

Tabla CO-30

	Total n = 70	Hipo on y funciona (n = 46)	Hipo off o falla (n = 24)	Hiper on y funciona (n = 44)	Hiper off o falla (n = 26)	Ambas on y funcionan (n = 42)	Ambas off o fallan (n = 28)
%TIR	60,4 ± 17	61 ± 16	59,5 ± 16	61,8 ± 16	58 ± 18	61,6 ± 17	58,6 ± 17
%TAR1	25 ± 9	24,8 ± 10	26 ± 11	24 ± 8,6	26,7 ± 11,4 (*)	24 ± 8,8	26,7 ± 11
%TAR2	12 ± 11	11,8 ± 11	11,4 ± 10	11,8 ± 12,5	12,5 ± 10,4	12 ± 12,7	11,9 ± 10,3
%TBR1	2,5 ± 2,7	2,4 ± 2,7	2,9 ± 2,7	2,43 ± 2,7	2,6 ± 2,7	2,38 ± 2,8	2,64 ± 2,6
%TBR2	0,23 ± 0,64	0,21 ± 0,6	0,3 ± 0,6	0,23 ± 0,7	0,23 ± 0,43	0,17 ± 0,7	0,32 ± 0,54
Glucosa media (mg/dl)	168 ± 33	167 ± 31	168 ± 34	167 ± 33	171 ± 35	168 ± 33	170 ± 34
%GMI	7,3 ± 0,7	7,3 ± 0,7	7,3 ± 0,6	7,3 ± 0,8	7,36 ± 0,7	7,31 ± 0,7	7,33 ± 0,66
%CV	34,8 ± 5,5	34,8 ± 5,8	34,6 ± 5	35,3 ± 5,6	33,9 ± 5,2	35 ± 5,9	34 ± 5
%HbA _{1c}		7,42 ± 1	7,62 ± 0,9	7,37 ± 1	7,74 ± 0,8	7,4 ± 1	7,64 ± 0,9

Material y métodos: Evaluación retrospectiva de pacientes DM1 usuarios de MCG atendidos consecutivamente en el Hospital de Sant Pau. Recogida de datos de la diabetes, uso y umbral de alarmas, datos glucométricos (14 días previos a la visita), hipoglucemias graves (HG) en los últimos 6 meses y percepción de hipoglucemias (cuestionario de Clarke).

Resultados: Inclusión de 70 pacientes (35 mujeres), edad media 56,2 ± 15 años, duración de DM1 26,4 ± 15 años. El 94% eran usuarios de múltiples dosis de insulina (MDI) y el 6% de sistemas de infusión continua de insulina (ISCI). El 17%, 20% y 14% tenían desactivadas las alarmas de hipoglucemia, hiperglucemia y ambas respectivamente. Un 20,6% de pacientes con alarmas activas referían que éstas siempre o a veces no les advertían. El umbral de hipoglucemia más frecuente fue 70 mg/dl (70%) y el de hiperglucemia 240 mg/dl (54,2%). El tiempo de hiperglucemia entre 180-250 mg/dl (TAR1) fue mayor en pacientes con alarma de hiperglucemia desactivada/no funcional vs. alarma activa y funcional (p = 0,043). El tiempo de hipoglucemia entre 70-54 mg/dl (TBR1) y < 54 mg/dl (TBR2) fue mayor en individuos con alarma de hipoglucemia desactivada/no funcional respecto a los que tenían alarma activa y funcional. La Hb1Ac fue mayor en sujetos con alarmas desactivadas/no funcionantes. Cuatro sujetos (6%) presentaron HG (3 con alarma de hipoglucemia activa y funcional en 70 mg/dl). Catorce sujetos (20%) tenía un cuestionario de Clarke indeterminado/patológico (≥ 3), 7 con alarma de hipoglucemia desactivada/no funcional y 7 con alarma de hipoglucemia activa y funcional, ninguno de ellos presentó HG.

