológico.

P-241. ESTUDIO PILOTO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL BASADA EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 1 Y MIEDO A LA HIPOGLUCEMIA O AVERSIÓN A LA HIPERGLUCEMIA

Isabel M. Pujol Jiménez^a, Natàlia Abralde Zayas^a, Mar Martínez Gòdia^b, Anna Soria Madrid^b, Alex Mesa Pineda^a, Mireia Forner Puntonet^b y Rosa Corcoy Pla^a

^aServei d'Endocrinologia i Nutrició, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bServei de Psiquiatria, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción y objetivos: Los factores psicológicos desempeñan un papel clave en el automanejo y grado de control de la diabetes

tipo 1 (DM1), especialmente si coexiste miedo a la hipoglucemia o aversión a la hiperglucemia. Sin embargo, el beneficio de una intervención psicológica en esta población ha sido escasamente estudiado. Nuestro objetivo fue implementar una intervención psicológica grupal basada en el protocolo de aceptación y compromiso para enfermedades crónicas, adaptada a esta población y evaluar su impacto psicológico y glucométrico.

Material y métodos: Estudio piloto prospectivo antes-después en 6 pacientes con DM1 y miedo a la hipoglucemia (n = 4) o aversión a la hiperglucemia (n = 2). La intervención psicológica consistió en ocho sesiones semanales de 90 minutos. Se obtuvieron datos de monitorización continua de glucosa en un período de 2 meses antes, durante la intervención y 2 meses después. Asimismo, se administraron cuestionarios sobre aceptación de la enfermedad (AADQ), miedo a la hipoglucemia (EsHFS), aversión a la hiperglucemia (AH), ansiedad y depresión (HADS) y distrés en diabetes (DDS), antes de la intervención y a la finalización de la misma.

Resultados: Características de los participantes: edad 44,7 ± 13,5 años, duración diabetes 20,0 ± 15,4 años, 3 en tratamiento con múltiples dosis de insulina, 3 con sistema de asa cerrada. Tras la intervención, se observó un incremento significativo del porcentaje de TIR 70-180 mg/dL (67,3 ± 19,5% a 70,3 ± 8,3%, p = 0,045) y descenso del TAR > 180 mg/dL (32,0 ± 19,8% a 27,8 ± 19,4%, p = 0,009), sin diferencias significativas en otros parámetros glucométricos. Los cambios se observaron especialmente en el subgrupo con miedo a la hipoglucemia (tabla). Se observaron también mejoras en aceptación de la diabetes (puntuación AADQ 11,8 ± 3,5 a 9,8 ± 2,0, p = 0,033) y en el miedo a la hipoglucemia (puntuación EsHFS 85,2 ± 17,9 a 61,2 ± 5,6, p = 0,014). No hubo diferencias significativas en la aversión a la hiperglucemia (puntuación AH 71,3 ± 13,1 vs. 65,5 ± 11,6, p = 0,391).

Datos glucométricos (60 días) pre y posintervención por subgrupos

	Preintervención	Posintervención	p
Miedo a la hipoglucemia (n = 4)			
TBR < 54	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0	-
TBR < 70	0,50 ± 0,6	1,0 ± 0,8	0,293
TIR 70-180	55,8 ± 8,7	60,0 ± 10,4	0,019
TAR > 180	43,8 ± 9,2	39,0 ± 11,2	0,012
TAR > 250	15,3 ± 6,6	12,5 ± 5,9	0,134
Aversión a la hiperglucemia (n = 2)			
TBR < 54	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0	-
TBR < 70	1,0 ± 1,4	3,5 ± 4,9	0,500
TIR	90,5 ± 7,8	91,0 ± 8,5	0,500
TAR > 180	8,5 ± 6,4	5,5 ± 3,5	0,374
TAR > 250	1,5 ± 2,1	0,5 ± 0,7	0,500

Conclusiones: En personas con DM1 y miedo a la hipoglucemia o aversión a la hiperglucemia, la intervención psicológica mejoró de forma clínicamente relevante, la aceptación de la diabetes, el miedo a la hipoglucemia y la glucometría, principalmente por la contribución del primer subgrupo.



Endocrinología, Diabetes y Nutrición

www.elsevier.es/endo



ÍNDICE DE AUTORES

XXXVII Congreso de la Fundación Sociedad Española de Diabetes

Sevilla, 15-17 de abril de 2026

- | | | | |
|---|--|---|---|
| Abad López, Ainhoa, 132 | Alcalde González, Rebeca, 87 | Andrés Iglesias, José Carlos, 117 | Aznar Ondoño, Itziar, 71 |
| Abad Martín, Mercè, 61, 63, 65 | Alcántara Aragón, Valeria, 49 | Andreu, Alba, 2 | Babiano Benito, Lucía, 62, 88, 127, 136 |
| Abbate, Manuela, 48 | Alcaraz, Jéssica, 70 | Andújar-Plata, Paula, 57 | Balanta, Desiree, 70 |
| Abellán Galiana, Pablo, 92, 132 | Aldunate Cia, Leyre, 103 | Antequera González, María, 70, 64, 86, 93 | Ballesteros Martín-Portugués, Antonio, 128 |
| Ablanedo Mingot, María, 29, 17, 137 | Alejo Ramos, Miriam, 52 | Anton Bravo, Teresa, 77, 74 | Ballesteros Pèrez, Mónica, 59 |
| Abraldes Zayas, Natalia, 18, 141 | Alejo Ramos, Mirian, 93 | Antón i Riera, Nerea, 27 | Ballesteros Pomar, María D., 52, 86, 93 |
| Abrante Hernández, M. Candelaria, 119 | Alfonso Perea, Andrea, 123 | Aránzazu Bermúdez Martín, Carmen, 105 | Ballesteros Pomar, María, 64, 70 |
| Acosta Silva, María Jesús, 33 | Almería Fernández, Eugenia, 72 | Araujo, Raquel, 35 | Balsells Bailón, Nuria, 124, 135 |
| Adel-Gamil Eskandarous-Ghattas, Aster, 55, 56 | Almodovar-Ruiz, Francisca, 77 | Araujo Legido, Raquel, 8 | Bandrés Nivelá, Orosia, 15 |
| Afonso Granda, Alicia, 89 | Alonso, Andrés, 35 | Arbelo Rodríguez, María, 39, 50 | Baniandres Eizaguirre, Sofía, 49, 74, 132, 82 |
| Agudo Endemaño, Virginia, 91, 95 | Alonso Carril, Núria, 115 | Ares, Jessica, 1 | Bañuls, Celia, 47 |
| Agudo Sáez, Laura, 139 | Alonso Díaz, Sara, 137 | Ares Blanco, Jessica, 42, 54, 95, 120 | Barahona San Millán, Rebeca, 96 |
| Agüera Sedeño, Dolores, 138 | Alonso Echarte, Ángela, 49, 74, 82, 132 | Arévalo Gómez, Montse, 107 | Barquiel Alcalá, Beatriz, 93, 107, 139 |
| Agüeria Cabal, Pablo, 46, 95 | Alpañes Buesa, Macarena, 132 | Argüelles Jiménez, Iñaki, 94 | Barreto, Laura, 100 |
| Agüeria, Pablo, 83 | Altés, Andreu, 79 | Ariadel Cobo, Diana Guadalupe, 70 | Barroso Romero, Alexia, 10 |
| Agüero Amado, Martina, 134 | Alvarado Jiménez, Hernan David, 130, 130 | Arqué Badia, Anais, 135 | Barrot, Joan, 6 |
| Aguilar, Montse, 89 | Álvarez, Jessica A., 137 | Arque, Anais, 124 | Bartolomé Herranz, Alberto, 33 |
| Aguilar, Xavier, 101 | Álvarez González, Ines, 129 | Arranz Martí, José Alfonso, 65 | Basterra Gortari, Francisco Javier, 49, 132 |
| Aguilera, Eva, 21 | Álvarez Guisasola, Fernando, 25, 51, 81 | Arranz Martín, Arranz Martín, 122 | Basterra Gortari, Javier, 74, 82 |
| Aguirre, N., 111 | Álvarez Reyes, Irene, 56, 60, 72 | Arranz Martín, Jose Alfonso, 87, 25 | Batanero Maguregui, Ricardo, 53, 130, 134 |
| Aguirre Castiella, Javier, 49, 74, 82, 132 | Álvarez Schettini, María Isabel, 49 | Arrieta Blanco, Francisco, 111 | Batista, Esther, 51 |
| Aguirre Larracochea, Urko, 55 | Amaya García, María José, 56, 60, 72 | Artero Delgado, María del Mar, 108 | Bau Serrallonga, Núria, 124 |
| Aizpeolea San Miguel, Lourdes, 53, 116, 130, 133, 134 | Amor, Antonio J., 31, 13, 27, 97 | Artola Menendez, Sara, 25, 81, 51 | Bautista Recio, Carmen, 41, 50 |
| Albaladejo-Carrasco, Nerea, 28 | Ampudia Blasco, Francisco Javier, 94, 15 | Ascoeta Ortiz, Nicolás, 51 | Bayona Cabada, Ane, 28, 122 |
| Albert Fabregas, Lara, 130 | Amuedo, San, 99 | Asenjo Martínez, Laura, 116 | Beato-Vibora, Pilar, 14 |
| Alcalá Artal, Ángel, 46, 47 | Amuedo Domínguez, San, 4, 54, 57, 102, 131 | Atencia Goñi, José, 128 | Beato Víbora., Pilar I., 136 |
| Alcalá Artral, Ángel, 122 | Andrés Iglesias, J. Carlos, 31, 118, 119 | Ayala, Denise, 51 | |

