



# Endocrinología, Diabetes y Nutrición



## P-039 - CONTROL METABÓLICO Y RESULTADOS PERINATALES EN FUNCIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE EMBARAZO EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE DMPG

A. Fernández Valero, J.I. Martínez Montoro, M. Damas Fuentes, M. Molina Vega, F.J. Tinahones Madueño y M.J. Picón César

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar los datos de pacientes atendidas en la consulta de DMPG, valorando la frecuencia de planificación de la gestación y si existen diferencias en cuanto al grado control metabólico previo y durante la gestación, así como en los resultados perinatales con respecto a aquellas que no planifican. Se considera diabetes mellitus pregestacional (DMPG) a toda diabetes diagnosticada antes del inicio del embarazo. Todas las mujeres con DMPG en edad fértil deberían recibir consejo preconcepcional optimizando el control glucémico, ya que el control preconcepcional se asocia con reducción del riesgo de malformaciones fetales y mortalidad perinatal. Además, se deben valorar las complicaciones preexistentes y comorbilidades asociadas, así como la eventual toma de fármacos potencialmente teratogénos. A pesar de ello, solo una minoría planifica su gestación.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo en el que se recogieron y analizaron los datos de 72 pacientes atendidas en la consulta de DMPG entre 2019 y 2021.

**Resultados:** Se presentan los datos de 72 mujeres de las cuales el 86,1% eran caucásicas, el 6,9% árabes, el 4,2% orientales y el 2,8% sudamericanas, con una edad media de  $34,5 \pm 6,25$  años. En cuanto al tipo de DMPG, 64 (88,9%) tenían DM tipo 1 y 8 (11,1%) DM tipo 2, con una evolución media de  $16,34 \pm 8,56$  años desde el diagnóstico. Tan solo 28(38,9%) realizaron una planificación previa, teniendo 26 luz verde por parte del endocrinólogo en el momento de la gestación. Los datos perinatales y de control metabólico se muestran en la tabla.

N (72)	Planifican gestación (N = 28)	No planifican gestación (N = 44)	p
Tipo DMPG			
DM1	40,6%	59,4%	
DM2	25%	75%	

## Control metabólico

HbA <sub>1c</sub> media preconcepcional (%)	6,57 ± 0,66	7,73 ± 1,43	0,001
HbA <sub>1c</sub> media 1er trimestre (%)	6,38 ± 0,66	6,99 ± 1,07	0,005
HbA <sub>1c</sub> media 2º trimestre (%)	6,11 ± 0,53	6,29 ± 0,76	0,23
HbA <sub>1c</sub> media 3er trimestre (%)	6,41 ± 0,61	6,44 ± 0,74	0,85
Dosis máxima de insulina (UI)	29 ± 43,55	21,92 ± 31,68	0,25
IMC 1er trimestre (kg/m <sup>2</sup> )	27,31 ± 6,07	24,91 ± 5,77	0,131
IMC 3er trimestre (kg/m <sup>2</sup> )	29,38 ± 8,12	26,85 ± 9,47	0,246

## Datos obstétricos y perinatales

Tipo de parto			0,418
Cesárea	25%	11,4%	
Espontáneo	32,1%	38,6%	
Inducido	42,9%	47,7%	
Semanas de gestación	37,42 ± 1,85	37,23 ± 2,5	0,74
Peso RN (g)	3.572,18 ± 648,3	3.415,88 ± 825,33	0,40
Sufrimiento fetal	0%	6,8%	0,329
Malformación mayor	0%	2,3%	0,472
Trauma obstétrico	0%	0%	0,558

Hipoglucemia	35,7%	25%	0,643
Distrés respiratorio	14,3%	13,7%	0,581
Mortalidad	0%	4,5% (intraútero)	0,120

**Conclusiones:** En aquellas pacientes que no realizan una planificación de la gestación la HbA<sub>1c</sub> inicial es significativamente más alta que en aquellas que planifican. Un seguimiento precoz y estrecho en la consulta de DMPG permite mejorar el control metabólico consiguiendo que no haya diferencias significativas al final de la gestación. Tampoco se observan diferencias significativas en cuanto a eventos adversos perinatales, no obstante, complicaciones graves tales como mortalidad intraútero, sufrimiento fetal y malformaciones mayores tuvieron lugar en estas pacientes aún sin alcanzar la significación estadística.