

Características basales y complicaciones materno-fetales

	DT1 (n = 70)	DT2 (n = 29)	p
Edad (años)	32 ± 4	35 ± 6	0,020
IMC (kg/m ²)	27 ± 5	36 ± 2	0,060
Historia de obstetricia			
Gestación programada	37 (52,9%)	4 (13,8%)	0,001
Abortos previos	21 (30%)	10 (34,5%)	0,613
Cesáreas previas	21 (30%)	11 (37,9%)	0,296
Nacimientos pretérmino	21 (30%)	3 (10,3%)	0,027
Cesárea	55 (78,6%)	23 (79,3%)	0,614
Grande para la edad gestacional	42 (60%)	14 (48,3%)	0,107
Distocia de hombros	6 (8,6%)	1 (3,4%)	0,485
Hipoglucemias neonatales	21 (30%)	0 (0%)	0,001
Ingreso en UCI neonatal	3 (4,3%)	0 (0%)	0,247
Mortalidad perinatal	3 (4,3%)	0 (0%)	0,247

Resultados de glucometría

	DT1 1T (n = 53)	2T (n = 64)	3T (n = 64)
TIR, %	55 ± 15	57 ± 16	58 ± 17
TAR, %	49 ± 18	34 ± 18	37 ± 18
TBR, %	7 ± 7	6 ± 7	4 ± 10
HbA _{1c}	6,9 ± 0,9	6 ± 7	6,6 ± 0,7
	DT2 1T (n = 3)	2T (n = 10)	3T (n = 12)
TIR, %	52 ± 24	70 ± 16	72 ± 17
TAR, %	43 ± 27	18 ± 15	21 ± 19
TBR, %	4 ± 3	5 ± 7	4 ± 5
HbA _{1c}	6,8 ± 1,5	5,8 ± 0,5	6 ± 0,7

1T: primer trimestre de embarazo; 2T: segundo trimestre de embarazo; 3T: tercer trimestre de embarazo; DT1: diabetes tipo 1; DT2: diabetes tipo 2; HbA_{1c}: hemoglobina glicosilada; p: significación estadística; TAR: tiempo por encima de rango; TIR: tiempo en rango; TBR: tiempo por debajo de rango.

Conclusiones: El porcentaje de embarazos planificados en mujeres con DT2 fue muy bajo. El porcentaje de macrosomía fetal y cesáreas fue alto y similar en ambos grupos. Los hijos de mujeres con DT1 presentaron con mayor frecuencia hipoglucemias neonatales. En el tercer trimestre, el porcentaje de tiempo en rango (TIR) fue significativamente mayor en el grupo de DT2 (72% ± 17%) en comparación con el grupo de DT1 (58% ± 17%) (p = 0,04).

CO-014. COMPARACIÓN DE TRES SISTEMAS DE ASA CERRADA DURANTE LA GESTACIÓN EN MUJERES CON DIABETES TIPO 1 EN VIDA REAL. ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

C. Quirós López^a, A.M. Wägner^b, S. Azriel^c, B. Soldevila^d, P.I. Beato Vibora^e, M.T. Herrera^f y V. Perea^a

^aEndocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, España. ^bEndocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias, Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias (IUIBS), Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España.

^cServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Infanta Sofía, Universidad Europea de Madrid, España.

^dEndocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Barcelona, España.

^eEndocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Badajoz, España. ^fEndocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Objetivos: Comparar el control glucémico y las complicaciones materno-fetales en gestantes diabetes tipo 1 (DT1) tratadas con diferentes sistemas de asa cerrada (SAC) disponibles en España.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico (27 hospitales) que incluyó gestantes con DT1 en tratamiento con uno de los siguientes SAC: Minimed 780G (MM780), Tandem Control-IQ (CIQ) o CamAPS FX (CamAPS). Se evaluaron HbA_{1c}, tiempos dentro (TIR), por debajo (TBR) y por encima (TAR) de rango específico para gestación (63-140 mg/dL) en cada trimestre y complicaciones materno-fetales.