Conclusiones: Un porcentaje elevado de DM1 que usan MCG desactivan las alarmas o tienen problemas con ellas. Se observa una tendencia a peor control glucémico en los pacientes sin alarmas, pero sin significación estadística probablemente debido al tamaño muestral. Solo la mitad de los sujetos con hipoglucemia asintomática o límite dispone de alarma de hipoglucemia activa y funcional.

SESIÓN ORAL 6: DIABETES Y GESTACIÓN

CO-031. PROGRAMACIÓN INTRAUTERINA EN LA DIABETES PREGESTACIONAL: ¿CUMPLE UN PAPEL LA MICROBIOTA PLACENTARIA?

M.C. Valverde Tercedor^a, B. Vega Guedes^b, F. Jroundi^c, V. Dávila Batista^a, J.S. Álvarez Cuenod^b, V. González Rosa^b y A.M. Wágner^{a,b}

^aInstituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias (iUIBS), Las Palmas de Gran Canaria, España. ^bComplejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España. ^cUniversidad de Granada, Granada, España.

Introducción: La diabetes (DM) pregestacional se asocia a mayor riesgo de obesidad y DM en la descendencia. Hay eventos intraute-

Tabla CO-031

DM1 vs. DM2	DM1 vs. control	DM2 vs. control
<i>Prevotella</i>	<i>Alistipes</i>	<i>Pantoea</i>
<i>Eubacterium eliens</i>	<i>Haemophilus</i>	<i>Campylobacter</i>
<i>Subdoliranolum</i>	<i>Lactobacillus</i>	<i>Chloroplast</i>
<i>Ruminococcus</i>	<i>Blautia</i>	<i>Mitochondria</i>
<i>Lactobacillus</i>	<i>Parabacteroides</i>	<i>Haemophilus</i>
<i>Campylobacter</i>	<i>Subdoliranolum</i>	<i>Ezakiella</i>
<i>Parabacteroides</i>	<i>Bifidobacterium</i>	<i>Kocuria</i>
<i>Eubacterium hallii</i>	<i>Paracoccus</i>	<i>Alistipes</i>
<i>Corynebacterium</i>	<i>Ruminococcaceae/uncultured</i>	
<i>Blautia</i>	<i>Faecalibacterium</i>	

p < 0,05 para todos los casos.

rinos que pueden explicar parte del riesgo y la microbiota de los niños podría tener un papel. Sin embargo, los microorganismos de la placenta han sido poco estudiados.

Objetivos: 1) Caracterizar y comparar la microbiota placentaria de mujeres con DM tipo 1 (DM1), tipo 2 (DM2) y sin DM. 2) Estudiar la relación entre la microbiota encontrada y diversos factores materno-fetales.

Material y métodos: Se ha analizado (por triplicado) la microbiota de la cara fetal de 14 placas de mujeres con DM1, 16 con DM2 y 18 sin DM (almacenadas a -80 °C). Para descartar posibles contaminaciones, se han analizado 3 muestras del kit de extracción de ADN y 6 placas de cesáreas recogidas en fresco y en esterilidad. El estudio fue aceptado por el comité de ética y las mujeres firmaron un consentimiento informado. Se extrajo el ADN mediante el kit E.Z.N.A Universal Pathogen (Omega Bio-tek, Inc.). Se amplificó y secuenció [Illumina MiSeq PE300 (StabVida, Portugal)] la región V3-V4 del 16S del ARN ribosómico bacteriano. Se calculó el índice Alpha de diversidad y Test de Wilcoxon para analizar géneros significativos, mediante el software Explicet (Robertson CE).

Resultados: Se analizaron en total 15 placas DM1, 16 DM2 y 23 sin DM. El 33,3% fueron cesáreas y 66,7% recibieron antibiótico en el parto. Se identificaron 4 filos principales: *Firmicutes*, *Proteobacteria* (*Alphaproteobacteria* y *Gammaproteobacteria*), *Bacteroidetes* y *Actinobacteria*. *Firmicutes* fue dominante en mujeres con DM2 y DM1 y *Proteobacteria*, en controles. Se identificaron 20 géneros con abundancia ≥ 1,0% y 140 con abundancia ≥ 0,1%. El índice de Shannon indicó una diversidad microbiana menor en el kit y mayor en las mujeres con DM que sin DM. Las diferencias de géneros entre grupos se muestran en la tabla.

