

metabolismo de la mujer, pudiendo aparecer diferentes patologías de origen endocrino durante este periodo. La patología más común es la diabetes gestacional (DMG), que afecta entre el 15 y el 20% de las mujeres, pudiendo producir numerosos resultados adversos tanto para la mujer como para su descendencia. Además del metabolismo de los hidratos de carbono, la función tiroidea materna también puede verse afectada para hacer frente al incremento de las necesidades de hormonas tiroideas que supone el desarrollo embrionario y la transferencia de dichas hormonas al embrión. El objetivo de este trabajo es analizar el estado endocrinológico de la población gestante del Área IV del Principado de Asturias correspondiente a Oviedo.

**Material y métodos:** Se incluyeron en este estudio todas aquellas participantes del estudio DIABEST (PI22/01125) de las que se disponía datos a fecha 14/01/2025 (n = 577). Los datos demográficos y bioquímicos fueron recogidos en la base de datos RedCap y analizados mediante el programa estadístico JASP.

**Resultados:** La edad media de las participantes fue de  $33,5 \pm 4,9$  años, con un IMC de  $24,6 \pm 4,6 \text{ kg/m}^2$ . Se obtuvo información del estado glucémico de 403 mujeres, de las cuales 30 (7,4%) fueron diagnosticadas de DMG, teniendo 3 de ellas un diagnóstico previo de dicha patología. Además, el 22% de las mujeres normoglucémicas y el 40% de las mujeres con diagnóstico de DMG tenían al menos un antecedente familiar de diabetes ( $p = 0,038$ ). La duración del embarazo fue menor en las mujeres con diagnóstico de DMG ( $p = 0,019$ ), mientras que el IMC fue mayor ( $p = 0,002$ ). No se encontraron diferencias significativas en el peso del recién nacido ni en la edad de la mujer. Se recogieron datos de TSH de 440 mujeres, con un valor medio de  $7,22 \pm 5,36 \text{ mUI/L}$ . 24 mujeres tenían hipotiroidismo, presentando el 25,0% antecedentes familiares. Además 8 de ellas tenían anticuerpos positivos, y solo el 33,3% con diagnóstico previo de la enfermedad. Por otro lado, se analizaron los anticuerpos de 60 mujeres con valores de TSH normal (entre 0,25 y 4,42 mUI/L) encontrándose anticuerpos positivos en 6 mujeres (10%).

**Conclusiones:** 1. El 7,4% de las mujeres embarazadas en el área de Oviedo presenta DMG, teniendo el 40% de ellas algún antecedente familiar. 2. La DMG afecta a la duración del parto y está relacionada con el IMC de la madre, pero no con el peso del recién nacido. 3. El 5,45% de las mujeres presenta hipotiroidismo, siendo el 66,6% diagnosticadas durante el primer trimestre de la gestación. 4. Conocer el estado endocrinológico de las mujeres gestantes es imprescindible para lograr un buen control de la gestación.

#### P-034. CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON DM TIPO 1 REMITIDAS A UNA CONSULTA DE DIABETES Y GESTACIÓN

V. Dólera López, M. Fernández López, I. Ros Madrid, R.P. Cano Márquez, M. Castro Navarro, J. Pérez Bautista y A.M. Hernández Martínez

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, España.

**Objetivos:** Describir las características de las gestantes con DM tipo 1 remitidas a una consulta de Diabetes y Gestación.

**Material y métodos:** Historia clínica de las gestantes con DM tipo 1 remitidas a la consulta especializada de Diabetes y Gestación de un Hospital de tercer nivel durante dos años, desde enero de 2023 hasta diciembre de 2024. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar, y las variables cualitativas como frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** Se presentan en la tabla.

VARIABLES CUANTITATIVAS	MEDIA ± DE	VARIABLES CUALITATIVAS	NÚMERO (%)
Edad	$32,41 \pm 4,98$	Tratamiento:	
		MDI	39 (78%)
		ISCI	10 (20%)
		T. páncreas	1 (2%)
Evolución diabetes (años)	$13,74 \pm 10,69$	Evolución diabetes:	
		< 5 años	10 (20%)
		5-15 años	10 (20%)
		15-25 años	17 (34%)
		> 25 años	13 (26%)
HbA <sub>1c</sub> capilar (%)	$6,95 \pm 1,13$	HbA <sub>1c</sub> capilar:	
		< 6,5%	18 (36%)
		6,5-7,5%	18 (36%)
		> 7%	14 (28%)
Semanas gestación	$9,45 \pm 4,47$	Semanas gestación:	
		≤ 8	22 (44%)
		ago-14	23 (46%)
		≥ 14	5 (10%)
IMC pregestacional	$25,00 \pm 4,93$	IMC pregestacional:	
		Normopeso	30 (60%)
		Sobrepeso	10 (20%)
		Obesidad	10 (20%)