	MM780G	CamAPS	CIQ	p
Control glucémico				
Trimestre 1				
HbA _{1c} (%)	6,3 (5,9-6,7)	6,0 (5,8-6,6)	6,1 (5,4-6,4)	0,047
TIR (%)	64,0 ± 12,3	67,2 ± 14,1	66,7 ± 18,2	0,594
TBR (%)	2 (1-5)	3 (2-5)	3 (1-5)	0,155
TAR (%)	32,1 ± 12,0	28,4 ± 14,5	30,3 ± 19,5	0,384
Trimestre 2				
HbA _{1c} (%)	6,1 (5,7-6,7)	5,6 (5,2-6,1)	5,4 (5-6)*	< 0,001
TIR (%)	64,5 ± 11,6	70,0 ± 11,4	70,6 ± 13,5	0,033
TBR (%)	2 (1-3)	3 (1-4)	2,5 (2-4)	0,089
TAR (%)	32,8 ± 12,2	26,6 ± 11,3*	26,4 ± 14,9	0,020
Trimestre 3				
HbA _{1c} (%)	6,2 (6-6,7)	5,7 (5,5-6,2)*	5,8 (5,3-6,5)	0,004
TIR (%)	70,1 ± 12,1	74,1 ± 12,0	71,3 ± 13,7	0,277
TBR (%)	1 (0-2)	2 (1-5)	2,5 (1-3)	0,004
TAR (%)	27,8 ± 12,4	22,0 ± 12,8	26,4 ± 14,1	0,081
Complicaciones materno-fetales				
Cesárea	54 (63,5)	18 (48,7)	8 (57,1)	0,305
Preeclampsia	13/82 (15,9)	6/37 (16,2)	2/14 (14,3)	0,986
Peso al nacer (g)	3671 ± 557	3324 ± 459*	3447 ± 779	0,009
GEG	52/83 (62,7)	13/34 (38,2)	5/13 (38,5)	0,028
Macrosomía (≥ 4.000 g)	2483 (28,9)	1/34 (2,9)*	3/13 (23,1)	0,008
Hipoglucemias neonatales	28/82 (34,2)	8/35 (22,9)	4/14 (28,6)	0,472
UCI neonatal	14/83 (16,9)	1/35 (2,9)	0	0,033

*p < 0,05 respecto a MM780G.

Resultados: Se incluyeron 137 mujeres (34,2 ± 4,8 años; 19,1 ± 8,3 años de DT1), 32 de ellas iniciaron SAC durante el embarazo a las 17,5 ± 5,7 semanas de gestación (SG) y 13 cambiaron de SAC a las 12,8 ± 8,2 SG. Los sistemas utilizados al finalizar la gestación fueron 85 (62%) MM780G, 38 (27,7%) CamAPS y 14 (10,2%) CIQ. No se objetivaron diferencias basales entre grupos. A lo largo de la gestación, el grupo MM780G presentó una HbA_{1c} superior en todos los trimestres (tabla). Respecto a los datos de sensor, el grupo

MM780G presentó un TIR inferior y TAR superior en segundo trimestre y menor TBR en tercer trimestre (tabla). Cuando se evaluaron las complicaciones materno-fetales, se observaron diferencias entre grupos en el peso del recién nacido (gramos, grande para edad gestacional [GEG], y macrosomía) e ingreso en UCI neonatal, con mayores tasas el grupo de MM780G (tabla). En el modelo ajustado, el uso de CamAPS y CIQ se asoció a menor riesgo de GEG (CamAPS: OR_{ajustado} 0,24; IC95% 0,08-0,72; CIQ: OR_{ajustado} 0,10; IC95% 0,01-0,97) respecto a MM780G. El bajo número de eventos de macrosomía e ingreso en UCI no permitió el análisis ajustado.

Conclusiones: CamAPS y CIQ se asociaron con un mejor control glucémico durante la gestación, así como un menor riesgo de GEG en comparación con MM780G. Estos resultados sugieren que otros factores, más allá del objetivo de glucosa del SAC pueden influir en el manejo de estas gestaciones de alto riesgo.

CO-015. CRITERIOS IDF 2024: IMPACTO EN LA VALORACIÓN DE LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA POSPARTO EN MUJERES CON DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

A.C. Serrano Coello^a, M. Bonet Quiroga^a, A. Martínez Díaz^a, M. Romero González^a, P. Vallejo Albaráñez^a, L.C. Mendoza Mathison^{a,b,c,d} y R. Corcoy Pla^{a,b,c,d}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bIRHSCSP, Barcelona, España.

^cCIBER-BBN, Barcelona, España. ^dDepartamento de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

Introducción y objetivos: El diagnóstico precoz de hiperglucemia intermedia (HI) permite una intervención temprana para disminuir la progresión a diabetes mellitus (DM). La International Diabetes Federation (IDF) propone nuevos criterios para el diagnóstico de HI y DM basados en el valor de glucemia 1 hora postsobrecarga de 75 g de glucosa, con puntos de corte establecidos en ≥ 155 mg/dl (8,6 mmol/l) para HI y ≥ 209 mg/dl (11,6 mmol/l) para DM. Los criterios IDF 2024 suponen una prueba sensible y coste-efectiva para el diagnóstico de HI y DM, realizándose el diagnóstico $\approx 1,5$ años antes que con la utilización de glucemia 2 h postsobrecarga. El diagnóstico de HI según IDF 2024 es un buen predictor de progresión a DM, y de riesgo de retinopatía, nefropatía, enfermedad cardiovascular, apnea obstructiva del sueño, enfermedad hepática metabólica y mortalidad. Hasta el momento no se ha valorado el impacto en la revaloración posparto de las mujeres con DM gestacional (DMG). Los objetivos del estudio son: 1) Evaluar el impacto de los criterios IDF 2024 vs. Expert Committee 2023 sobre la valoración de la tolerancia a la glucosa en el primer año posparto en mujeres con DMG y 2) Analizar las variables intragestación predictoras de cambio en la categoría de tolerancia.

