

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% caucasica, 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 3h 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 Víbor^a, 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

reducción de costes. El ahorro total se debió principalmente a la reducción de complicaciones neonatales (92% del ahorro).

Conclusiones: Este es un análisis conservador que incluye solo costes asociados a eventos perinatales. Aun así, pone de manifiesto el impacto clínico, para madres y neonatos, y la carga económica que supone el manejo estándar de la glucemia durante el embarazo. CamAPS FX, el único sistema AID aprobado para el embarazo, es el sistema más eficaz para optimizar la glucemia durante el embarazo, tanto desde el punto de vista clínico como económico.

CO-017. ESTRATIFICACIÓN DE SUBTIPOS DE DIABETES GESTACIONAL UTILIZANDO ÍNDICES DE SENSIBILIDAD Y SECRECIÓN DE INSULINA

Á. López Montalbán^a, M. Molina Vega^a, T.M. Linares Pineda^b, M. Pozo^b, A. Piserra-López^c, A.M. Fernández Ramos^b, F.J. Tinahones Madueño^{a,b}, M.J. Picón César^{a,b} y S. Morcillo Espina^b

^aDepartamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España. ^bInstituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga, España.

^cDepartamento de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción y objetivos: Se han definido diferentes subtipos de diabetes gestacional (DG) según índices de sensibilidad (Matsuda) y secreción de insulina (Stumvoll) obtenidos durante la realización de la sobrecarga oral de glucosa (SOG) que incluye niveles de glucosa e insulina. Powe *et al.* (Diabetes Care. 2016;39(6):1052-5) encontraron que el 30% de las mujeres con DG presentaban secreción de insulina predominantemente baja, el 51% baja sensibilidad a la insulina y el 18% ambas cosas (mixto). Nuestro objetivo es describir los subtipos de DG en nuestra población y analizar la correlación de dichos índices con otros índices conocidos de sensibilidad (HOMA-IR) y secreción de insulina (HOMA-B).

Material y métodos: Se calcularon los índices de Matsuda y Stumvoll (a los 120 minutos) utilizando los datos obtenidos de 133 pruebas de SOG de 100 gramos realizadas para el diagnóstico de DG. Posteriormente, se analizaron las correlaciones de estos índices y los niveles de péptido C. Se definieron los subtipos de DG según los puntos de corte (percentil 25) de dichos índices calculados en la población sin DG. De este modo, las 62 pacientes con DG fueron clasificadas en cuatro subgrupos: predominio de baja sensibilidad a la insulina (Matsuda < P25), predominio de baja secreción de insulina (Stumvoll < P25), ambas alteraciones, o ninguna de ellas. Además, se recogieron variables clínicas, analíticas y resultados adversos perinatales.

Resultados: El índice Matsuda mostró una correlación inversa con HOMA-IR, HOMA-B y el péptido C, mientras que el índice Stumvoll presentó una correlación directa con estas variables (tabla). En relación con los subtipos de DG, el 55,7% mostraron predominio de baja sensibilidad a la insulina, el 27,9% predominio de baja secreción de insulina, y el 16,4% no presentó alteraciones en ninguno de los

dos parámetros. Además, se observó que el 71,4% de las pacientes con DG que precisaron inducción del parto, pertenecían al subtipo de baja sensibilidad a la insulina ($p = 0,04$). También, se identificó asociación significativa del IMC previo a la gestación con los subtipos de DG analizados, siendo el IMC medio de $30,88 \text{ kg/m}^2$ en el subtipo baja sensibilidad a insulina y el IMC medio $24,48 \text{ kg/m}^2$ en el subtipo baja secreción de insulina ($p = 0,01$).

Conclusiones: Los índices Stumvoll y Matsuda demostraron una correlación significativa con el HOMA-IR y el HOMA-B, herramientas ampliamente utilizadas debido a su simplicidad de cálculo. De acuerdo con lo previamente descrito por Powe *et al.*, en nuestra población predomina el grupo de DG caracterizado por una baja sensibilidad a la insulina, seguido del grupo con predominio de baja secreción de insulina.

CO-018. INTERFERENCIA DE LA PRÁCTICA DEL RAMADÁN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES GESTACIONAL

A. Dalmau Vila^a, M. Carrasco Martín-Blázquez^a, G. Monroy Rodríguez^{a,b}, B. Vlacho^d, J. Franch Nadal^{d,e}, D. Mauricio Puente^{d,f} y M. Hernández García^{a,b,c}

^aServei d'Endocrinologia i Nutrició, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España. ^bInstitut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRB Lleida), Lleida, España. ^cUniversitat de Lleida (UdL), Lleida, España. ^dDAP-Cat Group, Unitat de Suport a la Recerca Barcelona Ciutat, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Barcelona, España. ^ePrimary Health Care Center Raval Sud, Gerència d'Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat, Institut Català de la Salut, Barcelona, España. ^fHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Objetivos: Investigar una posible asociación entre la práctica del ramadán y los resultados de las pruebas diagnósticas de diabetes gestacional (DMG).

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal observacional retrospectivo. Se incluyeron todas las mujeres sin diabetes mellitus previa que se sometieron a pruebas de detección de DMG de una gran base de datos de atención primaria en Cataluña (SIDIAP) durante el periodo 2010-2019. Comparamos la incidencia de DMG durante los periodos de ramadán (RAM) y no ramadán (NO-RAM) de aquellos años entre mujeres originarias de países donde el islam es la religión mayoritaria (MUS) y mujeres emparejadas por edad originarias de países no musulmanes (NO-MUS).

Resultados: Durante el periodo de estudio se registraron 35.054 episodios de embarazo en mujeres MUS, y se incluyeron como controles 35.054 episodios de embarazo en mujeres NO-MUS, apareadas por edad. Las mujeres MUS tenían mayor paridad ($2,19 \pm 0,930$ vs. $1,50 \pm 0,687$; $p < 0,01$) e IMC ($27,4 \pm 4,44$ vs. $26,2 \pm 4,80$ $p < 0,05$) que las mujeres NO-MUS. La prevalencia global de DMG fue mayor en el grupo MUS (11,2 vs. 7%, $p < 0,01$). En el grupo NO-MUS, 2173 mujeres (7,01%) fueron diagnosticadas de DMG durante el periodo

Tabla CO-017

Población general	HOMA-IR	HOMA-B	Péptido C
Matsuda	$r = -0,898$ ($p < 0,001$)	$r = -0,695$ ($p < 0,001$)	$r = -0,786$ ($p < 0,001$)
Stumvoll	$r = 0,788$ ($p < 0,001$)	$r = 0,826$ ($p < 0,001$)	$r = 0,706$ ($p < 0,001$)
Diabetes gestacional	HOMA-IR	HOMA-B	Péptido C
Matsuda	$r = -0,929$ ($p < 0,001$)	$r = -0,607$ ($p < 0,001$)	$r = -0,781$ ($p = 0,003$)
Stumvoll	$r = 0,768$ ($p < 0,001$)	$r = 0,674$ ($p < 0,001$)	$r = 0,685$ ($p = 0,007$)