- Beato Vibora, Pilar Isabel, 62, 88, 120, 127
- Beaulieu Oriol, Louisa Miriam, 62
- Begines Tirado, Paula, 43, 128, 138
- Béjar López, Miguel, 105
- Beléndez Vázquez, Marina, 19, 109
- Belenguer Marqués, Ana, 132
- Bellido, Virginia, 99, 125
- Bellido Castañeda, Virginia, 4, 7, 54, 57, 102, 131
- Belmonte Lomas, Samuel, 7, 12, 96
- Bengoa Rojano, Nuria, 74
- Bennasar Venny, Miquel, 48
- Bergara-Muguruza, Leire, 8
- Bermúdez, Marcelino, 12
- Bermúdez Tamayo, Clara, 82
- Bernabeu-Wittel, Máximo, 24
- Bernaldo Madrid, Blanca, 134
- Bernet, Clara, 76
- Berrocal Casado, Belén, 115
- Bertran Recasens, Bernat, 89
- Bescos Pérez, Maravillas, 128
- Betancort, Paula, 100
- Birruzo Hernández, Nuria, 99
- Blanca Padilla, Manuel, 123, 141
- Blanco, Jesús, 31, 79
- Blanco Carrasco, Antonio Jesús, 6
- Blanco Chillerón, Eduardo, 44, 128
- Blasco Baselga, Lucrecia Ana, 107
- Boix Carreño, Evangelina, 36
- Bondia, Jorge, 15, 28
- Bondia Company, Jorge, 115
- Bonet Quiroga, María, 3, 126
- Bono Velilla, Ángela, 92, 132
- Bordes Vázquez, Laia, 10
- Botella Serrano, Marta, 46, 47, 122
- Boza González, Alicia, 136
- Brito Sanfiel, Miguel, 77, 132
- Brugnara, Laura, 9
- Buisan Álvarez, Anna, 18
- Burillo Sánchez, Elisabet, 109, 113, 116
- Busquets Bueno, Viviana, 124
- Caamaño-Lois, María de las Nieves, 57
- Cabré Font, Carla, 18, 104, 135
- Cabré, Juan Josep, 138
- Cabrera de León, Antonio, 20, 30
- Cabrera García, Patricia, 71
- Cabrera Medina, Esther Gloria, 110
- Cacace, Julia, 34, 97
- Cadiñanos Fernández de Ocariz, Tamaya, 74
- Cáliz-Molina, María Ángeles, 85
- Callau Llurba, Nati, 124, 135
- Calvo Redondo, Pilar, 106
- Camacho, Emi Rosa, 19
- Camacho-Cabrera, María, 24, 85
- Cámara Torres, Patricia, 35
- Camarero Erdoiza, Marta, 55
- Campos Fernández, Julia, 106
- Campos Peris, Andreu, 39, 94
- Canelada Orellana, Pilar, 51
- Cano, Albert, 89
- Cano González, David, 10
- Cantón Blanco, Ana, 53
- Canyelles, Marina, 40
- Caparrós, Sonia, 90
- Caparrós Molina, Sonia, 65, 95
- Capel Flores, Ismael, 130
- Capote Contreras, Cristian, 78
- Carbonell Hernández, Raquel, 73
- Cárdenas Salas, Jersy, 77
- Cárdenas Salas, Jersy Jair, 92
- Cárdenas, Antonio, 35
- Cardo, Leire, 1
- Caridad Núñez López, Laura, 78
- Carles Escolà-Gil, Joan, 40
- Carmen Andreo López, María, 99
- Carmona Rico, Manuel Jesús, 57
- Caro Bautista, Jorge, 105
- Caro Magdaleno, Manuel, 5
- Carón Martín, Patricia, 91
- Carpintero Lozano, Soraya, 106
- Carrasco, Marta, 100
- Carrasco Gutiérrez, Patricia, 110, 117
- Carrascosa Lorente, Daniel, 64, 70, 86, 93
- Carrillo García, María Dolores, 52
- Casado, C., 111
- Casado Garrido, Isabel, 17
- Casado Rodríguez, María, 64, 70, 86, 93
- Casas Rodríguez, Raquel, 137
- Casas Piélagos, Ana, 76
- Cascales Guerrero, Gracia, 100, 103
- Casellas Font, Lúcia, 124
- Casquero Kisternaia, Patricia, 140
- Castaño, Luis, 22, 38
- Castell Albert, Maria de la Salut, 3
- Castellano Guerrero, Ana María, 5
- Castellanos Rodríguez, Ana Isabel, 128
- Castellanos-Rubio, Ainara, 8
- Castiblanque Ortiz, Andrea, 55, 56
- Castillo, Karen, 13, 97
- Castrillo Sanz, Pedro, 92
- Castro Luna, Ana, 14
- Catalá Gregori, Ana Isabel, 68
- Cebolla Rojas, Cristian, 87
- Cebrian Cuenca, Ana M., 25, 51
- Cebrián, Paula, 122
- Cebrián Cuenca, Ana, 81
- Cebrián Cuevas, Encarnación, 50
- Cebrián López, Paula, 46, 47
- Cendros Massioui, María, 18
- Chancho Rodríguez, Coral, 138
- Chaurasiya, Vaishali, 22, 83
- Chaves Lozano, Adrián, 91, 129
- Chen, Yanyun, 76
- Chicharro Luna, Esther, 100, 103
- Chico, Ana, 80
- Chico Ballesteros, Ana, 66, 107, 114, 115, 120, 126, 127
- Chillarón Jordan, Juan José, 11, 10, 11, 89
- Chinchilla Llamas, Miriam, 121
- Chinea Rodríguez, Valeria, 39
- Choque, Lucia, 51
- Chumbiauca Vela, Estefanía, 50
- Claudia Wägner, Anna María, 110
- Climent Biescas, Elisenda, 10, 11, 89
- Cobo-Irusta, Alicia, 7
- Cobo-Vuilleumier, Nadia, 8, 35, 37
- Colchón Fernández, Mateo, 24
- Colchón Fernández, Mateo José, 12, 27, 96, 131
- Colell Costa, Olga, 121
- Collantes Matallana, Ana, 113, 114
- Colom Rossello, Miquel, 48
- Colomé Tatché, Eulàlia, 121
- Colomo Rodríguez, Natalia, 136
- Colungo, Cristian, 79
- Concha Lahsen, Javiera, 50
- Conget, Ignacio, 13, 27, 31, 70, 97
- Conget Donlo, Ignacio, 18, 104, 125, 135
- Cook, Daniel Adrian, 38
- Corbacho Pascual, Javier, 125
- Corcoy, Rosa, 115
- Corcoy Pla, Rosa, 3, 18, 126, 127, 141
- Cordero Fort, Alberto, 103
- Cordero Vaquero, Ana Alejandra, 56, 60, 72
- Cornadó Cubells, Georgina, 138
- Correa Márquez, Lilia Isabel, 89
- Corredera, María, 38
- Cortell-Mera, Sara, 36, 37
- Costa, Helena, 89
- Costa Lima, Elisabet, 96
- Cózar Castellano, Irene, 9, 35
- Cózar León, María Victoria, 7
- Cua Espinilla, Fátima, 87
- Cua Espinilla, María, 87
- Cuerda-del Pino, Alba, 15
- Cuesta Hernández, Martín, 134
- Currás Varela, María, 73
- Cusac Romero, San, 108
- Cutilla Muñoz, María Ángeles, 73
- d'Alessio, David, 23
- Dalmau, Alba, 100
- Damas, Lucy, 61
- Damas Fuentes, Miguel, 7
- Damento Pons, Carmen, 86
- Dameto Pons, Carmen, 64, 70
- Dameto Pons, M. Carmen, 93
- Daniela Näf Cortés, Silvia, 3
- Dávila Batista, Verónica, 41
- De Casas Fernández, Maria Xania, 52
- De Damas Medina, María, 101
- De Fuentes Moreno, Noelia, 95
- De Gracia Valero, Ana, 67, 101
- De la Calle de la Villa, Esther, 122, 125
- De la Calle de la Villa, María Esther, 28
- De la Cruz Bonilla, Alejandro, 39, 94