Conclusiones: Se ha detectado microbiota en todos los grupos de placas estudiadas (incluso en las cesáreas recogidas en condiciones de esterilidad y en los kits de extracción) y diferencias entre grupos. Entre los géneros más significativos se encuentra *Blautia*,

relacionado previamente con enfermedades autoinmunes. Quedan pendientes los análisis de la relación entre los géneros más significativos y diversas variables de las madres y su descendencia.

Financiación: ISCIII-FEDER (PI 16/00587), XIII Ayudas SED a Proyectos de Investigación Básica y Clínica en Diabetes dirigidos por jóvenes investigadores, VII Edición Premios Fundación DISA a la Investigación Biomédica.

CO-032. IMPACTO DE LA PREECLAMPSIA EN LA PROGRESIÓN DE ATROSCLEROSIS CAROTÍDEA EN MUJERES CON DIABETES TIPO 1

C. Puig-Jové^a, Á. Mesa^{b,c}, C. Quirós^a, N. Alonso-Carril^a, M. Giménez^c, A.J. Amor^c y V. Perea^a

^aHospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa, España.

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

^cHospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Objetivos: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y la preeclampsia (PE) han mostrado un efecto aditivo en la presencia de aterosclerosis subclínica años después de la gestación. El objetivo del presente estudio fue valorar la progresión de aterosclerosis carotídea evaluada según la presencia de DM1 y PE.

Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivo de 112 mujeres, divididas en 4 grupos: DM1+/PE+ (n = 28), DM1+/PE- (n = 28), DM1-/PE+ (n = 28) y DM1-/PE- (n = 28). Se les realizó una visita inicial y otra a los 5 años, que incluyó una evaluación antropométrica, extracción analítica y ecografía carotídea. Se consideró progresión de aterosclerosis carotídea la aparición de una nueva placa carotídea mediante ecografía y/o la aparición de un evento cardiovascular (ECV) durante el seguimiento (cardiopatía isquémica fatal o no fatal, accidente cerebral vascular fatal o no fatal, y/o insuficiencia cardíaca).

Tabla CO-032

Características basales	Progresión aterosclerosis		
	Sí (n = 26)	No (n = 51)	P
DM1	15 (57,7)	25 (49,0)	0,471
Preeclampsia	17 (65,4)	22 (43,1)	0,065
Tabaquismo activo	9 (34,6)	8 (15,7)	0,058
HTA	7 (26,9)	5 (9,8)	0,050
Dislipemias	8 (30,8)	9 (17,6)	0,189
Edad primera visita (años)	47,7 ± 7,8	44,1 ± 7,2	0,045
SCORE estatinas	37,89 ± 83,35	25,29 ± 100,19	0,584
Tensión arterial sistólica (mmHg)	126,73 ± 17,12	121,37 ± 11,95	0,114
Tensión arterial diastólica (mmHg)	79,27 ± 9,86	76,71 ± 8,59	0,243
Índice de masa corporal (Kg/m ²)	26,43 ± 4,17	25,18 ± 5,86	0,333
Perímetro cintura (cm)	86,81 ± 11,57	85,50 ± 12,58	0,670
HbA _{1c} (% DCCT)	6,82 ± 1,63	6,42 ± 1,47	0,299
Glucosa (mg/dl)	121,12 ± 58,35	126,36 ± 60,82	0,718
Colesterol total (mg/dl)	192,74 ± 30,62	186,82 ± 31,88	0,437
Colesterol LDL (mg/dl)	115,32 ± 24,55	106,64 ± 29,02	0,196
Colesterol HDL (mg/dl)	63,36 ± 15,39	64,55 ± 16,05	0,757
Triglicéridos (mg/dl)	71,60 ± 35,89	75,19 ± 30,96	0,650
Características relacionadas con la DM1 (n = 40)			
Edad de diagnóstico (años)	18,1 ± 8,6	17,5 ± 8,8	0,834
Retinopatía	6 (23,0)	8 (15,6)	0,608
Nefropatía	6 (23,0)	8 (15,6)	0,608

