

Trabajos Seleccionados

PRESENTACIONES ORALES

O9 Glucemia materna de primer trimestre de embarazo y su asociación con el desarrollo de diabetes gestacional. Categorización según IMC pregestacional

María Inés Argerich¹, Raúl Alejandro David¹, Nadia González¹, Gabriela Rovira²

¹HOSPITAL PERRUPATO, MENDOZA, ARGENTINA; ²HOSPITAL BRITÁNICO, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Contacto: ines_argerich@hotmail.com

Objetivos: primario: determinar la probabilidad de desarrollar DG según los valores de glucemia de ayunas del primer trimestre de embarazo (GA1ERT >85 mg/dl) según categoría de IMC, edad y ganancia de peso materno. Secundario: comparar trigliceridemia materna del último trimestre, peso fetal y glucemia de ayuna de PTOG según categorías de IMC en paciente con y sin diagnóstico de DG. Determinar la prevalencia de macrosomía en las distintas categorías de grupos.

Materiales y métodos: se evaluaron un total de 420 registros. Los criterios de inclusión para ambos grupos fueron: edad mayor a 18 años, registros completos de HC, diagnóstico de DG por PTOG. 296 HC cumplieron con estos criterios. 127 HC correspondieron a pacientes con diagnóstico de DG y 169 HC de pacientes sin DG. A estos grupos se los categorizó según su IMC pregestacional en tres grupos: IMC <25 (Grupo A), IMC 25-30 (Grupo B) y las pacientes con IMC >30 (Grupo C). Estas categorías estuvieron apareadas según edad y ganancia de peso materno a lo largo del embarazo a los fines de evitar sesgos entre grupos. Las variables analizadas fueron: edad, IMC pregestacional, ganancia de peso materno, resultados de PTOG (según criterios SAD-ALAD), trigliceridemia materna del último trimestre (TAG); éstas fueron evaluadas como variables continuas. Las variables GA1ERT >85 mg/dl y macrosomía fetal fueron evaluadas como variables dicotómicas. Se realizó el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Las variables continuas con distribución normal se presentan como medias y desviación estándar, y las variables de distribución no normal se presentan como medianas y rango intercuartil. Para determinar la probabilidad de riesgo para el desarrollo de DG según GA1ERT >85 mg/dl se calculó OR y su magnitud (ME) como insignificante; si está entre 1,68-3,47, pequeña; entre 3,47-6,71, moderada; y si es mayor que 6,71, grande. Se calculó la prevalencia de macrosomía para cada categoría de ambos grupos. Los datos se cargaron en planillas excell y analizaron en SPSS v22.

Resultados: el OR de DG para la categoría A fue de 15 veces, para la categoría B fue 9,2 veces y para la categoría C 10,7 veces con efecto de magnitud grande para las tres categorías. No hubo diferencias entre peso fetal ($p=0,14$; 0,36 y 0,59 respectivamente). La GA de PTOG fue significativa en todas las categorías ($p=0,002$; 0,01 y <0,001 respectivamente), los TG maternos del último trimestre fueron significativos en categorías A y B ($p=0,04$ y 0,026 respectivamente). La prevalencia de macrosomía aumentó en relación al incremento de IMC.

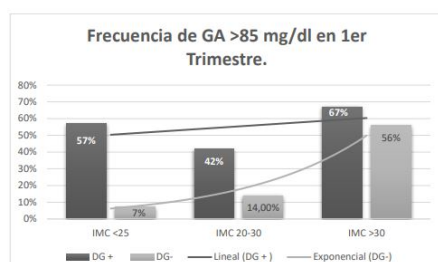


Gráfico 1: frecuencia de GA >85mg/dl en 1er trimestre de embarazo.

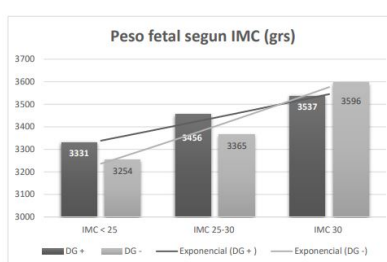


Gráfico 2: Promedio de peso fetal según categorías y grupos.

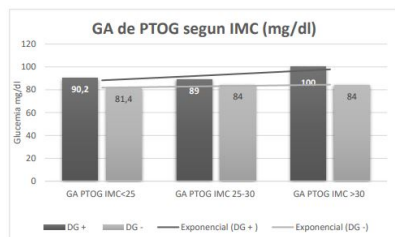


Gráfico 3: Promedio de GA PTOG según categorías y grupos.

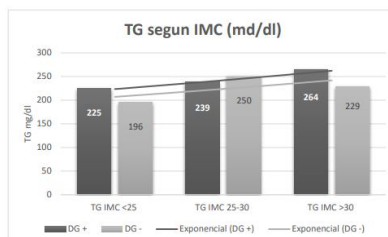


Gráfico 4: Promedio de TG maternos del 3er trimestre según categorías y grupos.