- De la Fuente Coria, María del Carmen, 84
- De Lope Quiñones, Sara, 29, 125
- De Luis Román, Daniel Antonio, 114
- De Oriol Ocejo, Patricia, 92
- De Regla Martínez Merino, Clara, 131
- De Reza Cabrera, Martín Humberto, 81
- Del Amo Simón, Sofía, 114, 113
- Del Arco Romualdo, Belén, 41, 136
- Del Carmelo Gracia Tello, Borja, 28
- Del Castillo Villaescusa, Cristian, 47
- Del Fresno, Lucía, 54
- Del Peso Sánchez, Úrsula, 92
- Del Valle Azogil, Ana, 56, 72
- Delgado, Elías, 7, 42
- Delgado Álvarez, Elías, 46, 95
- Delgado Gutiérrez, Blanca Isabel, 52
- Delgado Gutiérrez, Paula, 66
- Delgado Montoya, Juan Luis, 99
- Delgado Sandoval, María R., 107
- Delicado Hernández, Cristian, 13
- Della Grañana, Héctor, 138
- Denning, Max, 76
- Diab Cáceres, Layla, 43
- Díaz Albares, Miguel Ángel, 110, 117
- Díaz Camacho, Cesar, 140
- Díaz Gorrín, Kevin David, 71, 71, 78, 125
- Díaz-López, Everardo J., 57
- Díaz López, Everardo Josué, 53
- Díaz López, Karina de Jesús, 81
- Díaz Soto, Gonzalo, 113, 114
- Díaz-Trastoy, Olaia, 57
- Diez, José Luis, 28
- Diez Ruano, José Luis, 115
- Doblado, Laura, 76
- Dolz López, Marta, 126
- Domenech-García, Roger, 38
- Domenech Serrano, José, 139
- Domínguez López, Marta, 136
- Domínguez Márquez, Luis Miguel, 62, 88, 127
- Domínguez Mejido, José Leonardo, 10
- Domínguez Navarro, Ana, 121
- Donate Correa, Javier, 85, 91
- Dorado Avendaño, Beatriz, 29
- Dòria, Montserrat, 101
- Dos Santos Gil, Marcos, 76
- Dos Santos, Marcos, 63
- Dos Santos, Reinaldo S., 36, 37
- Doulatram Gamgaram, Viyey, 19, 20
- Dudasu, Loredana Violeta, 138
- Duque, Natalia, 23
- Durán, María, 69
- Duran Carbonell, San, 51
- Eber Tapia Suárez, 65, 95
- Eguilaz Esparza, Nerea, 82
- Eguiluz Fernández, Maider, 125
- Elhadri-Egea, Aida, 98, 115
- Elhari-Egea, Aida, 67
- Elías Martínez, Estela, 62
- Enciso Izquierdo, Fidel Jesús, 56, 60, 72
- Escalada San Martín, Javier, 50
- Escaño Hernández, Daniela Estephany, 78
- Escobar Morreale, Héctor F., 29
- Escribano Lociga, Mónica, 3, 80, 127
- Espert Lozano, Salvacor, 80
- Espiga Molinero, Teresa, 28
- Espinosa de los Monteros Sicilia, Patricia, 134
- Estapé, Mariona, 2
- Esteve Serra, Mariona, 96
- Estévez Rodríguez, Matilde Inmaculada, 119
- Estévez Villar, Concepción, 17
- Estudio ASENET.es, 19
- Expósito Carval, Coral, 84
- Falo Arias, Adrià, 108
- Felipe Plaza, Lucía, 45
- Fernández, Ana, 2
- Fernández Álvarez, Jose Carlos, 119
- Fernández-Argüeso, María, 57
- Fernández Balsells, María Mercedes, 96
- Fernández Camins, Berta, 6, 48
- Fernández de Araoz, Carmen, 69
- Fernández Domínguez, María José, 17
- Fernández Fernández, Elisa, 44
- Fernández García, Judit, 7, 83
- Fernández Gutiérrez, Domingo Ángel, 91
- Fernández-Luque, Luis, 82
- Fernández Martínez, Alberto, 74
- Fernández Miró, Mercè, 10, 11, 89
- Fernández Pérez, Isabel, 10
- Fernández-Real, José M., 83
- Fernández Rivera, Clara, 15, 72, 126
- Fernández Rubio, Elsa, 74, 95
- Fernández Sánchez, Álvaro, 92
- Fernández-Sánchez, Ana, 22, 83
- Fernández Valero, Andrea, 58
- Fernández Vaz, Cristian, 108
- Fernández Velasco, Pablo, 113
- Fernández Xove, Irea, 57
- Ferreira, R., 111
- Ferreira-Ocampo, Pablo José, 77
- Ferrer-Fàbrega, Joana, 27
- Ferrer Lozano, Marta, 14
- Ferri Ciscar, Jordi, 94
- Figueira Hernández, José Manuel, 30
- Figueredo, Carme, 13, 97
- Flores Campos, Rocío, 60
- Flores Le Roux, Juana, 11
- Flores Le Roux, Juana A., 11
- Flores Le-Roux, Juana Antonia, 10
- Flores Pardo, Emilio, 100, 103
- Floro Andrés Rodríguez, N., 31, 117, 118, 119
- Fornet Puntonet, Mireia, 141
- Fornos Pérez, José Antonio, 31, 117, 118, 119
- Fraile Vázquez, Ainara, 55
- Franch, Josep, 6
- Franch-Nadal, Josep, 6
- Francisco Merino, Laura, 109, 113, 116
- Franco Vidal, Amalia, 17, 29, 137
- Friginal Camuñas, Julia Ángela, 110
- Fuentes Barragán, Lucía, 56, 72
- Galán, J., 111
- Galdón Sanz-Pastor, Alba, 77
- Gallach Martínez, Marta, 13
- Gallego Gamero, Fabiola, 136
- Gallego Gutiérrez, Silvia, 16
- Gallego Rodríguez, Sergio, 76
- Gálvez Moreno, María Ángeles, 128
- Gamero Dorado, Carmen, 104
- Gao Chen, Lin, 33
- Gaona Fernández, Adrián, 91
- García, Ana Victoria, 7
- García, Santiago, 47
- García Aguilera, Esther, 124, 135
- García Albors, Neus, 112
- García Alonso, Beatriz, 129
- García Arias, M.^a Jesús, 17, 29
- García Arias, María Jesús, 137
- García Báez, María José, 41
- García Bello, Miguel A., 41
- García Bray, Bruno, 39
- García Bray, Bruno Francisco, 50
- García Carrillo, María, 108, 109
- García de la Fuente, Marta, 33
- García de Lucas, María Dolores, 42, 84
- García Díaz, Elena, 8
- García Domínguez, Daniel, 60
- García Duque, María, 64
- García Escobar, Eva, 19, 20, 38, 48, 137
- García-Fuentes, Eduardo, 23
- García García, María Dolores, 52
- García Gómez, Ana Victoria, 1, 54
- García Guerrero, Adoración, 17
- García Herrero, Ignacio, 52
- García López, Acoraida, 111
- García Martín, Carla L., 41
- García Martínez, Carla, 63
- García Martínez, Cristian María, 44
- García Martínez, Mireya, 64
- García Martínez, Silvia, 44
- García Mondéjar, Pilar, 106
- García-Moreno Sánchez, Ana Belen, 110
- García Mouriz, Marta, 49, 74, 82, 132
- García-Pérez, Rosa Natalia, 67, 115
- García-Pérez, Rosa, 98
- García Reyes, Anabel, 78
- García-Ruiz, Almudena, 24, 85
- García Sánchez, María Isabel, 37
- García Serrano, Sara, 48
- García Tagua, Víctor, 30
- García-Villarino, Miguel, 1, 42, 43
- Garrido Domínguez, Sergio, 56, 60, 72