Resultados: Un total de 77/112 mujeres (68,75%) realizaron la visita de seguimiento (40 con DM1, edad media $45,3 \pm 7,6$ años, seguimiento medio $5,1 \pm 1,1$ años). Se objetivó aparición de una nueva placa carotídea en 23 de ellas (29,87%) y 3 ECV (3,89%). Las mujeres en las que se observó progresión de aterosclerosis carotidea tenían una mayor edad e hipertensión arterial (HTA; tabla). El análisis multivariante mostró que el antecedente de PE se asociaba a un mayor riesgo de progresión de aterosclerosis (OR 4,78; IC95% 1,27-18,00) independientemente de la edad, presencia de DM1, HTA y dislipemia.

Conclusiones: En este estudio longitudinal, el antecedente de PE demostró una asociación significativa con la progresión de placa carotídea y ECV, incluso después de ajustar por factores de riesgo cardiovascular como la DM1, subrayando así su relevancia en la enfermedad vascular ateromatosa.

CO-033. DIFERENCIAS EN EL CONTROL GLUCÉMICO Y COMPLICACIONES MATERNOFETALES ENTRE EL SISTEMA MINIMED 640G COMPARADO CON MINIMED 780G EN GESTANTES CON DIABETES TIPO 1

V. Perea Castilla^a, M. Herrera^b, S. Azriel^c, A.M.C. Wágner^d, P. Beato^e, B. Soldevila^f e I. Vinagre^g

^aHospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa, España.

^bHospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. ^cHospital Infanta Sofía, Madrid, España.

^dComplejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.

^eHospital de Badajoz, Badajoz, España. ^fHospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España. ^gHospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue comparar el control glucémico y las complicaciones maternofetales de dos sistemas de bomba insulina como son el sistema MiniMed 640G (bomba-sensor con parada automática en predicción de hipoglucemias [SAP]) y MiniMed 780G (sistema híbrido de asa cerrada [HCL]) en gestantes con diabetes tipo 1 (DT1), ambos iniciados en período pregestacional.

Material y métodos: Estudio de cohortes multicéntrico de 69 gestantes con DT1, 29 con 640G vs. 40 con 780G. Criterios de exclusión: multiparidad e inicio del sistema durante la gestación. Se evaluó la HbA_{1c}, el porcentaje de tiempo en rango (TIR, glucemia 63-140 mg/dL), en hiperglucemia (TAR, > 140 mg/dL) o hipoglucemia (TBR, < 63 mg/dL) según los objetivos de embarazo. Se aplicaron modelos de regresión logística para las complicaciones

maternofetales ajustando por características maternas basales (edad materna, tabaquismo, peso pregestacional y tiempo de evolución de la diabetes).

Resultados: La prevalencia de hipoglucemias graves 2 años previos a la gestación fue superior en el grupo SAP en comparación con HCL (33,3 vs. 5,3%; p = 0,003), sin diferencias significativas en el resto de las características basales (edad, duración de la diabetes, HbA_{1c}, control pregestacional). Control de glucosa: La HbA_{1c} fue inferior en el grupo SAP en el segundo trimestre a expensas de un mayor TBR y variabilidad glucémica a lo largo de la gestación (tabla). Complicaciones maternofetales: las mujeres con HCL tuvieron mayor frecuencia de cesárea (57,5 vs. 35,7%, OR ajustado 4,2 [IC95%: 1,3-13,1]), de recién nacidos grandes para edad gestacional (72,5 vs. 39,7%, OR ajustado 7,2 [IC95%: 1,8-29,2]) y macrosomas (32,5 vs. 6,9%; OR ajustado 12,2 [IC95%: 1,5-99,7]) comparado con el grupo de SAP, sin diferencias en otras complicaciones como la prematuridad o la hipoglucemias neonatal.

