



Avances en Diabetología



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

M. Cabrer Vidal^a, M. Navarro Falcón^a, M. Wos Wos^a, M. Bestard Juan^a, E. Montoliu Picolo^a, A.M. Yáñez Juan^b, V. Pereg Macazaga^a y M. Codina Marcet^a

^aHospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. ^bIdISPa. 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/m²) 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 1 ^a visita (%)	7,04 ± 1,04	6,98 ± 1,31	0,827
HbA1c 1 ^r T (%)	6,88 ± 1,05	6,60 ± 1,03	0,260
HbA1c 2 ^o T (%)	6,05 ± 0,71	5,78 ± 0,65	0,091
HbA1c 3 ^r 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.