- Garrido Gutiérrez, Ana, 11
 Garrido Gutiérrez, Anna, 11
 Garrido Sánchez, Lourdes, 23
 Gasá, Rosa, 9
 Gaspar Lafuente, Ruth, 107
 Gauthier, Benoit R., 35
 Gauthier, Benoit, 8, 37
 Gil, Pedro, 12
 Gil, Pedro Alejandro, 61
 Gil Boix, José Vicente, 92
 Gil Millán, Pedro, 65, 90, 95
 Gil Mouce, Cristian, 140
 Gil Pascual, Alba, 15, 72, 126
 Gil Quintana, Yaiza M., 41
 Giménez Álvarez, Marga, 18, 70, 104, 125
 Giménez Álvarez, Margarita, 135
 Giménez, Marga, 13, 27, 31, 279
 Giménez, Margarita, 2, 97
 Gimeno Orna, José Antonio, 15, 28
 Giner Esteban, Yael, 99
 Girón, María Victoria, 137
 Gogeascochea Trejo, María del Carmen, 82
 Gomes Porras, Mariana Jesús, 50
 Gómez, Aurora, 66
 Gómez Alfonso, Francisco Javier, 62
 Gómez Almendros, Rosa, 141
 Gómez Chamorro, Isabel, 44, 128
 Gómez Delgado, Marta, 104
 Gómez García, Erika Fabiola, 81
 Gómez García, Inés Rosa, 137
 Gómez-Gordo Hernanz, Mónica, 44
 Gómez Hoyos, Emilia, 113
 Gómez Manrique, Aurora, 68
 Gómez Peralta, Fernando, 24
 Gómez Perea, Ana, 16
 Gómez Prieto, Paula, 91
 Gómez Turégano, Paula, 72
 Gómez Vázquez, Eva, 53
 Gómez Zaragoza, Blanca, 27, 82
 González, Eduardo, 51
 González Albarrán, Olga, 44
 González Alou, Rubén, 92, 132
 González Arceo, Maitane, 22
 González Arnaiz, Elena, 52, 70
 González Bouillin, Andrea Nathalie, 11
 González Díaz-Faes, Ángela, 91
 González Edel, Patricia, 20, 30
 González Fernández, Gema, 72, 126
 González Formoso, Clara, 17
 González García, Cecilia, 46, 47
 González Jauregui, Blanca, 74
 González Lazaro, Paloma, 137
 González-Maroto, Ignacio, 14
 González Mesa, Francisco Javier, 105
 González Pérez de Villar, Noemi, 14, 93, 107, 139
 González Pérez, Ana María, 119
 González Prieto, Jorge, 62, 88, 127
 González Romero, Stella María, 41
 González Vidal, Tomás, 46
 Gonzálvez Adsuar, Laura, 64
 Goñi Iriarte, María José, 74, 132, 49, 82
 Gorgojo Martínez, Juan Jose, 77
 Gortazar de la Rica, Lucía Amelia, 91
 Goya, María, 4, 59
 Granados, Montse, 31
 Granados, Montserrat, 97
 Granados Pérez, Montse, 104
 Granados Pérez, Montserrat, 18, 135
 Gratacós Gómez, Alejandro Raúl, 55, 56
 Grau del Valle, Carmen, 47
 Grau Figueredo, Rocío Jazmín, 56, 60, 72
 Gros Herguido, Noelia, 4, 14, 54, 57, 99, 102, 125, 131
 Grupo Cribado DM1PV, 22
 Guardia-Baena, Juan Manuel, 67, 98, 115
 Guarque Rus, Albert, 59
 Guerrero, Noemí, 41
 Guijarro Chacón, Marta María, 62, 88
 Guillen, S., 111
 Guillen Martínez, Naivis, 138
 Guillén Mesa, Luisa, 40
 Guillén Sacoto, María Augusta, 74
 Guilleumes, Marta, 2
 Gundogdu, Kaan, 8
 Gutiérrez Alba, Gaudencio, 82
 Gutiérrez Mora, Natalia, 94
 Gutiérrez Vílchez, Elena, 50
 Guzmán Espinoza, Karina Priscila, 74
 Guzmán Llorens, Daniel, 36, 37
 He López Poveda, Elia, 33
 Hermo-Argibay, Alberto, 34, 97
 Hermoso García, Marta, 46, 47
 Hernández, Cristian, 6, 12, 90
 Hernández, Marta, 100
 Hernández Bermúdez, Ivonne Carolina, 48
 Hernández de la Red, Silvia, 35
 Hernández Hernández, María Teresa, 77, 85, 112
 Hernández-López, Omar, 34
 Hernández-López, Omar A., 34
 Hernández-López, Omar Arturo, 97
 Hernández López, Sol, 45
 Hernández Pascual, Cristian, 6, 61, 63, 65
 Hernández Santana, Magnolia, 110
 Hernando Alday, Íñigo, 87
 Hernanz Martín, Mario, 33
 Herrador Bravo de Soto, Luis, 59
 Herrador de Soto Bravo, Luis, 3
 Herrag, Nora, 70
 Herrera Gorriñ, Lucía, 140
 Herrero Ruiz, Ana, 75, 45
 Herrero Varas, Sara, 109, 113, 116
 Hidalgo Murillo, Amaia, 95
 Hidalgo Murillo, Amaya, 91
 Hidalgo Sotelo, Doña Lucía, 27
 Hidalgo Villa, David, 17, 29, 137
 Hillman Gadea, Natalia, 93, 139
 Hontecillas Prieto, Lourdes, 60
 Huarte Royo, Joaquina, 31, 117, 118, 119
 Huerga González, Saida, 74, 91, 95
 Hurtado Núñez, Francisco Javier, 109
 Iglesias, Eduardo, 54
 Iglesias, Paloma Paolo, 69
 Iglesias López, Rosa Ana, 75
 Iglesias Rodrigo, Mirene, 74
 Igoillo-Esteve, Mariana, 37
 Irusta, Xabier, 22
 Itza Martín, Nerea, 14
 Izarra, Aitziber, 12
 Jansà Morató, Marga, 19
 Jerez Arzola, María Elena, 40
 Jiménez, Lesly, 61
 Jiménez Aceituno, María, 101
 Jiménez Blanco, Sara, 25
 Jiménez Díaz, Jessica, 87
 Jiménez Millan, Ana Isabel, 42, 84
 Jiménez Osés, Rocío, 80
 Jiménez Rodríguez, Beatriz, 27
 Jiménez Sellés, Pedro, 100, 103
 Jiménez Sidrach de Cardona, Lucía Soledad, 52
 Jiménez Varas, Inés, 134
 Jódar Gimeno, Estebán, 76
 Jover Gornal, Judith, 130
 Jover Gornall, Judith, 130
 Justel Enriquez, Alicia, 25
 Kaiser Girardot, Sybille, 19
 Khoruzha Aleksandrovych, Sofiya, 46, 47, 122
 Lacarta Benítez, Macarena, 74
 Lacoba Casado, Marta, 13
 Lago Sampedro, Ana, 19, 20, 48
 Lago Sampedro, Ana María, 38
 Lahera Vargas, Marcos, 122
 Lambert, Carmen, 1, 7, 42, 83
 Lambert Goitia, Carmen, 54, 95
 Lanau Campo, Clara, 28
 Lapena Estella, Carolina, 48
 Lara Barea, Almudena, 60
 Lario Marín, Nuria, 77
 Lario Marín, Nuria Esther, 85, 112
 Larraz Giganto, Sara, 77, 85, 112
 Latorre Mesa, Carlos, 53, 91, 129
 Lavinia Marginean, Delia, 128
 Lázaro Martín, Lucía, 73
 Leandro Hernández, Juan Antonio, 45, 62, 75
 Lecube Torelló, Albert, 12
 Lecube, Albert, 6
 Leiva Gea, Isabel, 16
 Leiva Mora, Nuria, 79
 Lendínez-Jurado, Alfonso, 30
 Leon, Josep, 100
 León González, Patricia, 71

