

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 (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 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 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^{a,b,c,d}, M.J. Martínez^a, N. Abalde^a, M. Romero^a
y L. Mendoza Mathison^{a,b,c,d}

^aServei d'Endocrinologia i Nutrició, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bInstitut de Recerca Sant Pau IRHSCSP, Barcelona, España. ^cCIBER-BBN, Madrid, España.

^dDepartament 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 intragastación para facilitar el control glucémico.

Resultados: Caso 1: mujer de 43 años, DM1 desde los 3 e IMC 46 kg/m². HbA_{1c} pregestación 6,7%. Configuración de 780G: objetivo 100 mg/dL, duración de insulina activa 2h. En primer trimestre: glucometría en objetivos y 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. HbA_{1c} pregestación 6,6%. Configuración 780G: objetivo 100 mg/dL y duración de insulina activa 2 h. Control subóptimo intragastación, 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
Paciente 1			
Glu media (mg/dL)	126	112	111
TIRp	69%	79%	86%
TBRp	1%	3%	1%
Otros ajustes	No	No	No
Paciente 2*			
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. Cózar 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

que mantuvieron durante el parto el tratamiento con sistema integrado ISCI + MCG. La muestra inicial fue de 19 pacientes. Se excluyeron 8 pacientes: 3 por no conocer fecha y hora definitiva de parto (hospital privado), 2 por no disponer de descarga de datos y 3 que no mantuvieron el sistema integrado intraparto. La muestra final fue de 11 pacientes.

Resultados: De las 11 pacientes de nuestra muestra 7 eran portadoras de ISCI Minimed 780G® y 2 CamAPS FX® (ISCI YPSOMED). Solo una de ellas cambió durante el embarazo el sistema de 780G a YPSOMED. La edad de las pacientes fue $38 \pm 2,4$ DE años y la evolución de la enfermedad era de $22 \pm 12,4$ DE años. Solo el 36% de las pacientes presentaban complicaciones crónicas asociadas a la DM, en concreto retinopatía diabética. En relación a las comorbilidades que pueden conllevar peor control metabólico durante el embarazo y parto, casi el 19% de la muestra tenía obesidad y un 9% de ellas era hipertensa. El 100% de la muestra tuvo embarazo a término con una media de edad gestacional media de $38 \pm 0,98$ DE semanas. La vía del parto en un 54,5% fue vaginal y el 45,5% cesárea. Solo 2 pacientes tuvieron preeclampsia como complicación en el embarazo. En nuestra muestra, durante el día del parto, el tiempo en rango (63-140) fue de $91,64 \pm 8,1\%$, tiempo por debajo de rango (< 63) $2,73 \pm 4,9\%$ y tiempo por encima de rango (> 140) $5,64 \pm 6,39\%$. En la hora previa, durante el parto y hora posterior al parto no se registraron episodios de hipoglucemias ni hiperglucemias en ninguna de las pacientes.

Conclusiones: Las pacientes que mantuvieron durante el parto el tratamiento con sistema integrado ISCI + MCG no presentaron eventos significativos de hiper o hipoglucemia ni precisaron tratamiento con insulina intravenosa. Todo ello favoreció un mejor control y reducción de las complicaciones materno-fetal. El protocolo actual aplicado en nuestro hospital ha tenido resultados positivos; es necesario comparar los resultados con pacientes a las que se le retira la infusora intraparto y aquellas en tratamiento con MDI (múltiples dosis de insulina).

P-038. PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN CONTROL PREGESTACIONAL E IMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES: DATOS PRELIMINARES

K. Castillo, F. Migliorelli, M. Giménez, D. Roca, C. Figueredo, A.J. Amor e I. Vinagre

Hospital Clínic de Barcelona, España.

Introducción y objetivos: En los últimos años se está dando cada vez más importancia al riesgo cardiovascular (RCV) de las mujeres con complicaciones metabólicas durante la gestación (el denominado “cuarto trimestre”), si bien hay pocos datos del perfil de riesgo previo a la gestación, sobre todo en subgrupos especialmente vulnerables, como las mujeres con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Nuestro objetivo fue evaluar el RCV de las mujeres con DM1 durante el control pregestacional y estudiar su relación con el riesgo de preeclampsia (PE) y otras complicaciones materno-fetales.

Material y métodos: Estudio realizado en mujeres con DM1 que inician control pregestacional en un hospital de nivel terciario y se someten a un estudio estructurado del RCV, incluyendo la realización de una ecografía carotídea. Se describen las características basales de la población y su evolución hasta finalizar la gestación, así como la relación entre los parámetros de la ecografía carotídea pregestacional (grosor de la íntima-media [GIM] y placas de los diferentes territorios) y las complicaciones materno-fetales.

