

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% cesáreas. 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/ARAI. 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 atherosclerosis 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. Wágner^{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 Canarias, 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 tipo 1 y 6,0(0,5), 6,0 (0,36) y 6,0 (0,33)% en tipo 2. El coeficiente de

variación en diabetes tipo 1 fue de 39,4 (8,1%), 34,4 (5,8%) y 33,4(5,9%), y en diabetes tipo 2, del 26,8 (2,7%), 25,6 (3,1)% y 25,6 (3,5%). Las 5 gestantes con diabetes tipo 1 que utilizaban sistemas de asa cerrada lograron un TIR del 75 (3%), 76(6%) y 75 (10%), una glucosa media de 116 (6,6), 117 (7,2) y 118 (11,0) mg/dL [GMI 6,1 (0,16), 6,1 (0,17) y 6,1 (0,26)%] y un coeficiente de variación de 32 (3), 30 (4) y 29 (5%).

Conclusiones: El análisis de la MGC durante la gestación muestra que las mujeres con diabetes tipo 1 presentan mayores valores de glucosa y mayor variabilidad en comparación con las que tienen tipo 2. Los sistemas de asa cerrada se asociaron con un mejor TIR y una menor variabilidad glucémica. Queda pendiente evaluar la asociación de estas métricas con los resultados de la gestación.

Este documento se emite en el marco del proyecto H2TRAIN, financiado por la Comisión Europea a través del Programa Marco Horizonte Europa y ChipsJU (GA 101140052).

P-040. ACTUALIZACIÓN DE RESULTADOS MATERNOS FETALES EN UNA COHORTE DE MUJERES CON DIABETES PREGESTACIONAL

M. Peinado Ruiz, I. Serrano Olmedo, B. Rodríguez Jiménez,
M.J. Colchón Fernández, P. Rodríguez de Vera Gómez
y M.A. Martínez Brocca

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Objetivos: Describir el grado de control metabólico en las pacientes con diabetes mellitus pregestacional en seguimiento por la consulta monográfica de diabetes y embarazo, así como, la aparición de posibles complicaciones materno-fetales y las distintas causas de ingreso en UCI neonatal.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo. 124 embarazos finalizados desde junio 2019 hasta diciembre 2024. Analizamos características basales de las pacientes y tipo de tratamiento previo.

Así mismo valoraremos el grado de control metabólico durante el embarazo mediante HbA_{1c} y, en pacientes con diabetes pregestacional tipo 1: TIR, TAR, TBT. De 9 recién nacidos ingresados en UCI de madre con DM1 se han obtenido datos de 6 de ellos: 3 distrés respiratorio, 3 ictericia con necesidad de fototerapia, 3 hipoglucemia sintomática, 3 hipocalcemia, 1 hipomagnesemia y 2 encefalopatía hipóxico-isquémica. De los 5 recién nacidos ingresados en UCI de madre con DM2: 4 ictericia con necesidad de fototerapia, 2 hipoglucemia sintomática y 1 hipocalcemia. En mujeres con diabetes pregestacional tipo 1 con MCG se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre complicaciones neonatales y control glucémico en el tercer trimestre, presentando mayor HbA_{1c}, mayor glucemia media, menor TIR y un mayor TAR.

Conclusiones: Existe una baja planificación de la gestación. Encuentramos un alto número de cesáreas en ambos grupos, destacando en las pacientes con DM2 el importante grado de obesidad. El porcentaje de preeclampsia y RN macrosómicos destaca en DM1 frente a DM2. Se relaciona un mayor riesgo de padecer complicaciones materno-fetales con un mayor tiempo por encima de rango y un menor tiempo en rango.

P-041. UTILIDAD DE LOS ÍNDICES BASADOS EN INSULINA Y PÉPTIDO C EN EL FENOTIPADO DE LA DIABETES GESTACIONAL

L. Herrador^a, C. Franco^a, M.S. Castell^a, A. Prats^{a,b}, S. Náf^a,
M. Ballesteros^{a,b} y A. Megía^{a,b,c,d}

^aHospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España. ^bUniversitat Rovira i Virgili, Tarragona, España. ^cInstitut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Tarragona, España. ^dCIBERDEM, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La diabetes gestacional (DMG) es un trastorno caracterizado por distintos grados de deficiencia en la

Tabla P-040

Resultados	DM1	DM2
N (%)	68 (54,8%)	56 (45,2%)
Edad media	32,5 (DE 6,2)	34,5 (DE 5,1)
Tiempo evolución de la diabetes (años)	17,5 (DE 9,9)	4,12 (DE 4,5)
IMC (k/m ²)	26,69 (DE 5,5)	35,35 (DE 5,6)
Tratamiento previo	Bolo basal: 77,9% Bomba de insulina: 22,1%	Antidiabético oral (ADO): 50% ADO + aGLP1: 5,35% aGLP1: 3,5% Insulina basal + ADO: 1,8% Insulina bolo basal + ADO: 5,35% Insulina bolo basal: 10,7% Sin tratamiento: 23,21%
MFG	92,30%	44,6% total 25/36 (69,4%) desde 2021
A _{1c} pregestación	7,49% (DE 1,4)	6,61% (DE 1,2)
Planificación de gestación	41,43%	32,1%
A _{1c} gestación	1 ^{er} trimestre: 6,81% (DE 0,9) 2. ^º trimestre: 6,26% (DE 0,9) 3. ^º trimestre: 6,20% (DE 0,5)	1 ^{er} trimestre: 6,52% (DE 0,9) 2. ^º trimestre: 5,79% (DE 0,6) 3. ^º trimestre: 5,72% (DE 0,4)
Preeclampsia	7 (10,2%)	3 (5,3%)
Cesáreas	38 (50%)	24 (42,8%)
RN macrosómicos/GEG	19 (27,9%)	3 (5,35%)
Aborto espontáneo/IVE por malformación	7 (12,1%)	3 (5,35%)