Conclusiones: El uso de un sistema HCL sin objetivos de glucosa específicos para gestación se asoció, en relación a SAP a: HbA_{1c} en segundo trimestre más alta, y mayor riesgo de cesárea, recién nacidos grandes para edad gestacional y macrosomas.

CO-034. DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL TEMPRANA Y COMPARACIÓN SEGÚN TEST DIAGNÓSTICO. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS

R. Corcoy, M. Balsells, I. Solà y A. García-Patterson

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: El diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus gestacional (DMG) temprana que no cumple criterios de diabetes franca tiene un beneficio incierto sobre la salud materno-fetal.

Objetivos: Analizar la prevalencia de DMG temprana y el impacto de su detección y tratamiento en los resultados clínicos; globalmente y según el test utilizado para el diagnóstico.

Material y métodos: Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados que evalúan detección y tratamiento de DMG temprana en comparación con seguimiento obstétrico habitual. Búsqueda: Medline, EMBASE y CENTRAL (inicio hasta octubre 2023). Variables de resultado materno: 2 principales (DMG y parto por cesárea; subtipos) y 5 secundarias. Fetal: 2 principales (prematu-ridad, macrosomía) y 12 secundarias. Software para agregación y comparación de resultados según test diagnóstico: Revman 5.4.1. Significación estadística: p < 0,05. Valoración de la calidad de la evidencia: GRADE.

Tabla CO-033

	1 ^{er} trimestre		2 ^º trimestre		3 ^{er} trimestre	
	640G	780G	640G	780G	640G	780G
HbA _{1c} (%)	6,30 ± 0,62	6,35 ± 0,49	5,97 ± 0,62	6,28 ± 0,53*	6,24 ± 0,56	6,39 ± 0,50
TIR (%)	59,0 ± 9,3	66,1 ± 10,2*	60,3 ± 11,6	64,8 ± 10,1	68,0 ± 9,8	70,0 ± 12,8
TBR (%)	5 (4-8)	3 (1-3,5)*	5 (1-6)	2 (0-3)*	3 (2-5)	1 (0-2)*
TAR (%)	33,5 (29-39)	29,5 (22,5-37)*	30 (24-44)	34 (25,5-42)	25,5 (21-33)	30 (18-35,5)
Coeficiente de variación (%)	38,4 ± 3,8	31,7 ± 4,8*	35,1 ± 5,2	28,8 ± 4,2*	32,1 ± 4,3	27,1 ± 4,0*
Dosis insulina (UI/Kg/día)	0,57 ± 0,13	0,59 ± 0,17	0,69 ± 0,18	0,76 ± 0,24*	0,84 ± 0,19	0,88 ± 0,42
Uso de sensor (%)	90 (82-95)	94 (92-97) *	89 (85-94)	94 (91-97)*	91 (86-94)	96 (92-98)*

*p < 0,05 vs. SA.

Resultados perinatales agregados de las variables principales

	Tratamiento vs. no			Estudios poblacionales		
	N estudios (N sujetos)	Riesgo relativo IC95%	GRADE	N estudios/ (N sujetos)	Riesgo relativo IC95%	GRADE
Resultados maternos						
DMG total	0		—	3 (29.693)	1,83 [1,41, 2,38]	2
DMG temprana	0		—	3 (29.693)	5,50 [3,56, 8,48]	2
DMG 2'/3' ^{er} T	0		—	3 (29.693)	0,96 [0,71, 1,29]	1
Reversión DMG en 3 ^{er} T	5 (589)	1,12 [0,96, 1,32]	2	0		
Cesárea total	5 (1040)	0,95 [0,81, 1,11]	3	2 (27.411)	0,84 [0,71, 1,01]	1
Cesárea primaria	1 (74)	0,50 [0,19, 1,32]	1	3 (28.333)	0,88 [0,84, 0,93]	3
Cesárea de emergencia	3 (809)	0,93 [0,67, 1,30]	2	0		—
Resultados neonatales						
Prematuridad	2 (790)	0,88 [0,55, 1,43]	2	2 (27.411)	1,08 [0,98, 1,18]	2
Macrosomía	2 (868)	0,32 [0,09, 1,16]	2	3 (28.333)	0,93 [0,83, 1,04]	1