Resultados: Se incluyeron $n = 49$ pacientes (edad media $35,5 \pm 3,7$ años, $20,4 \pm 9,3$ años de evolución de la DM1, HbA_{1c} media de 5 años de $7,1 \pm 0,8\%$, $20,4\%$ con hipoglucemias graves o desapercibidas, $32,7\%$ con complicaciones microvasculares, $40,8\%$ con sobre-

peso/obesidad, $40,8\%$ con tabaquismo activo/pasado, ninguna paciente tenía hipertensión arterial. El $40,8\%$ habían tenido gestaciones previas, $n = 3$ ($6,1\%$) con antecedente de PE. El $85,7\%$ estaba en tratamiento con múltiples dosis de insulina. Respecto al tratamiento de los factores de RCV, 2% usaban estatinas y 2% IECA/ARAII. El $59,2\%$ presentó un GIM-carotídeo $> p75$ y el $6,1\%$ ($n = 3$) placa carotídea. El RCV a 10 años estimado mediante el Steno T1 Risk Engine fue predominantemente bajo (98%). Del total de pacientes, $n = 29$ pacientes quedaron embarazadas, $8,2\%$ con riesgo alto de PE calculado en primer trimestre. Respecto a los resultados materno-fetales, hubo un $8,2\%$ de partos pretérmino, $65,1\%$ de cesáreas, el $26,1\%$ de los recién nacidos fueron grandes para edad gestacional y el $21,7\%$ presentó hipoglucemia neonatal. No se observó relación entre las variables ateroscleróticas y el riesgo de PE, ni con el índice de pulsatilidad de las arterias uterinas ($p > 0,5$ para ambos), aunque el GIM de la carótida interna mostró una relación significativa e inversa con el peso del recién nacido, incluso tras ajustar por edad gestacional y HbA_{1c} del tercer trimestre (beta estandarizada = $-0,466$, $p = 0,029$).

Conclusiones: A pesar de que el RCV estimado con escalas específicas de las pacientes con DM1 en control pregestacional es globalmente bajo, un porcentaje elevado presentan factores de RCV, y más de la mitad algún grado de aterosclerosis subclínica. Pendiente de aumentar la muestra de estudio, datos preliminares sugieren que la ecografía pregestacional podría tener algún papel para identificar a mujeres con mayor riesgo de complicaciones materno-fetales.

P-039. ANÁLISIS DE LOS DATOS DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN LA DIABETES PREGESTACIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON LOS RESULTADOS PERINATALES

J. Peñate Arrieta^{a,b}, B. Vega^{b,c}, L. Gil^d, S. El Ghazi^d, V. Dávila^b y A.M. Wägner^{a,b}

^aServicio de Endocrinología, Complejo Hospitalario Insular Universitario Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España. ^bInstituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España. ^cServicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España. ^dUniversidad de Las Palmas de Gran Canaria, España.

Introducción y objetivos: Aunque un buen control glucémico puede reducir el riesgo asociado a la diabetes en el embarazo, la relación entre los resultados de la monitorización continua de glucosa (MCG) durante todo el embarazo y los resultados obstétricos ha sido poco estudiada. Nuestro objetivo es analizar diversas métricas de la MCG y evaluar su asociación con los resultados obstétricos.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en mujeres con diabetes pregestacional (tipo 1 o 2) con gestaciones finalizadas después de la semana 34 en un hospital público durante 2024. Se descargaron los datos de glucosa de las plataformas digitales en formato csv. Se realizó un análisis descriptivo trimestral de la MCG, evaluando el tiempo en rango ($63-140$ mg/dL), hipoglucemia (< 63 mg/dL) e hiperglucemia (> 140 mg/dL), junto con variables clínicas de diabetes y gestación.

Resultados: Se analizaron 35 gestaciones en mujeres con diabetes pregestacional (19 tipo 1). En la diabetes tipo 1, el TIR fue del 52 (20%), 56 (19%) y 56 (18%) en el primero, segundo y tercer trimestre, respectivamente, frente al 75 (14%), 78 (12%) y 80 (12%) en la tipo 2. La glucemia promedio en diabetes tipo 1 fue de 149 (35), 139 (26) y 139 (22) mg/dL, y en diabetes tipo 2 fue de 112 (21), 113 (15) y 110 (14) mg/dL, equivalente a GMI $6,9$ ($0,83$), $6,6$ ($0,63$) y $6,6$ ($0,63$) en tipo1 y $6,0$ ($0,5$), $6,0$ ($0,36$) y $6,0$ ($0,33$) en tipo 2. El coeficiente de