- León Hernández, Amanda, 20, 30
 León Ocando, Ana Paola, 78
 León Sanz, Miguel, 40
 Li, Jianghao, 76
 Li, Luyang, 22
 Licerán Peralbo, Ana María, 105
 Lima-Rubio, Fuensanta, 58
 Linares-Pineda, Teresa, 58
 Linares Pineda, Teresa María, 30
 Liu, Rong, 76
 Lizano Sánchez Villacañas, María, 137
 Llorente Gómez, Ignacio, 50
 Llorente Gómez de Segura, Ignacio, 39, 140
 Lluch, Aina, 22, 83
 López, Ángel, 2
 López Alaminos, María Elena, 123, 141
 López Barneo, José, 33
 López Carmona, María Dolores, 42
 López de la Torre-Casares, Martín, 67, 98, 115
 López del Hierro, Mercedes, 132
 López-Escribano, Herminio, 15
 López Fernández, Raúl, 24
 López-Fernández-Sobrino, Raúl, 85
 López Gallardo, Gema, 4, 54, 57, 99, 102, 131
 López Garre, Elena, 52
 López Herrera, Mariluz, 48
 López Ibarra, Pablo Jose, 99
 López Jiménez, Verónica, 50
 López López, Franco Nicolas, 53
 López Miras, Ester, 124
 López Pereira, Carlos, 60
 López Tinoco, Cristian, 60
 Lorena Mongelly, Marcela, 78
 Lorente Armendáriz, Iñaki, 109
 Lorenzo, Petra, 8
 Lorenzo, Petra I., 35
 Lorenzo Moñino, Mar, 125
 Lorenzo Moñino, María del Mar, 122
 Lorite Méndez, Juan Carlos, 26
 Loroño Yagüe, Leire, 64, 70, 86, 93
 Losfabelos de Castro, Carlota, 15, 72, 126
 Lozano Acosta, Daniel, 93, 139
 Lozano Aida, Claudia, 83
 Lozano Martínez, Pablo, 15, 28, 72, 126
 Lucas Gamero, Jose Antonio, 56, 60, 72
 Lucena Morales, Cristian Jesús, 73
 Ludwig, Lisa, 76
 Luengo Andrada, María, 72
 Luna-Marco, Clara, 34, 97
 Lupiáñez, Ascensión, 90
 Lupiáñez Barbero, Ascension, 65, 95
 Lupión Lorente, Francisco, 123, 141
 Luque Ramírez, Manuel, 29
 Mabety Cuéllar Pompa, Leticia, 91
 Madruga Rubio, José María, 4
 Mangas, Natalia, 80
 Mangas Fernández, Natalia, 66, 107, 114, 115, 127
 Mangas Mellado, Pablo, 13
 Manjon Miguélez, Laura, 52
 Manzano Valero, Lucía, 55, 56
 Mañes López, Elena, 48, 133
 Maravall Royo, Francisco Javier, 92
 Maraver Romero, Rocío, 45
 Marazuela Azpiroz, Mónica, 87
 Marazuela, Mónica, 25
 Marcelino Rodríguez, Itahisa, 20, 30
 Marcos González, Iván, 17, 29
 Marco Martínez, María Amparo, 56
 Marcos Martínez, María Amparo, 55
 Marí de Nova, Helena, 9
 María Tablado, Miguel Ángel, 45, 89
 Marijuán Sánchez, Clara, 40
 Marín Santonja, Javier, 94
 Marín Tur, Celia, 89
 Márquez de la Rosa, Juan Ignacio, 71, 78, 125
 Márquez Marvizon, Ana, 131
 Marroquí, Laura, 36, 37
 Martí-Lluch, Ruth, 17
 Martín, Franz, 35
 Martín, Manuel, 110
 Martín Bermudo, Franz, 8
 Martín Flores, Laura María, 62, 88, 127
 Martín-Javato Martín-Javato, Magdalena, 56
 Martín Marfil, Paula de Jesús, 75
 Martín-Montalvo, Alejandro, 24, 85
 Martín Moreno, Manuel, 117
 Martín-Ortega, Laura, 83
 Martín Peñalver, Ricardo, 63, 64
 Martín Reyes, Flores, 20, 48
 Martín Sanjosé, Juan Fernando, 15, 115
 Martín Vázquez, Eugenia, 8
 Martín Ventoso, Carlota, 108
 Martínez, Arturo, 66
 Martínez, Rosa, 22, 38
 Martínez Alberto, Carlos Enrique, 85, 91
 Martínez Aparicio, María del Mar, 109
 Martínez Brocca, María Asunción, 5, 7, 12, 24, 27, 37, 82, 96, 131
 Martínez Buezo, Marianela, 54
 Martínez Díaz-Guerra, Guillermo, 40
 Martínez Fernández, Ernesto, 103
 Martínez Gòdia, Mar, 141
 Martínez González, Susana, 39, 50, 140
 Martínez Melgar, Carmen, 66, 114
 Martínez Melgar, M.^a Carmen, 115
 Martínez Melgar, Mari Carmen, 107
 Martínez Millana, Antonio, 68
 Martínez Montoro, José Ignacio, 23, 70
 Martínez Olmos, Miguel Ángel, 53
 Martínez Puertes, Arturo, 68
 Martínez Roldán, María José, 107, 66, 114, 115
 Martínez Ruiz, Jesús, 44
 Martínez Segura, María Elena, 50
 Martínez Vaquera, Shaira, 65, 95
 Marzo Ortiz, Javier, 40
 Masaid, Ines, 83
 Mascañana Calle, Juan Antonio, 137
 Masid, Inés, 42
 Masid Sánchez, Inés, 95
 Masplà Villafuella, Oihane, 89
 Mata Cases, Manel, 25, 51, 81
 Matas Aguado, Diego, 33
 Mateu Salat, Manel, 79
 Maturana Femenia, Maria Teresa, 124
 Mauricio, Dídac, 6, 101
 Mayoral, Jorge, 70
 Mayoral Sánchez, Eduardo, 12, 24, 96
 McGuire, Darren K., 23
 Medina Serrano, Noelia, 124
 Megía, Ana, 4, 59
 Megia Colet, Ana, 3, 59
 Mena Ribas, Elena, 39
 Méndez Muros, Mariola, 82
 Mendoza Mathison, Lilian, 107, 114
 Mendoza Mathison, Lilian Cristina, 3, 126, 127
 Menéndez García, Cristian, 17, 29, 137
 Menéndez Torre, Edelmiro, 1, 46, 83
 Menéndez Torre, Edelmiro Luis, 42, 54
 Meneses, Karla, 45
 Mera Gallego, Inés, 31, 117, 118, 119
 Mera Gallego, Rocío, 31, 117, 118, 119
 Merchante Alfaro, Agustín Ángel, 92, 132
 Merino Güell, Paula, 108
 Merino Olmo, Aina, 11
 Merino Torres, Juan Francisco, 66, 68
 Mesa, Álex, 114
 Mesa Diaz, Ángel Manuel, 12, 96
 Mesa Pineda, Alex, 141, 18, 126
 Mesa Suárez, Laura, 71
 Michelena Fernández, Rocío, 53, 130, 133
 Migliorelli, Federico, 2
 Milad, Camila, 13
 Miller, Debra, 23
 Miñambres, Inka, 40, 66, 80
 Mitjans, Francesc, 37
 Mohamed Madhor, Sherin, 76
 Molina, María, 30
 Molina Venegas, Cesárea, 104
 Molina-Vega, María, 58
 Monge Carmona, Raquel, 5
 Monroy Rodríguez, Gabriela, 76
 Monroy, Gabriela, 4
 Monsalve, Maria, 76
 Montagud-Marrahi, Enrique, 27
 Montalbán Carrasco, Coral, 49, 130, 133