Resultados: Se identificaron 7 estudios que incluían 8 comparaciones y 30737 participantes. Los enfoques fueron: 1) tratamiento (vs no) de las mujeres con DMG temprana y 2) abordaje poblacional utilizando cribado (vs no) o criterios diagnósticos diferentes. Los test utilizados para el diagnóstico fueron glucemia y HbA_{1c}.

En el grupo de intervención, las variables secundarias difirieron en: estudios de tratamiento: mayor uso de fármacos, y menor aumento ponderal materno, peso al nacer y *distrés* respiratorio neonatal. Estudios poblacionales: más frecuencia de preeclampsia y enfermedad hipertensiva total. Respecto al test diagnóstico, solo se observaron diferencias en los estudios poblacionales: mayor aumento de DMG total cuando el test utilizado fue glucemia (RR 2,08 [1,58, 2,73]) vs. HbA_{1c} (1,24 [0,90, 1,73]).

Conclusiones: El abordaje de la DMG temprana no ofrece beneficios inequívocos ni en el grupo tratado ni a nivel poblacional. La calidad de la evidencia para la mayoría de resultados es baja/muy baja (moderada para algunas variables de cesárea). Cuando el diagnóstico se realizó utilizando glucemia, el aumento en DMG total fue mayor, sin otras diferencias.

CO-035. IMPACTO DEL CRIBADO POBLACIONAL DE PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE EN GESTANTES CON DIABETES PREGESTACIONAL

M. Goya Canino, B. Vega Guedes, M. Ballesteros, V. Perea, I. Vinagre, A. Megía, A. Wagner, F. Bugatto, J. Amigó y M. Mendoza
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Objetivos: Analizar los resultados obstétricos en gestantes con diabetes pregestacional de la población española a través del Grupo de Estudio de Diabetes y Embarazo (GEDE). Comparar la utilidad de indicar profilaxis empírica por factor de riesgo versus profilaxis tras un cribado combinado.

Material y métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo con gestantes con diabetes pregestacional en hospitales miembros del GEDE (2017-2022). Se compara el grupo de gestantes que han recibido profilaxis de preeclampsia (PE) de manera empírica mediante ácido acetilsalicílico (AAS) por factor de riesgo contra el grupo que ha recibido profilaxis en función del cribado de primer trimestre para evaluar el riesgo de preeclampsia (con o sin factores angiogénicos en el cribado). Se ha diseñado una base de datos específica que permite

la recogida de datos demográficos, obstétricos, metabólicos y neonatales de ambos grupos para poder comparar ambos métodos de cribado. Se analizaron variables demográficas, de embarazo y resultado (obstétricas y neonatales); se construyeron modelos de regresión para ajustar por hospital y variables demográficas.

Resultados: Tras excluir aquellas pacientes que no habían recibido AAS antes de la semana 16 ($n = 71$), se analizaron los resultados de las gestantes que recibieron AAS de manera empírica vs. AAS en función del cribado ($n = 525$). Se analizaron características demográficas, de embarazo de los diferentes grupos, no balanceadas para etnia, paridad, tabaco e índice de masa corporal. Las variables resultado estudiadas en el modelo de regresión se ajustaron por hospital y por variables no balanceadas. En este análisis se observó una menor incidencia de PE grave en los grupos de cribado vs. Empírica: 4,7% (18/380) vs. 7,6% (11/145) con OR ajustado de 0,07 (IC95% 0,02-0,22) y $p < 0,001$; así como una menor incidencia de PE > 37 semanas en los grupos de cribado vs. AAS Empírica: 10,3% (15/145) vs. 4,7 (18/380) con un OR ajustado de 0,05 (IC95% 0,01-0,20) y $p < 0,001$. No se encontraron diferencias en el resto de variables resultado analizadas (Edad gestacional al parto, Parto a término, parto espontáneo menos de 37 semanas, Preeclampsia global, Preeclampsia menos de 37 semanas, óbito fetal, desprendimiento de placenta normalmente inserta, peso del recién nacido, ingreso en UCI neonatal del recién nacido, días de ingreso en UCI neonatal). Se observó un incremento de la tasa de preeclampsia en el grupo de pacientes excluidas por no haber recibido AAS antes de la semana 16, comparado con cualquiera de los grupos estudiados.

