



## P-031 - TENDENCIAS EN LA PREVALENCIA DE DIABETES EN EMBARAZOS GEMELARES Y RESULTADOS OBSTÉTRICOS EN CATALUÑA ENTRE 2006 Y 2015: ESTUDIO DIAGESCAT

H. Navarro Martínez<sup>a,2</sup>, L. Gortazar<sup>a,2</sup>, J. Flores-Le Roux<sup>a,2,3</sup>, D. Benaiges<sup>a,2,3</sup>, E. Sarsanedas<sup>d</sup>, J. Pedro-Botet<sup>a,2,3</sup> y A. Goday<sup>a,2,3</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital del Mar. <sup>b</sup>Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona. <sup>c</sup>Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. <sup>d</sup>Servicio de Documentación Clínica, Hospital del Mar.

### Resumen

**Objetivos:** Determinar la evolución de la prevalencia de diabetes gestacional (DMG) y diabetes mellitus pregestacional (DMpre) en las gestaciones gemelares en Cataluña entre 2006 y 2015, así como su influencia en los resultados materno-fetales.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo mediante el Registro de Altas Hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD-AH). Se incluyeron los informes de alta hospitalaria emitidos en Cataluña entre enero/2006 y junio/2015 de gestantes entre 15 y 45 años con diagnósticos de parto vaginal o cesárea (Grupo Relacionado por el Diagnóstico 370-375). De ellos se seleccionaron los embarazos gemelares (códigos International Classification of Diseases 9ª edición, Clinical Modification [ICD-9-CM] 651.0x, 651.3x, V27.2, V27.3 y V27.4). Se identificaron las pacientes con DMG con el ICD-9-CM 648,8x, las DMpre con el 250.x0-250.x3 y 648,0x, y aquellas con preeclampsia o cesárea. Grande para edad gestacional (LGA) y Pequeño para edad gestacional se definieron como > p90 y < p10 respectivamente, utilizando tablas estandarizadas para gemelos en Cataluña.

**Resultados:** 760,209 mujeres dieron a luz en dicho periodo en Cataluña, de las cuales 15956 (2,1%) presentaron embarazos gemelares. Estos aumentaron del 1,75% en 2006 al 2,22% en 2015 ( $p < 0,001$ ). De ellos, un 6,82% fue diagnosticado de DMG y el 0,52% padecía DMpre. La prevalencia de GDM aumentó del 6,01 al 8,48% ( $p < 0,001$ ), mientras que la de DMpre se mantuvo estable ( $p = 0,416$ ). El análisis de resultados obstétricos se muestra en la tabla.

Características basales y resultados obstétricos de GDM y DMpre comparadas con gestantes normoglicémicas

	Normoglicémicas (n = 14.785)	GDM n = (1.088)	GDM vs no-DM, OR, valor p	DMpre n = 83	DMpre vs no-DM, OR, valor p
Edad (años)	33,6 ± 5,1	35,3 ± 5,0	p < 0,01	35,1 ± 6,1	p = 0,006

Hipertensión, n (%)	127 (0,86)	18 (1,65)	1,81 (1,1-2,99), p = 0,020	3 (3,61)	4,09 (1,27-13,14), p = 0,018
Dislipemia, n (%)	26 (0,18)	2 (0,18)	1,05 (0,25-4,44), p = 0,949	1 (1,2)	7,06 (0,94-52,78), p = 0,057
Tabaquismo activo, n (%)	583 (3,94)	54 (4,96)	1,40 (1,05-1,87), p = 0,21	3 (3,61)	0,98 (0,31-3,11), p = 0,969
Preeclampsia, n (%)	1.116 (7,55)	124 (11,39)	1,45 (1,19-1,77), p < 0,001	13 (15,66)	2,11 (1,16-3,83), p = 0,015
Parto pretérmino, n (%)	7.373 (49,87)	566 (52,02)	1,06 (0,94-1,20), p = 0,349	58 (69,8)	2,15 (1,33-3,48), p = 0,002
Cesárea, n (%)	10.072 (68,12)	714 (65,63)	0,81 (0,71-0,93), p = 0,002	61 (73,49)	1,21 (0,74-1,98), p = 0,453
Grande para edad gestacional, n (%)*	3.430 (11,6)	283 (13)	1,12 (0,98-1,27), p = 0,107	35 (21)	1,98 (1,35-2,91), p = 0,001
Pequeño para edad gestacional, n (%)*	2.484 (8,4)	208 (9,6)	1,16 (0,99-1,34), p = 0,063	9 (5,4)	0,58 (0,28-1,19), p = 0,137
Peso medio al nacer (g)	2.333 ± 503	2.336 ± 486	p = 0,854	2.295 ± 616	p = 0,288

GDM: diabetes gestacional; DMpre: diabetes preexistente; OR: odds ratio. Las prevalencias de pequeño y grande para edad gestacional se calcularon para el total de recién nacidos vivos, con datos de peso al nacimiento.

**Conclusiones:** La prevalencia de GDM en embarazos gemelares aumentó en Cataluña entre 2006 y 2015, mientras que la de DMpre se mantuvo estable. En nuestra cohorte, ambas condiciones implicaron mayor riesgo de preeclampsia, y, en caso de DMpre, también de LGA y prematuridad. Son necesarios estudios que evalúen la influencia del tratamiento de dichas comorbilidades durante la gestación múltiple para mejorar el manejo terapéutico de dichas mujeres.