

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 (± DE) de duración de la diabetes de 21,4 ± 9,1 años, un IMC de 23,3 (21,6-31,7) kg/m² [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 HbA_{1c} < 6,5% el 1T. Un 54% el 2T y un 46% el 3T consiguieron una 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 (> 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 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)
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