Material y métodos: Estudio descriptivo y analítico en 1221 mujeres con DMG seguidas durante el primer año posparto. Para el análisis se utilizó SPSS (chi-cuadrado, ANOVA, regresión multinomial), $p < 0,05$.

Resultados: Características intragestación: Edad 32,4 años, índice de masa corporal pregestacional 24,24 kg/m², etnia 98,6% caucásica, edad gestacional al diagnóstico 27,96 semanas, tratamiento insulínico 54,1%. Según los criterios Expert Committee 2003, el 29,1% presenta disglucemia posparto, aumentando al 48,9% cuando se aplican los criterios IDF 2024 ($p < 0,01$, tabla). Con IDF 2024, el 28,4% de las mujeres experimenta un cambio de categoría diagnóstica, que es más desfavorable en el 26,6%. Las variables predictivas de cambio en la clasificación son: antecedente familiar de DM, autoinmunidad relacionada con la diabetes, el valor de la glucemia plasmática a la 1 y 3 h en la curva diagnóstica intragestación, y la primera determinación de HbA_{1c} intragestación ($R^2 0,057$).

Tolerancia a la glucosa en el primer año posparto en mujeres con DMG según criterios diagnósticos Expert Committee 2003 e IDF 2024*

		IDF 2024		
		Normoglucemia	HI	DM
Expert Committee 2003	Normoglucemia	49,9%	19,6%	1,5%
	HI		18,4%	5,5%
	DM	0,0%	0,6%	3,3%

Conclusiones: En la revaloración posparto de mujeres con DMG, la utilización de criterios IDF 2024: 1) Supone un cambio en la categoría diagnóstica en el $\approx 29\%$ de las mujeres; 2) El $\approx 27\%$ presenta un estatus glucémico más alterado; 3) Las características intragestación no fueron buenos predictores del cambio en la clasificación diagnóstica.

CO-016. OPTIMIZAR NIVELES DE GLUCOSA DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES CON DT1: IMPLICACIONES ECONÓMICAS PARA EL SISTEMA DE SALUD Y CONSECUENCIAS CLÍNICAS PARA MADRES Y NEONATOS

M.-E. Syleouni^a, P. Beato Víbora^b, A. Khan Mirón^a, T. Lee^c, E. Scott^d y H. Murphy^c

^aYpsomed AG, Burgdorf, Suiza. ^bHospital Universitario de Badajoz, España. ^cUniversity of East Anglia, Norwich, Reino Unido.

^dUniversity of Leeds, Reino Unido.

Introducción y objetivos: Mantener niveles inadecuados de glucosa durante el embarazo en mujeres con diabetes tipo 1 (DT1) aumenta significativamente el riesgo de sufrir graves complicaciones tanto obstétricas como neonatales y puede llegar a comprometer la vida del recién nacido. El presente estudio evaluó las implicaciones clínicas y económicas de mejorar la glucemia con un sistema híbrido de asa cerrada (AID, por sus siglas en inglés) CamAPS FX, el único sistema AID aprobado para el embarazo, en comparación con el tratamiento estándar actual.

Material y métodos: Utilizando datos del estudio AiDAPT, se diseñó un modelo de salud obstétrica y neonatal para reflejar el impacto de los cambios de HbA_{1c} en determinadas complicaciones y en el uso de recursos sanitarios. El modelo se basó en las distribuciones de HbA_{1c} de AiDAPT y en niveles de riesgo asociados (preeclampsia, tipo de parto, duración de la estancia hospitalaria en unidades de cuidados normales, críticos e intensivos). Este modelo se ha utilizado anteriormente en el Reino Unido, mientras que en el presente análisis y para adoptar una perspectiva sanitaria española, los costes locales se obtuvieron de la literatura o de bases de datos hospitalarias. Los resultados clínicos y el consiguiente impacto en los costes se basan en una reducción adicional de la HbA_{1c} materna del 0,3% del primer al tercer trimestre, como se observó en el estudio AiDAPT utilizando CamAPS FX.

Resultados: Una reducción del 0,3% de la HbA_{1c} del primer al tercer trimestre del embarazo se consiguió con CamAPS FX frente al tratamiento estándar. Los resultados obstétricos mejoraron con una reducción del 12,8% de los casos de preeclampsia y un aumento del 5,8% de los partos vaginales. También mejoraron las estancias neonatales: la estancia media en cuidados de alta dependencia (nivel 1-2) se redujo un 15,8%, y la estancia media en unidades de cuidados intensivos neonatales se redujo un 12,4%. Este descenso en las complicaciones se tradujo en un ahorro de costes de unos 920.000 euros por cada 1.000 embarazos con T1D. En resumen, el uso de CamAPS FX durante el embarazo demostró beneficios clínicos significativos para las madres y los neonatos, combinado con una