



# Avances en Diabetología



## P-098. - INFLUENCIA DEL EXCESO DE GANANCIA DE PESO SOBRE RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES EN DIABETES GESTACIONAL

F. del Val Zaballos, A. Luque Pazos, C. Cortés Muñoz, V. Peña Cortés, A. Pantoja, M. Veganzones, J. Sastre Marcos y J. López López

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar el efecto del exceso de ganancia de peso (EGP) sobre los resultados obstétricos y neonatales en diabetes gestacional.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 2514 gestaciones únicas seguidas en la consulta de diabetes y embarazo del Complejo Hospitalario de Toledo (periodo analizado 2000-2010). Se considera EGP a la ganancia de peso por encima de las recomendaciones del Instituto de Medicina de EEUU (2009). Para ello se ha recogido el peso al inicio y al final de la gestación. Se ha analizado la influencia del EGP sobre el control glucémico materno (HbA1c en el tercer trimestre), complicaciones obstétricas (HTA, preeclampsia), resultados perinatales (grandes para la edad gestacional (GEG percentil > 90), macrosomía (> 4 kg) y morbilidad agrupada, definida como cualquier complicación metabólica, infecciosa o traumática del recién nacido (RN)). Se ha realizado un análisis bivariante (test chi cuadrado y t Student) y multivariante (regresión logística) ajustada a factores maternos (edad, etnia, paridad, IMC pregestacional) y sexo del RN.

**Resultados:** El 18,3% de las mujeres presentaron EGP. Previo a la gestación presentaban, según IMC, 0,9% bajo peso, 23,7% normopeso, 40,2% sobrepeso y 35,2% obesidad. No hubo diferencias en la edad al parto entre las mujeres con EGP y el grupo con adecuada ganancia de peso (AGP). Las mujeres con EGP presentaron mayor IMC pregestacional ( $28,0 \pm 4,9$  vs  $25,9 \pm 5,4$ ,  $p < 0,001$ ), mayor frecuencia de raza no caucásica (15,9% vs 8,9%,  $p < 0,001$ ), mayor tasa de insulinización (52,6% vs 43%,  $p < 0,001$ ) y mayor tasa de cesáreas (31,9% vs 9,2%,  $p < 0,001$ ). No hubo diferencias en HTA y preeclampsia maternas ni comorbilidad agrupada en RN. Las mujeres con EGP presentaron peor HbA1c en tercer trimestre ( $5,3 \pm 0,6$  vs  $5,0 \pm 0,6$ ,  $p < 0,001$ ). Los RN de madres con EGP presentaron mayor proporción de GEG (21,9% vs 9,2%,  $p < 0,001$ ) y macrosomía (10,2% vs 4,0%,  $p < 0,001$ ). No hubo diferencias en mortalidad perinatal. El EGP se asoció de forma independiente con GEG (OR 2,3 IC95% 1,7-3,1,  $p < 0,001$ ), macrosomía (OR 2,2 IC95% 1,5-3,3) y mayor necesidad de realizar cesárea (OR 1,6 IC95% 1,3-2,0,  $p < 0,001$ ). La asociación de EGP con insulinización aumentó aún más el riesgo de GEG (OR 3,2 IC95% 2,3-4,4,  $p < 0,001$ ) y de macrosomía (OR 3,5 IC95% 2,2-5,4,  $p < 0,001$ ) que el EGP por sí solo.

**Conclusiones:** El EGP, en embarazos con diabetes gestacional, se asocia con peor control metabólico y mayor necesidad de insulinización, más cesáreas y peores resultados en el peso del RN. La combinación de EGP e insulinización empeora aún más los resultados en el peso del RN. Por

tanto, consideramos muy importante el control de la ganancia de peso durante el seguimiento de las pacientes con diabetes gestacional.