



# Avances en Diabetología



## P-159. - PREECLAMPSIA Y DIABETES MELLITUS TIPO 1. HOSPITAL UNIVERSITARI SON DURETA/SON ESPASES 2002-2013

M. Cabrer Vidal<sup>a</sup>, M. Navarro Falcón<sup>a</sup>, M. Wos Wos<sup>a</sup>, M. Bestard Juan<sup>a</sup>, E. Montoliu Pícol<sup>a</sup>, A.M. Yáñez Juan<sup>b</sup>, V. Peregrin Macazaga<sup>a</sup> y M. Codina Marce<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. <sup>b</sup>IdISPa. Palma de Mallorca.

### Resumen

**Objetivos:** Las gestantes con diabetes mellitus tipo 1 (DM-1) tienen alto riesgo (RR 3,5) de desarrollar preeclampsia (PE). La guía NICE Hipertensión y embarazo de 2011, recomienda la utilización de ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis bajas a todas las gestantes con DM pregestacional para prevenir la enfermedad hipertensiva del embarazo. Por lo tanto, nos propusimos evaluar la frecuencia de PE en gestantes DM-1 y los posibles factores modificables asociados para intentar reducir la frecuencia de esta complicación y seleccionar las que pueden beneficiarse de AAS a partir de la semana 12 de gestación.

**Material y métodos:** Análisis bivariante de 128 gestaciones (2 gemelares) en 103 mujeres con DM-1, con edades entre 19 y 42 años, que hayan tenido una gestación en el periodo comprendido entre enero 2002 y enero 2014.

**Resultados:** En nuestra serie, 22 gestantes DM-1 (17,2%) desarrollaron PE y sólo una cumplió criterios de gravedad. No encontramos diferencias significativas en cuanto a edad en el momento del parto (31,3 vs 32,4 años), tiempo de evolución de DM-1 (15,6 vs 12,3 años) ni IMC preconcepcional (24,7 vs 24,2 Kg/m<sup>2</sup>) en pacientes con y sin PE. Las gestantes con PE aumentaron significativamente más de peso al final de la gestación comparado con las que no la desarrollaron (p 0,005), aunque esto puede estar influenciado por la retención hídrica propia de la PE. Las gestantes DM-1 con HTA previa (33 vs 16%), enfermedad microvascular previa (retinopatía y/o nefropatía) (21,2 vs 15,8%), primíparas (17,8 vs 14,8%), con HbA1c alta durante todo el embarazo (21,7 vs 10,9%, p 0,110) o que no acuden a control pregestacional, presentan una mayor tendencia a sufrir PE, aunque las diferencias no son significativas. Por otra parte, el hábito tabáquico mantenido durante el embarazo parece proteger de esta complicación a nuestras pacientes.

	Preeclampsia	No preeclampsia	p
HbA1c 1ª visita (%)	7,04 ± 1,04	6,98 ± 1,31	0,827
HbA1c 1ª T (%)	6,88 ± 1,05	6,60 ± 1,03	0,260
HbA1c 2ª T (%)	6,05 ± 0,71	5,78 ± 0,65	0,091

HbA1c 3 <sup>r</sup> T (%)	6,10 ± 0,69	5,87 ± 0,67	0,165
----------------------------	-------------	-------------	-------

**Conclusiones:** La frecuencia de PE en nuestra población se encuentra en el rango alto de la frecuencia observada en otras series de DM-1 (entre 12.7 y 18.1%), aunque la gran mayoría son leves. No detectamos ningún predictor de PE, a pesar de observar una tendencia de asociación a factores ya descritos, probablemente por el pequeño tamaño de la muestra. Cara a prevenir la PE, además de intentar mejorar el control glucémico en todas las gestantes, probablemente se puede indicar AAS a dosis bajas a las gestantes con complicaciones microvasculares e hipertensas.