**Conclusiones:** Durante los dos últimos años se han remitido a la consulta de Diabetes y Gestación un total de 50 gestantes con DM tipo 1. La media de edad de estas gestantes es de 32 años y la media de los años de evolución de su diabetes es de 13. Un 20% de gestantes tiene menos de 5 años de evolución de su diabetes y un 60% más de 25. Un 36% tiene una hemoglobina glicosilada < 6,5% en la primera visita, el mismo porcentaje entre 6,5 y 7,5 y > 7,5 un 28%. La media de la edad gestacional en la primera visita es de 9 semanas; el 90% tiene menos de 8 semanas y solo un 10% más de 14. El 60% de las gestantes tienen un peso normal antes de la gestación y el 40% sobrepeso-obesidad en igual proporción. La mayoría de las gestantes con DM tipo 1 remitidas a nuestra consulta para seguimiento durante la gestación tiene un control subóptimo de su diabetes según la cifra de hemoglobina glicosilada capilar determinada en la primera visita. Debemos seguir insistiendo a las mujeres con DM tipo 1 en edad fértil sobre la necesidad de programar la gestación para optimizar el control metabólico pregestacional y durante el primer trimestre de la gestación.

#### P-035. LA GESTIÓN DE LA DIABETES PREGESTACIONAL DESDE LA CONSULTA DE NUTRICIÓN: CASO CLÍNICO

R. Maraver Romero y K. Meneses Pérez

La mesa azul-Alimentación y Diabetes S.L, Madrid, España.

**Introducción:** Las mujeres con diabetes pregestacional necesitan una adecuada planificación del embarazo para optimizar su gestión glucémica antes, durante y después de la concepción. Asimismo, evaluar las complicaciones asociadas a la diabetes, revisar los medicamentos utilizados y minimizar riesgos tanto para la madre como para el feto. De acuerdo con las guías de la Asociación Americana de Diabetes de 2025, las mujeres con diabetes pregestacional que planean un embarazo deben recibir atención interprofesional preconcepcional, incluyendo endocrinología, medicina maternofetal, dietistas-nutricionistas y educadores en diabetes. La planificación preconcepcional, el control glucémico intensivo y el seguimiento

especializado son claves para mejorar los resultados materno-fetales, promoviendo embarazos seguros y saludables

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer española de 31 años con diabetes tipo 1 desde los 20 años, tratada con insulinas FIASP y Tresiba, además del sensor Dexcom One+. Acudió a consulta con un peso inicial de 55,5 kg, talla de 154 cm, hemoglobina glicada ( $\text{HbA}_{1c}$ ) de 7,2%, tiempo en rango glucémico (TIR) del 63% y variabilidad glucémica del 41,3%. Buscaba mejorar su control glucémico, perder peso y planificar un embarazo. Se diseñó un programa educativo personalizado enfocado en la diabetes tipo 1. Los objetivos eran: 1. Mejorar parámetros glucémicos previos al embarazo, estableciendo metas como glucemias en ayunas de 70-95 mg/dL, postprandiales de 100-140 mg/dL a 1 hora y 90-120 mg/dL a 2 horas, y una  $\text{HbA}_{1c}$  < 6,5%; 2) Optimizar el estado nutricional; 3) Promover hábitos alimentarios sostenibles durante el embarazo e informar sobre cambios glucémicos en el embarazo y cómo gestionarlos. La intervención incluyó: 1) Consultas personalizadas: 5 previas a la gestación y 6 durante la gestación. 2) Informes individualizados: que incluyeron pautas de alimentación, ajustes de ratios de insulina, tiempos de espera de acuerdo a las comidas, manejo de la actividad física, optimización del tiempo en rango y configuración de alarmas en el sensor. 3) Materiales complementarios: menús semanales con conteo de hidratos de carbono, recetarios con platos de bajo índice glucémico e infografías sobre conteo de hidratos de carbono en diferentes grupos de alimentos. 4) Seguimiento semanal de dudas a través de correo electrónico. Los resultados mostraron una mejora significativa en los parámetros glucémicos: de un TIR inicial de 63% a un 74% (65-140 mg/dL) y 91% (70-180 mg/dL). Una reducción de la variabilidad glucémica del 41,3% al 27,8% y una reducción de la  $\text{HbA}_{1c}$  de 7,2 a 5,8%.

**Discusión:** Un programa educativo nutricional aplicado a la diabetes pregestacional es eficaz y puede reducir significativamente la hemoglobina glicada, la variabilidad e incrementar el tiempo en rango glucémico. Además de fomentar tranquilidad y seguridad en la mujer gestante.