Conclusiones: Este estudio muestra el hallazgo de que el cribado de PE en gestantes con diabetes pregestacional reduce la incidencia de preeclampsia grave y preeclampsia tardía (más de 37 semanas), aportando al consenso en el manejo actual de diabetes pregestacional en prevención de PE.

CO-036. EFICACIA DE LA TELEMEDICINA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL

V. Amador Díaz, J.J. Chillarón, R.M. Gaja, E. Climent, G.M. Natera, G. Llauradó, S. Ballesta, D. Benaiges y J.A. Flores
Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción: La diabetes gestacional (DG) es la patología endocrinológica más frecuente de la gestación. Su atención implica múltiples disciplinas y requiere una coordinación entre profesionales de diferentes especialidades.

tiples visitas presenciales en el hospital que conllevan la necesidad de desplazamientos y tiempos de espera para visita que tienen un impacto negativo en la actividad diaria de las pacientes.

Objetivos: Comparar los resultados materno-fetales en pacientes con DG que reciben una atención telemática frente a aquellas que siguen atención presencial convencional. Variable principal: porcentaje de macrosomía. Variables secundarias: tasa de cesáreas, grado de satisfacción, glucemias medias en el seguimiento y porcentaje de pacientes que precisan insulinización.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado que incluyó de manera consecutiva a todas las pacientes diagnosticadas de DG mayores edad y sin criterios de exclusión: diabetes pregestacional, DG diagnosticada mediante autocontroles de glicemia capilar, barrera idiomática completa, pacientes sin teléfono móvil o que rechacen participar. Se realizó una primera visita presencial en ambos grupos que incluyó la técnica de insulinización. Se aplicó la misma periodicidad de visitas, y se dejó abierta la posibilidad de visitas extra. Las visitas no presenciales fueron telefónicas. Los controles de glucemia se descargaron directamente del glucómetro mediante la app Social Diabetes® en el grupo de telemedicina. El grupo convencional los registró manualmente y se comprobaron en la memoria del glucómetro.

Resultados: N = 74 pacientes (34 convencional, 40 telemedicina). La satisfacción global se catalogó como excelente en el 100% del grupo convencional y el 97,3% del grupo de telemedicina ($p = 0,417$).

Conclusiones: La telemedicina es una alternativa efectiva para el tratamiento de la diabetes gestacional, consiguiendo resultados maternofetales similares a la atención presencial manteniendo una elevada satisfacción de las pacientes.

psicológica, cognitivo-conductual. Se evaluaron al inicio y posprograma las siguientes variables: 1. Biomédicas (hemoglobina glicosilada y tiempos glucémicos derivados de los sistemas de MFG -Free Style-). 2. Psicológicas (distrés o malestar relacionado con la diabetes, Diabetes Distress Scale -DDS-; depresión, Inventario de Depresión de Beck-Cribado Rápido -BDI-FS-; ansiedad, Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada -GAD-7- y miedo a las hipoglucemias, Cuestionario de miedo a las hipoglucemias -FH-15-).

