



## CO-032 - REPERCUSIÓN DEL USO DE LA MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA MEDIANTE EL SISTEMA *FLASH* SOBRE EL CONTROL GLUCÉMICO Y LAS COMPLICACIONES MATERNO-FETALES EN LAS GESTANTES CON DIABETES TIPO 1

V. Perea Castilla<sup>a</sup>, M. Picón César<sup>b</sup>, A. Megia Colef<sup>c</sup>, M. Goya Canino<sup>d</sup>, A. Wägner Fahlin<sup>e</sup>, B. Vega Guedes<sup>f</sup> e I. Vinagre Torres<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa. <sup>b</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>c</sup>Hospital Universitario Joan XXIII, IISPV, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. <sup>d</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>e</sup>Hospital Insular Universitario de Gran Canarias, Las Palmas de Gran Canaria. <sup>f</sup>Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria. <sup>g</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** Recientemente, se ha aprobado el uso durante el embarazo de la monitorización de glucosa a demanda mediante el sistema *flash* (MFG) en mujeres con diabetes tipo 1 (DT1). No obstante, disponemos de escasa evidencia sobre qué repercusiones conlleva su uso en este periodo. Por ello, el objetivo de nuestro estudio es evaluar tanto el control glucémico como las complicaciones materno-fetales de las gestantes con DT1 y MFG versus el seguimiento estándar con monitorización de glucosa mediante glucemias capilares (GC).

**Material y métodos:** Estudio de cohortes multicéntrico de 300 gestantes con DT1 (168 con uso de GC vs. 132 con uso de MFG). Además de la HbA<sub>1c</sub>, en el grupo MFG se evaluó el porcentaje de tiempo en rango, en hiperglucemia o hipoglucemia según los objetivos de embarazo (glucemia 63-140 mg/dl). Se aplicaron modelos de regresión logística para las complicaciones maternofetales ajustando por características maternas basales, así como el centro de inclusión.

**Resultados:** El grupo MFG tuvo una HbA<sub>1c</sub> más baja en el segundo trimestre (5,9 vs. 6,1%; p = 0,034) con un incremento mayor de HbA<sub>1c</sub> en el tercer trimestre (+0,2 vs. +0,1%, p = 0,033) comparado con el grupo GC. De hecho, los niveles de HbA<sub>1c</sub> en el tercer trimestre fueron similares entre ambos grupos (6,1 vs. 6,1%). En el grupo MFG, la HbA<sub>1c</sub> se correlacionó forma inversa con el tiempo en rango y directamente con el tiempo en hiperglucemia en los tres trimestres del embarazo (trimestre 1: r = -0,568, r = 0,631; trimestre 2: r = -0,689, r = 0,745; trimestre 3: r = -0,531, r = 0,596; tiempo en rango e hiperglucemia, respectivamente). Cuando evaluamos las complicaciones maternofetales observamos que los recién nacidos de mujeres que usaban MFG tenían más riesgo de sufrir una hipoglucemia neonatal en comparación con las que no usaban el dispositivo (27,4 vs. 19,1%; OR<sub>ajustado</sub> 2,20 [IC95%: 1,14-4,30]), sin diferencias en otras complicaciones como la macrosomia, prematuridad o cesaría. Por último, en el grupo de MFG observamos que tanto el tiempo en rango como los tiempos en hipoglucemia e hiperglucemia del segundo trimestre se asociaron a niño grande para edad gestacional (por cada +1%, OR<sub>ajustado</sub> 0,97 [0,94-0,99], OR<sub>ajustado</sub> 0,76 [0,65-0,89], OR<sub>ajustado</sub> 1,05 [1,02-1,08]; respectivamente). Además, un mayor tiempo en hipoglucemia en el primer trimestre se asoció a menor riesgo de prematuridad (por cada +1%, OR<sub>ajustado</sub> 0,79 [0,66-0,93]).

**Conclusiones:** El uso de MFG proporcionó una mejoría del control glucémico en la primera mitad del embarazo que posteriormente no se mantuvo. Además, los recién nacidos de las mujeres que utilizaron MFG tuvieron más riesgo de sufrir una hipoglucemía neonatal, a pesar de que no se observaron diferencias en el peso del neonato así como en las tasas de prematuridad.