#### P-036. CAMBIO A LISPRO U-200 EN SISTEMA DE ASA CERRADA MINIMED 780G PARA MEJORAR EL CONTROL GLUCÉMICO EN DOS MUJERES GESTANTES

R. Corcoy<sup>a,b,c,d</sup>, M.J. Martínez<sup>a</sup>, N. Abraldes<sup>a</sup>, M. Romero<sup>a</sup> y L. Mendoza Mathison<sup>a,b,c,d</sup>

<sup>a</sup>Servei d'Endocrinologia i Nutrició, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>b</sup>Institut de Recerca Sant Pau IRHSCSP, Barcelona, España. <sup>c</sup>CIBER-BBN, Madrid, España.

<sup>d</sup>Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España.

**Introducción y objetivos:** Los sistemas de asa cerrada (SAC) han mostrado beneficios para el control glucémico durante la gestación, pero precisando frecuentemente "ajustes asistidos".

**Material y métodos:** Describimos dos gestantes con diabetes tipo 1 (DM1) en tratamiento con SAC Minimed 780G, desde antes de la gestación, a quienes se cambió de FIASP U-100 a Lispro U-200 intraparto para facilitar el control glucémico.

**Resultados:** Caso 1: mujer de 43 años, DM1 desde los 3 e IMC 46 kg/m<sup>2</sup>.  $\text{HbA}_{1c}$  pregestación 6,7%. Configuración de 780G: objetivo 100 mg/dL, duración de insulina activa 2h. En primer trimestre: glucometría en objetivos y  $\text{HbA}_{1c}$  6,3%. Deterioro progresivo, por lo que a las 17 semanas se decide cambio a Lispro U-200. Configuración: duración de insulina activa 3:30h y parámetros del SAC equivalentes a los correspondientes a U-100. Los cambios en el perfil de glucosa se observaron de forma inmediata, especialmente por la noche (glucosa 4-8 am 112 mg/dL las dos semanas previas, 94 mg/dL las dos semanas post). La duración de insulina activa se disminuyó progre-

sivamente hasta 2 h a las 26 semanas. Caso 2: mujer de 37 años con DM1 diagnosticada a los 29.  $\text{HbA}_{1c}$  pregestación 6,6%. Configuración 780G: objetivo 100 mg/dL y duración de insulina activa 2 h. Control subóptimo intraparto, especialmente nocturno, por lo que se inicia insulina glargina con aumento progresivo hasta 5 UI en comida y 12 en cena. A las 26 semanas se cambia a Lispro U-200. Modificaciones: duración de insulina activa 3:30h, parámetros del SAC equivalentes a los correspondientes a U-100, disminución de glargina a 7 UI. Por glucosas bajas, especialmente nocturnas, el segundo día se suspendió la insulina glargina, y se aumentó la duración de insulina activa a 4:30h; el objetivo de glucosa se subió a 110 mg/dL a las 72 h. A las 32 semanas utilizaba objetivo de 100 mg/dL y duración de 2h. El control glucémico mejoró progresivamente continuando subóptimo. Los cambios en la glucometría de ambas pacientes se resumen en la tabla.

	2 semanas antes del cambio a U-200	2 semanas después del cambio a U-200	2 semanas poscambio hasta final de la gestación
<b>Paciente 1</b>			
Glu media (mg/dL)	126	112	111
TIRp	69%	79%	86%
TBRp	1%	3%	1%
Otros ajustes	No	No	No
<b>Paciente 2*</b>			
Glu media (mg/dL)	136	131	128
TIRp	56%	54%	63%
TBRp	2%	4%	2%
Otros ajustes	Glargina 17 UI	Glargina 0 UI	Glargina 0 UI Modo manual para ingesta y corrección

\*Datos hasta semana 35+3.

**Conclusiones:** Aunque la insulina lispro U-200 se considera bioequivalente a la insulina U-100, tiene una mayor duración aparente en el sistema Minimed 780G, permitiendo ajustes más intensos del algoritmo y favoreciendo un control más ajustado, especialmente nocturno.

#### P-037. CONTROL GLUCÉMICO INTRAPARTO EN MUJERES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN TRATAMIENTO CON SISTEMA INTEGRADO ISCI + MCG

C. Costas Arcenegui, M. Romero Muñoz, S. Hami Gil  
y M.V. Cázar León

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España.

**Objetivos:** Descripción del control glucémico intraparto de una serie de pacientes diagnosticadas de diabetes mellitus (DM) tipo 1 que mantuvieron el tratamiento con sistema integrado ISCI + MCG intraparto y evaluación del protocolo actual establecido para el manejo de dichas pacientes en el AGS de Sevilla.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo del registro glucémico intraparto de embarazadas con DM 1 pregestacional