Resultados: En el programa han participado 18 PCDT1, de los cuales han realizado las dos evaluaciones 15 personas. La media de edad fue de 49,60 ($\pm 16,83$) años y una media de 11,82 ($\pm 14,2$) años con diabetes (33,3% menos de 3 años). No se encuentran diferencias significativas entre las variables estudiadas al final del estudio con respecto a la situación basal. A nivel basal, los participantes con menos de 3 años de evolución mostraban menores puntuaciones en GAD-7 ($p = 0,028$) que aquellos con más de 3 años, sin embargo, este resultado no se mantiene después del programa. Por otra parte, se encuentran mayores puntuaciones en las mujeres con respecto a los hombres basales en FH-15 ($p = 0,036$), GAD-7 (0,001), y en BDI-FS ($p = 0,042$), manteniéndose estas diferencias en FH-15 ($p = 0,020$) después del programa, continuando siendo mayor la puntuación en las mujeres.

Conclusiones: Los resultados obtenidos no muestran diferencias significativas en las variables estudiadas después del programa de intervención. Si parece que otros aspectos relacionados como tiempo con diabetes y el sexo, en este caso ser mujer, podrían incidir en los resultados de este programa. Estos resultados indican la posible necesidad de apoyo psicológico personalizado en aquellos casos en los que el estado psicológico pueda suponer una barrera para cualquier estrategia de tratamiento. No obstante, sería recomendable comparar estos resultados con personas con las mismas características que no han asistido al programa para poder realizar análisis concluyentes.

SESIÓN ORAL 7: EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

CO-037. EVALUACIÓN DEL EFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL Y APOYO ENTRE IGUALES ONLINE PARA LA REDUCCIÓN DEL IMPACTO BIOPSICOLÓGICO CAUSADO POR EL COVID-19 EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1. ESTUDIO PSICOVIDI@BETES

M. Carreira^a, A. Horna^a, E. Varela-Moreno^b, M. Domínguez^c, N. Guerrero^c, M.T. Anarte-Ortiz^a y M.S. Ruiz de Adana^c

^aDepartamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, Málaga, España. ^bUnidad de Investigación e Innovación, Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS), Málaga, España. ^cUnidad de Diabetes, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Hospital Regional Universitario, Universidad de Málaga. CIBERDEM, Málaga, España.

Objetivos: Evaluación de un programa de intervención grupal y apoyo entre iguales online de apoyo psicoeducativo y médico para personas con diabetes tipo 1 (PCDT1) con reciente inicio de su enfermedad (debut) o con necesidad de un mejor control metabólico.

Material y métodos: El programa consistió en 10 sesiones en formato híbrido (*online* y presencial) debido a las necesidades manifestadas por los participantes. Estuvo compuesto de una parte médica-sanitaria de refuerzo educativo sobre conocimientos, habilidades y actitudes básicas para el control de la diabetes y otra

CO-038. DIMENSIONES DEL ROL PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS EN LA ATENCIÓN Y EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS CON DIABETES EN ESPAÑA

C. Yoldi Vergara^a, S. Pica Montesinos^b, S. Rodríguez Rodríguez^c, M. Beléndez Vázquez^d, P. Peláez Alba, S. Kaiser Girardo y A.M. Calvo Morado, en nombre de los investigadores del estudio Análisis de la situación actual de la Enfermera en la Educación Terapéutica en España

^aHospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, España.

^bHospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, España. ^cHospital Mutua de Terrassa, Terrassa, España.

^dUniversidad de Alicante, Alicante, España.

Introducción: En España existen pocos estudios que hayan identificado las competencias y roles desarrollados por las enfermeras en la atención y educación de las personas con diabetes (PcP) en los diferentes ámbitos asistenciales.

Objetivos: Analizar el desarrollo de los roles profesionales que desempeñan las enfermeras dedicadas a la atención y educación de las PCD en Atención Primaria (AP) y en Atención Hospitalaria (AH) en España.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, comparativo y transversal, de ámbito nacional, que forma parte de uno más amplio *Análisis de la situación actual de la enfermera en la Educación Terapéutica en España* (febrero-septiembre 2023). En AP se seleccionó aleatoriamente una muestra de centros de salud estratificada por comunidad autónoma y proporcional al tamaño de su población; en AH se invitó a participar a todas las enfermeras de todos los hospitales (endocrinología, medicina interna y pediatría). Se envió un cuestionario online adaptado del *Study of European*