- Montalvá Giménez, Alejandro, 36
- Montañez, M.^a Dolores, 59
- Monteiro Coelho, Fernanda, 103
- Montejo Martínez, Carmen, 89
- Montemayor Frías, Sofía, 48
- Mora Fernández, Carmen, 85
- Mora Martín, Laura, 39, 50
- Moral Alguacil, Daniel, 105
- Morales Pérez, Francisco Miguel, 88
- Morales Pérez, Francisco, 62
- Morcillo, Sonsoles, 30, 58
- Morcillo Espina, Sonsoles, 2
- Moreno-Castro, Cristian, 37
- Moreno Domínguez, Óscar, 93, 139
- Moreno Fernández, Jesús, 14, 120
- Moreno Fernández, Jorge, 52
- Moreno Pérez, Óscar, 79, 139
- Mories Álvarez, M. Teresa, 75
- Mories Álvarez, María Teresa, 45, 62
- Morilla Herrera, Juan Carlos, 105
- Morillas, Carlos, 34
- Morillas, Virginia, 38
- Morillas Ariño, Carlos, 47
- Morillas Jiménez, Virginia, 50
- Morínigo Maldonado, Rosa, 51
- Moro Cabrera, Marta, 52
- Morón-Ros, Samantha, 9
- Motta, Vicky, 61
- Muñoz Arenas, Luis, 43, 128, 138
- Muñoz Cabello, Ana María, 33
- Muñoz Franco, Jaime, 37
- Muñoz Pacheco, Raquel, 60
- Murillo, Clara, 2
- Murillo, Marta, 38
- Nájera Sánchez, Fernando, 9
- Napky Rajo, Jose, 141
- Nattero Chávez, Lía, 14, 28, 29, 122, 125
- Navarro Antón, Carmen, 132
- Navarro Ariño, M.^a Dolores, 104
- Navarro Brito, Emma, 78
- Navarro García, Inma, 112
- Navarro González, Juan Francisco, 85
- Navas de Solís, M.^a Sol, 68
- Navas de Solís, María Soledad, 68, 66
- Navas-Méndez, Elena, 6
- Navas Moreno, Victor, 25, 87
- Neria Serrano, Fernando, 74
- Nicholls, Stephen J., 23
- Nicolás, Ignasi, 70
- Nicolás, María, 89
- Nicolas Seclén, Segundo, 61
- Nicolás Zapata, Ginés, 36, 37
- Nieto de la Marca, María de la O, 113, 114
- Novials, Anna, 9
- Nozal García, Laura, 73
- Núñez Jiménez-Bravo, Marta, 141
- Núñez Pardo, Ana Belén, 105
- O'Connor Ramiro, Lucía, 50
- Ogando de Oleo, Yiscaury, 89
- Olivares Alcolea, Josefina, 94
- Olkkonen, Vesa M., 22, 83
- Olmedo Pérez-Montaut, Javier, 43, 128, 138
- Olveira Fuster, Gabriel, 41
- Olveira, Casilda, 137
- Olveira, Gabriel, 137
- Olvera Márquez, Pilar, 140
- Oneto Fernández, Manuel Jesús, 2
- Ontoria Betancort, María Cristina, 14
- Orozco Beltran, Domingo, 25, 51, 81
- Ortega, Emilio, 6, 79
- Ortega Delgado, Francisco José, 22, 83
- Ortega Sáenz, Patricia, 33
- Ortez Toro, José Jorge, 28
- Ortiz de Urbina Oliver, Ana María, 76
- Ortiz León, María Cristina, 82
- Ortiz-Zuñiga, Ángel, 90
- Ortiz Zúñiga, Ángel Michael, 63
- Oualla Bachiri, Wasima, 19, 20
- Padial, Marina, 137
- Palacios García, Nuria, 132
- Palomares Ortega, Rafael, 128
- Palou Artola, Eva, 18
- Panicello Sanz, Judith, 101
- Panizo Fra, Javier, 71, 78, 125
- Parellada Roura, Anna, 108
- Partida Menéndez, María Victoria, 134
- Pasarón Fernández, María, 73
- Pascual-González, Izei, 8
- Pasión Polo, Pilar, 108
- Pavón, Isabel, 69
- Pazos Couselo, Marcos, 17, 57
- Pedreguera Aizpeolea, Ainhoa, 116, 133, 134
- Peinado Garrido, Ana, 14
- Peinado Ruiz, Mercedes, 82
- Peláez Alba, María Pilar, 19
- Pelayo García, Alicia, 49, 91, 116, 129, 130
- Peña Montero, Nerea, 58
- Peñaherrera Aguilar, María Fernanda, 49, 91, 129
- Perdomo, Germán, 9
- Perdomo Hernández, Germán, 35
- Perdomo Zelaya, Carolina, 50
- Perea, Verónica, 4
- Perea Castilla, Verónica, 59
- Pérez, Antonio, 40, 80, 115
- Pérez Castillo, Juan Carlos, 108
- Pérez Corral, Begoña, 64
- Perez Daga, Jose Antonio, 50
- Pérez Domínguez, Unai, 55
- Perez Fernández, Cristian, 65
- Pérez Galende, Elena, 72, 126
- Pérez García, Inés, 64
- Perez Machín, Paula, 78, 71, 125
- Pérez-Mocholí, Paula, 9
- Pérez Morales, Ana, 104, 125
- Pérez-Olivarez Martin, Laura, 43
- Pérez Pérez, Antonio, 25, 51, 60, 66, 81
- Pérez Reyes, Pilar, 128
- Pérez-Rosendo, Leopoldo, 24, 85
- Pérez Rúbies, Marta Andrea, 133
- Pérez Salas, Pilar, 136
- Pérez Salas, Pilar, 16
- Pérez-Serna, Atenea A., 36
- Pérez Yanes, Laura María, 91
- Perich Tubert, Lluïsa, 69
- Perna-Barrull, David, 21, 38
- Pica Montesinos, Susana, 19
- Picón, M.^a José, 59
- Picón César, María José, 2, 58, 70
- Picón, María José, 4, 30
- Pie León, María, 53, 116, 129, 130, 133, 134
- Pinedo Velázquez, María Teresa, 63, 64
- Pinés Corrales, Pedro José, 13
- Pino Pérez, Inmaculada, 24, 85
- Pintado Pallarés, Laura, 121
- Piñar Gutiérrez, Ana, 4, 54, 57, 99, 102, 131
- Piñero Zaldivar, Antonia, 84
- Piserra-López, Alberto, 2
- Pla Peris, Begoña, 15
- Planas Bas, Raquel, 21
- Plaza López, Pedro José, 89
- Pomares Gómez, Francisco, 100, 103
- Pomes Aixut, Anna, 124, 135
- Ponce Valero, Rubén, 65, 95
- Porchas Quijada, Mildren Guadalupe, 81
- Pozo, María, 2
- Prats Custal, Ariadna, 3, 59
- Pueyo Ferrer, Irene, 18, 104, 135
- Pujol Jiménez, Isabel M., 3, 18, 141
- Queremel Milani, Daniel Alejandro, 40
- Quintana Afonso, Ana María, 111
- Quintana Santamaria, Alejandra, 133, 116
- Quintano Santamaria, Álex, 134
- Quintero Tobar, Alejandra, 29, 125
- Quirós, Carmen, 120, 125
- Quirós López, Carmen, 14, 115
- Ramallo, Yolanda, 41
- Ramírez de Arellano Aldea, María Lourdes, 80
- Ramírez-Sánchez, Aarón D., 8
- Ramos Arzola, Yara, 119
- Ramos Fortes, Montserrat, 3, 66, 107, 114, 115, 127
- Ramos Herrero, Victor, 10
- Ramos Ruiz, Guillermo, 46, 95
- Ranchal Pérez, María Pilar, 14
- Ravé García, Reyes, 82
- Real Collado, José Tomás, 94
- Real de la Cruz, M. Pilar, 108
- Real de la Cruz, María Pilar, 109
- Rebollo Román, Ángel, 120, 128
- Remón Ruiz, Pablo, 99
- Remón Ruiz, Pablo Jesus, 102
- Reyes García, Rebeca, 123
- Ribas, Lucía, 69
- Ribas, Vicent, 9
- Ribas Paulet, Alicia, 65, 95
- Rica, Itxaso, 22
- Riera García, Lucía, 112
- Riestra Fernández, María, 73
- Rigla, Mercedes, 89

