

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 (kg/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 ^{er} trimestre: 6,20% (DE 0,5)	1 ^{er} trimestre: 6,52% (DE 0,9) 2 ^º trimestre: 5,79% (DE 0,6) 3 ^{er} 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%)

secreción de insulina y/o resistencia a esta. Recientemente, se ha propuesto utilizar el fenotipado metabólico mediante índices de sensibilidad y resistencia a la insulina basados en pruebas de tolerancia a la glucosa para predecir complicaciones obstétricas y perinatales. Este estudio busca evaluar la utilidad de índices más simples y accesibles, basados en la medición de péptido C e insulina en ayunas, para fenotipar a una cohorte de mujeres con DMG.

Material y métodos: Se incluyeron 745 mujeres con gestación única y DMG, con determinaciones de glucemia, insulina y péptido C al diagnóstico. Se utilizó el Modelo HOMA (Homeostasis Model Assessment) para calcular los índices HOMA-IR, indicador de resistencia a la insulina, y HOMA-B, indicador de función de célula beta, con valores de insulina y con valores de péptido C. Las gestantes se clasificaron en tres grupos según los cuartiles de una población de referencia con tolerancia normal a la glucosa (n = 338): Grupo Resistente a la insulina (HOMA-IR > Q75), Grupo Déficit de Secreción (HOMA-B < Q25) y Grupo Mixto (HOMA-IR ≤ Q75 y HOMA-B ≥ Q25), replicando la clasificación para los índices basados en péptido C. Se analizaron características clínicas y resultados obstétricos y perinatales mediante ANOVA y Kruskal-Wallis, según se precisara, chi-cuadrado.

Resultados: Se observaron diferencias en el fenotipado según los índices basados en insulina o péptido C. Al clasificar por péptido C, aumentó el número de mujeres en el grupo de déficit de secreción (150 vs. 165) y disminuyó en el grupo mixto (326 vs. 315) ($p < 0,001$). En general, ambos fenotipos mostraron asociaciones similares para la mayoría de los parámetros evaluados. Las mujeres con déficit de secreción presentaron mayor edad, menor índice de masa corporal (IMC) y un mayor porcentaje con ganancia de peso durante la gestación baja. Los grupos mixtos destacaron por niveles de glucosa más bajos y menor necesidad de tratamiento con insulina. En los grupos de resistencia a la insulina, los recién nacidos tuvieron mayor peso al nacer, un porcentaje superior de niños grandes para la edad gestacional, una mayor ganancia de peso inadecuada durante la gestación y un IMC superior. Los índices basados en insulina se asociaron con diferencias en la tasa de cesáreas, mientras que los basados en péptido C se relacionaron con alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado posparto.

Conclusiones: Los índices basados en insulina y péptido C permiten un fenotipado complementario en diabetes gestacional. Los índices de péptido C destacan en la identificación de déficit de secreción y alteraciones metabólicas posparto, mientras que los de insulina se asocian con diferencias en las tasas de cesáreas, permitiendo la estratificación de riesgos.

PI 21/01479 FEDER/FSE.

P-042. USO OFF-LABEL DE SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE ADMINISTRACIÓN DE INSULINA EN MUJERES EMBARAZADAS CON DIABETES TIPO 1 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

V. Arsentales Montalva, L. Albert Fábregas, A. Hernández Lázaro, I. Capel Flores, D. Subías Andújar, A. Muntean y M. Rigla Cros

Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT-CERCA, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, España.

Objetivos: Examinar los resultados glucémicos y obstétricos de 13 mujeres con diabetes tipo 1 que usaron sistemas automáticos de administración de insulina (AID) durante el embarazo.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de gestantes con DM1 tratadas con un sistema AID Medtronic 780G o Tandem Control IQ en el Hospital Parc Taulí de Sabadell entre el año 2021 y 2024. Los datos de los sensores de glucosa y las bombas de insulina se obtuvieron de las plataformas Carelink, Glooko o Tidepool. Se analizaron las historias clínicas para evaluar los resultados maternos y fetales.

Resultados: Se incluyeron 13 mujeres con una mediana de edad de 34 años (31-39 [P25-P75]), una media (\pm DE) de duración de la diabetes de $21,4 \pm 9,1$ años, un IMC de $23,3 (21,6-31,7) \text{ kg/m}^2$ [mediana (P25-P75)]. El 62% de los embarazos fueron planificados, con una edad gestacional de 5 (5-6) semanas de gestación [mediana (P25-P75)] en la primera visita y una HbA_{1c} inicial de 6,3% (6,3-6,6%) [mediana (P25-P75)]. Tres gestantes iniciaron el sistema AID el 1^{er} trimestre (1T) de embarazo. El 67% de las mujeres alcanzaron una $\text{HbA}_{1c} < 6,5\%$ el 1T. Un 54% el 2T y un 46% el 3T consiguieron una $\text{HbA}_{1c} < 6,0\%$. El 25% de las pacientes presentaban un TIR (63-140) > 70% el 1T, el 31% el 2T y el 46% el 3T (tabla). La edad gestacional al nacimiento fue de 37,3 semanas (37-38) (mediana [P25-P75]) y solo tres pacientes tuvieron un parto pretérmino. Dos pacientes presentaron preeclampsia. Siete pacientes (54%) tuvieron una cesárea. El 54% tuvo bebés grandes por edad gestacional ($> \text{P90}$). El 31% requirieron ingreso en la UCI (la mitad por circunstancias ajenas a la DM1).

Conclusiones: El uso off-label de los actuales sistemas AID durante la gestación permite obtener un control glicémico subóptimo en la mayoría de los casos. La prevalencia de neonatos grandes por edad gestacional es similar a la descrita en las gestantes en tratamiento con MDI y CGM.

Tabla P-042

Evolución de los datos glicémicos durante la gestación

	1T (4-15SG)	2T (16-27SG)	3T (28SG -parto)
$\text{HbA}_{1c}\%$	6,3 (6,2-6,5)	5,9 (5,8-6,1)	6,1 (5,9-6,4)
Evolución HbA_{1c} intrasujeto	Inicial vs. 1T - 0,1 (IC95%-0,2-(-0,1))	1T vs. 2T -0,4 (IC95% -0,4-(-0,2))*	2T vs. 3T 0,1 (IC95% 0-0,4)*
GMI%	6,4 (6,3-6,7)	6,4 (6,3-6,5)	6,3 (6,2-6,4)
glucosa media	129 (126-139)	128 (125-134)	125 (123-130)
TIR 63-140 mg/dL%	65,5 (58-70)	67 (59-71)	70 (65-77)
TBR < 63 mg/dL%	1 (1-2); 100% TBR < 4%	2 (1-2); 92% TBR < 4%	1 (1-2); 100% TBR < 4%
TAR > 140 mg/dL%	33 (29-41); 8% TAR < 25%	32 (27-37); 23% TAR < 25%	29 (23-35); 38% TAR < 25%
CV%	31,2 (29,1-33,1)	29,7 (29,1-30,9)	27,7 (26,9-29,9)
dosis insulina (UI/kg/dia)	40,85 (29,85-51,95)	44,9 (34-62,9)	59,1 (44,3-71,6)

Resultados descritos como mediana (P25-P75), * $p < 0,05$