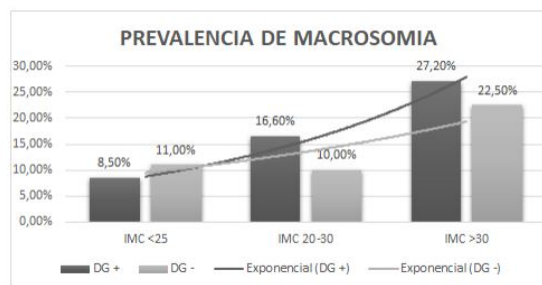


Gráfico 5: prevalencia de Macrosomía.

	OR (IC95% p)	ME
IMC <25	14,9 (4,7-46,9 p=<0,0001)	Grande
IMC 25-30	9,27 (2,7-30,9 p=<0,0001)	Grande
IMC >30	10,7 (3,5-32,7 p=<0,0001)	Grande

Tabla 1: De OR de DG según la presencia de GA >85 mg/dl en el 1º trimestres por categoría de IMC.

IMC <24,9	Con DG (n=42)	Sin DG (n=64)	p
Edad	28 (±8)	28 (±6)	1
Ganancia de peso	14 (±5)	14 (±6)	0,065
Peso fetal	3.254 (±445)	3.397 (±511)	0,14
PTOG en ayunas	90 (±18)	82 (±8)	0,0023
TG (último trimestre)	225 (±93)	193 (±68)	0,04

Tabla 2: Comparación entre grupos con y sin DG. IMC <24,9.

IMC 25-30	Con DG (n=48)	Sin DG (n=50)	p
Edad	31 (±5)	30 (±5)	0,32
Ganancia de peso	12 (6,5)	12 (5)	0,91
Peso fetal	3.456 (±527)	3.365 (±464)	0,36
PTOG en ayunas	89 (±12)	84 (±7)	0,01
TG (último trimestre)	228 (70,5)	251 (57)	0,014

Tabla 3: Comparación entre grupos con y sin DG. IMC 25-30.

IMC 25-30	Con DG (n=48)	Sin DG (n=50)	p
Edad	32 (±11)	29 (±6)	0,08
Ganancia de peso	12,4 (8)	12 (5)	0,37
Peso fetal	3.537 (±609)	3.596 (±504)	0,59
PTOG en ayunas	101 (±22)	84 (±6)	<0,001
TG (último trimestre)	264 (79,5)	229 (51)	0,02

Tabla 4: Comparación entre grupos con y sin DG. IMC >30.

Conclusiones: la magnitud de efecto de la glucemia de ayunas del primer trimestre mayor a 85 mg/dl es categoría “grande” para todos los grupos de IMC, sugiriendo ser un fuerte predictor de DG, sobre todo en pacientes con IMC normal. La GA de la PTOG aumenta en la medida que aumenta la categoría de IMC, siendo éste el principal criterio para diagnóstico de DG ante una paciente con IMC >30 (2 glucemias de ayuno mayores o iguales a 100mg/dl). En la variable peso fetal, se observó una tendencia creciente en la medida que aumenta el IMC para todos los grupos. La variable TG maternos mostró un aumento exponencial al aumento de categoría de IMC siendo esto estadísticamente significativo. Se observó un incremento de la prevalencia de macrosomía fetal en

relación directamente proporcional a la categoría de IMC en ambos grupos, siendo mayor su prevalencia para el grupo con DG en comparación con el grupo sin DG.

O9 Maternal glycemia of 1st Trimester of pregnancy Maternal glycemia of 1st Trimester of pregnancy and its association with the development of DG. Categorization according to pregestational BMI.

María Inés Argerich¹, Raúl Alejandro David¹, Nadia González¹, Gabriela Rovira²
¹HOSPITAL PERRUPATO, MENDOZA, ARGENTINA; ²BRITISH HOSPITAL, AUTONOMOUS CITY OF BUENOS AIRES, ARGENTINA
Contacto: ines_argerich@hotmail.com

Primary outcome: determine the probability of developing DG according to Fasting Glycemia of the 1st trimester of pregnancy (> 85mg / dl) by BMI category, age and maternal weight gain.

Secondary outcome: Compare maternal triglyceridemia of the last trimester, fetal weight and fasting glycemia of PTOG according to BMI in patients with and without DG. Determine the prevalence of macrosomia.

Methods: Medical records of patients with DG from the Diabetes and Pregnancy Unit and from the Maternity service of patients without DG from the Perrupato's Hospital, San Martin, Mendoza. Included were: age over 18 years, complete records of HC, diagnosis of DG by PTOG. 127 HC from patients with DG and 169 HC from patients without DG were included and classified according to pre-pregnancy BMI: BMI <25 (category A), BMI 25-30 (category B) and BMI >30 (category C).

Results: DG OR for category A was 15 times, for category B it was 9.2 times and for category C 10.7 times with large magnitude effect for the three categories. There were no differences between fetal weight ($p = 0.14, 0.36$ and 0.59 respectively). GAPTOG was significant in all categories ($p = 0.002; 0.01$ and < 0.001 respectively), maternal TG in the last trimester were significant in categories A and B ($p = 0.04$ and 0.026 respectively). The prevalence of macrosomia increased in relation to the increase in BMI.

Conclusions: fasting blood glucose of the first trimester is a strong predictor of DG in all evaluated categories.