- Rigla Cros, Mercedes, 130
Ríos Quintás, Rosa María, 31, 118, 119
Rius Riu, Ferran, 124, 135
Rivas Montenegro, Alejandra Maricel, 44
Rivas Otero, Diego, 46
Rivera Cuello, Mercedes, 16
Rivero Melián, Benigno, 50
Rivero Melián, Benigno Emilio, 39
Rizo Gellida, Alicia, 92, 132
Roca, Daria, 31, 125
Roca Espino, Daria, 18, 104, 135
Rocío Martínez Hartmann, Ana, 73
Rodríguez Campello, Ana, 10
Rodríguez de Vera Gómez, Pablo, 5, 7, 12, 24, 82, 131
Rodríguez de Vera, Pablo, 27, 96
Rodríguez Fernández, Selena, 71, 78, 125
Rodríguez Guillén, Miriam, 110
Rodríguez Hernández, Carmen, 40
Rodríguez Jiménez, Beatriz, 5, 12, 24, 96, 131
Rodríguez Jiménez, Celestino, 40
Rodríguez Lacambra, Elisabeth, 135
Rodríguez López, María, 44
Rodríguez Montes, Oscar Eduardo, 82
Rodríguez Muñoz, Alba, 23, 70
Rodríguez Pérez, María del Cristo, 20, 30
Rodríguez Raja, Noemi, 133
Rodríguez Rodríguez, Carla, 140
Rodríguez Rodríguez, Silvia, 115
Rodríguez Sosa, Elena, 125
Roig, Ariadna, 21
Roig-Marín, Noel, 13
Rojano Toimil, Alba, 6
Rojas González, Ana Isabel, 10
Rojas Romero, Camila, 89
Rojo, Gemma, 40
Rojo Martínez, Gemma, 19, 20, 38
Roldán, Belén, 14
Román, G., 111
Román Villatoro, José, 102
Romera, Irene, 76
Romera Pérez, Clara, 45, 75
Romero, Josep Maria, 101
Romero Corcobado, Yolanda, 11
Romero Iglesias, Jesús, 44
Romero León, Carmen, 80
Ros Martínez, Maite, 63, 64
Rosa Ríos Quintás, María, 117
Rosado, Jose Antonio, 69
Rossetti, 66, 68
Rovira-Llopis, Susana, 34, 97
Roxana Padilla Segura, Mayet, 96
Roza Amengual, Laura Natalia, 48
Ruano Esteban, Raquel, 100, 124, 135
Rubio Almanza, Matilde, 66, 68
Rubio Díaz, Ana María, 131
Rubio García, Pilar, 106
Rufino Delgado, Maria de la Trinidad, 78
Ruiz Aviñó, Lúdia, 124
Ruiz Campos, Nerea, 23
Ruiz Cánovas, José Manuel, 29
Ruiz de Adana Navas, María Soledad, 50, 136
Ruiz de Adana, Maria Soledad, 48, 38
Ruiz de Ancos, María, 55, 56
Ruiz Gracia, Teresa, 122
Ruiz Rodríguez, María, 27, 82
Ruiz Rubio, Lucía, 23, 70
Ruiz Trillo, Carmen Amelia, 104
Sager La Ganga, Carolina, 25, 87
Sainz de los Terrero Errea, Amaya, 82, 74, 132
Sainz-Maza Vallejo, Leire, 91, 95
Sala Mira, Iván, 15, 28
Salazar, Juan Diego, 47
Sales-Buj, Arantxa, 102
Salinas Serrano, Jose María, 100, 103
Salinero Fort, Miguel Ángel, 21
Sambo Salas, Marcel, 128
Sampedro-Núñez, Miguel Antonio, 87
Sánchez, Mònica, 6
Sánchez Acosta, Raymond Agustín, 46, 95
Sánchez Bartrés, Mónica, 61, 63, 76
Sánchez Crespo Juarez, María, 137
Sánchez Fenollar, Daniel, 44
Sánchez Gallego-Alonso, Macarena, 71, 78, 125
Sánchez Ibáñez, Marta, 113, 114
Sánchez-Jiménez, Flora, 60
Sánchez Malo, Carolina, 101
Sánchez Marcos, Ana Isabel, 45
Sánchez Margalet, Víctor, 60
Sánchez Pérez, Ester, 15
Sánchez-Quesada, José Luís, 40
Sánchez Ramírez de Arellano, Adrián, 80
Sánchez Rivero, Orieta, 62
Sánchez Toscano, Esteban, 43, 138
Sancho, Pablo, 61
Sangil Monroy, Irene, 116, 130, 133
Sanmartín Sánchez, Alicia, 94
Santa Cruz Álvarez, Pilar, 104
Santacruz Cerdá, Elisa María, 79
Santín, Izortze, 8
Santivañez Perez, Carla Jimena, 43
Santo Domingo, Jaime, 35
Santos Mazo, Estefanía, 14
Sanz Sobrado, María Jesús, 110
Sardà Simó, Helena, 40
Sastre Marcos, Julia, 55, 56
Sebastián-Valle, Fernando, 65
Sebastián Valles, Fernando, 25, 87, 120
Segarra Balao, Ana, 101
Segui Cerarols, Núria, 121
Segura Quintana, Iván, 111
Selinger Galant, Leticia, 76
Senent Capote, María Mercedes, 43, 128, 138
Serisuelo Meneu, Esther, 132
Serrano Coello, Ana Carolina, 3, 126
Serrano Gotarredona, Joaquín, 79
Serrano Laguna, María del Carmen, 7
Servitja, Joan-Marc, 9
Sesma Quesada, Sonsoles, 44, 128
Sevillano Orte, Laura, 28
Siles-Guerrero, Víctor, 67, 98, 115
Simbaña Aragon, Gabriela Inés, 134, 49, 53, 129
Simó, Rafael, 6, 12, 90
Simó Canonge, Rafael, 61, 63
Simó Servat, Olga, 6, 61, 63, 65, 90
Simó Servat, Rafael, 65
Siverio Morales, Orlando, 85
Skikti El Kouty, Anass, 101
Sojo Vega, Lidia, 96
Sola, Clara, 31
Solá, Eva, 34, 47
Solà Sanz, Clara, 135
Soldevila Madorell, Berta, 4
Solla, Paula, 24, 85
Soria Madrid, Anna, 141
Soto Moreno, Alfonso, 4, 54, 99, 102, 131
Soto Moreno, Alfonso Manuel, 57
Sousa dos Santos, Reinaldo, 36
Suárez, Yolanda, 54
Suárez-Arana, María, 30
Suazo Agurcia, Cindy, 50
Subías Andujar, David, 130, 130
Subías, David, 89
Taboada, Xoana, 23
Tadeo, Elisa, 97
Talledo, Pedro, 53
Talledo Madrid, Pedro, 129
Talledo Madrid, Pedro Luis, 49
Tami, Malika, 60
Tapia Ceballos, Leopoldo, 16
Taulero Escalera, Belén, 21
Tejera Muñoz, Antonio, 79
Tejera Pérez, Rosa Juana, 140
Tevar Rodríguez, Miriam, 11
Thomas-Eyde, Melissa-Sarah K., 76
Timón Vázquez, Blanca, 92
Tinahones, Francisco J., 23
Tinahones, Francisco José, 70
Toledo Déniz, Besay, 119
Toledo Juan, María Belén, 94
Toledo Rubio, Esther, 13
Tolentino Martínez, Lourdes María, 45, 62, 75
Tomás Gómez, Patricia, 123, 141
Tomàs Ripollés, Nerea, 3, 59
Tombo Fernández, Isabel, 62
Torras, Elisabet, 6
Torrecillas del Castillo, Eduardo, 82
Torres Barea, Isabel, 73
Torres Guerra, Mariana, 93, 139
Torres Rios, Alicia, 40
Torres Torres, Beatriz, 114

