

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura en bases de datos como PubMed y Cochrane, abarcando estudios publicados entre 2014 y 2024. Se incluyeron ensayos clínicos, estudios epidemiológicos y revisiones bibliográficas. Se emplearon descriptores DeCS y MeSH para la búsqueda y se aplicaron criterios de exclusión para asegurar la relevancia. Se analizaron 6 artículos, evaluando datos sobre control glucémico, medidas antropométricas, parámetros lipídicos y calidad de vida. Se utilizó el método CASPe.

Resultados: Los estudios sugieren que las dietas LC pueden mejorar significativamente la variabilidad glucémica y reducir el tiempo en hipoglucemia sin afectar el tiempo en el rango glucémico objetivo. Schmidt *et al.* (2019) encontraron que una dieta LC mejoró la variabilidad glucémica y redujo la dosis total de insulina. Turton *et al.* (2018) y Kleiner *et al.* (2022) reportaron mejoras en la HbA_{1c} y una menor necesidad de insulina. No obstante, Leow *et al.* (2018) señalaron un aumento en el riesgo de dislipidemia con dietas cetogénicas.

Conclusiones: Las dietas LC muestran potencial para mejorar el control glucémico en DM1, reduciendo la variabilidad glucémica y la necesidad de insulina. Sin embargo, los riesgos de dislipidemia e hipoglucemia requieren una supervisión cuidadosa. Los estudios presentan limitaciones, como tamaños de muestra pequeños y duraciones cortas, destacando la necesidad de investigaciones a largo plazo y con mayor representatividad. Las dietas LC pueden ofrecer beneficios importantes en el manejo de la DM1, mejorando el control glucémico y reduciendo la necesidad de insulina. Es esencial equilibrar estos beneficios con los riesgos potenciales, asegurando una supervisión médica continua. Se recomienda realizar ensayos clínicos a largo plazo con muestras más amplias para confirmar estos hallazgos y optimizar las recomendaciones dietéticas. La implementación de dietas LC debe ser apoyada por un equipo multidisciplinario que proporcione educación continua y soporte nutricional a los pacientes.

P-132. ¿CÓMO PODEMOS AYUDAR A LOS PADRES CON HIJOS CON DIABETES TIPO 1 EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO?

I. García Herrero^a, M.D. García García^b, D. Sánchez Fenollar^a, A.B. García Fernández^a, C. García Gimenez^c, M.D. Carrillo García^a e I. Río Moso^d

^aEAP San Antón, Cartagena, España. ^bEAP Orihuela Costa, Orihuela, España. ^cComplejo Hospitalario de Cartagena, España. ^dEAP Torre Pacheco Este, Torre Pacheco, España.

Introducción: El debut en diabetes tipo 1 es un momento traumático para los padres, debemos dar conocimientos y habilidades en muy poco tiempo.

Objetivos: Queremos saber si existe forma de preparar a los padres candidatos a tener niños diabéticos tipo 1 en los próximos 2 o 3 años.

Material y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane y Tripdatabase; utilizando los descriptores que se muestran en la tabla. Criterios de inclusión: Artículos < 5 años de antigüedad, en inglés y español, bases de datos de PubMed, Cochrane y Tripdatabase. Criterios de exclusión: Artículos duplicados. Número de registros identificados mediante búsquedas en bases de datos: PubMed, Cochrane,

Google académico. n = (170). Número de artículos evaluados para su elegibilidad (n = 6). Número de artículos excluidos (n = 170).

Resultados: Se eligieron seis artículos. Se definen tres estadios en la diabetes tipo 1, marcados por los anticuerpos antiislotes. Dichos anticuerpos son el anti GAD65, el anti IA2, los antiinsulina y el anti-zinc (ZnT8). Estadio 1: tiene 2 o más anticuerpos y glucemias normales; Estadio 2: tiene 2 o más anticuerpos y disglucemia (criterios prediabetes de la ADA); Estadio 3: es el debut de la diabetes tipo 1. Se sabe que una persona en estadio 1 va a desarrollar el estadio 3 (diabetes clínica) con un 100% de seguridad. Ahora mismo se plantea (en EE. UU.) que se les haga anticuerpos a todos los familiares de primer o segundo grado de una persona que tenga diabetes tipo 1 porque tienen 15 veces más riesgo que la población general. Se puede hacer por extracción venosa, sangre capilar o por gota seca (como la prueba del talón) dependiendo del laboratorio del hospital. Y con eso, ya puedes detectar si tiene anticuerpos. Si es positivo a dos o más, hay que hacerle una sobrecarga de glucosa para ver en qué estadio está.

Conclusiones: Existen formas de detectar de manera precoz a los niños que van a debutar con diabetes tipo 1 con bastante fiabilidad y de manera sencilla. En Estados Unidos, el uso del nuevo fármaco teplizumab (aún no aprobado en España), que puede retrasar el debut de la diabetes tipo 1 entre dos y cuatro años, permite que la familia tenga el tiempo suficiente para adquirir esas competencias de forma gradual y sin que su vida cambie de forma súbita. Además, se ha demostrado una reducción de las cetoacidosis diabéticas en los niños.

P-133. REPERCUSIÓN DE LA DIABETES TIPO 1 INFANTIL SOBRE PADRES Y MADRES EN SU ROL DE CUIDADOR

E. Escobedo Mesas y C. Moreno Tenorio

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción y objetivos: La diabetes tipo 1 en pacientes pediátricos es una patología que no solo afecta al propio paciente, sino que repercute de forma directa en el rol del cuidador de los padres que deben asumir gran parte de los cuidados que el niño requiere, especialmente cuando el debut se produce en una edad temprana. Esto condiciona incluso su actividad laboral, que deben abandonar de forma frecuente para modificar su terapia. Por ello, detectar datos de sobrecarga en su rol del cuidador es importante para generar herramientas que les ayuden en este sentido.

Material y métodos: Estudio transversal prospectivo de una muestra de niños con diabetes tipo 1 en seguimiento en una unidad especializada. Se recogieron variables basales acerca de la fecha del diagnóstico de su diabetes y su control glucémico, y se realizó el test de Zarit para evaluar el cansancio del rol del cuidador en los padres de los niños, evaluando además su impacto a nivel laboral. Se empleó media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico para expresar las variables cuantitativas según si estas seguían o no una distribución normal.

Resultados: 138 niños (69% varones) fueron incluidos. La edad mediana al diagnóstico fue de 6 años (Q1-Q3: 3-9 años) y desde su diagnóstico hasta la inclusión de este estudio habían pasado 4 años de mediana (Q1-Q3: 2-9 años). El 26% portaban sistemas híbridos de

Tabla P-132

Participante	Intervención	Comparación	Resultado
Diabetes mellitus tipo 1	Nuevos tratamientos para la diabetes tipo 1 aceptados FDA	Tratamientos para la diabetes tipo 1 no aceptados agencia española medicamento	Predicción debut diabetes tipo 1