Trebolazabala, Nerea, 22	Vallejo Herrera, María José, 41, 86	Vilariño-García, Teresa, 60	Wasima Oualla Bachiri, Predoctoral, 48
Triguero Ortiz, Clara, 134	Vallejo Herrera, Verónica, 86	Villarrubias Llopis, Ainhoa, 18	Weerakkody, Govinda, 23
Tundidor, Diana, 80, 101	Vallejo Mora, M. ^a del Rosario, 136	Vilas, Alicia, 9	Wos, Marzena Anna, 96
Tuneu Valls, Laura, 51	Valls, Aina, 38	Villa de la Fuente, María, 129	
Úbeda Dilme, Maria, 39, 94	Valverde Márquez, Álvaro, 62	Villa Fernández, Elena, 132	Yago Esteban, Gema, 104
Umpierrez, Guillermo, 24	Vázquez Martínez, Clotilde, 92	Villa Fernández, Elsa, 1, 7, 83	Yang, Chin-An, 137
Uña Martín, Rafael, 136	Vázquez Salvi, Luis, 134	Villa López, Gema, 40	Yañez Juan, Aina Maria, 48
Urbano Rico, Carmen, 55	Vegas Lorenzo, Ángela, 130	Villahoz Iglesias, María Ángeles, 55	Yoldi Urdirroz, Jon, 49, 132, 82
Urioste Fondo, Ana María, 86	Vela Florensa, Georgina, 137	Villar García, Gonzalo, 106	Yoldi Vergara, Carmen, 19
Urquijo Mateos, Virginia, 74, 95	Venegas, Francisca, 119	Villar Taibo, Rocío, 53	Yovera-Aldana, Marlon, 61
Urriza, Helena, 69	Ventura-Aguiar, Pedro, 27	Vinagre, Irene, 59	
Urrutia, Inés, 22	Verdeguer Tarrega, Pilar, 112	Vinagre Torres, Irene, 2	Zafra Jiménez, Ramon, 39, 94
Utrilla Uriarte, Nerea, 91	Viana Vinaches, Carlos, 79	Vinyals, Clara, 13	Zamora Zamorano, Garlene, 41, 110
	Vicente Alcalde, Nancy, 63	Viñals, Clara, 79, 97	Zaragoza Villena, Begoña, 112
Valdés, Sergio, 19, 20	Vich Pérez, Pilar, 21	Vivas Vaca, Carolina Ximena, 62	Zarandona del Campo, Ainhoa, 55
Valdés Gallego, Nuria, 74, 91	Víctor, Víctor M., 34	Vives-Pi, Marta, 21, 38	Zarco Martín, María Teresa, 99
Valdivielso, José Manuel, 12	Víctor, Víctor Manuel, 97	Vlacho, Bogdan, 6	Zavala Arauco, Roxana, 120
Valladares Ferreras, María Anunciación, 52	Vidal Arrojo, Esther, 107		Zhou, You, 22
Vallejo, Paula, 80	Vidal-Ostos de Lara, Fernando, 46, 47, 122	Wagner Fahlin, Anna M., 41	Zugasti Murillo, Ana, 42, 84
Vallejo Albarañez, Paula, 127, 126	Vilanova Ricart, Nerea, 3, 59	Wagner, Ana M. ^a , 59	
	Vilardell Vila, Carme, 121	Wagner, Ana María, 4	