

Incidencia de complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes intolerantes a la glucosa frente a gestantes normoglucémicas

Quilis Simó L, Peiró Jornet J, Batres Martínez L, Velasco Martínez M, Garví Morcillo J, Beltrán Sánchez A, Talens Orts P, Martínez Cendán JP.
Servicio de Obstetricia y Ginecología; Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

INTRODUCCIÓN

La diabetes gestacional (DG) es la alteración metabólica más frecuente en el embarazo, con una elevada incidencia (6-12%). La glucosa materna atraviesa la placenta, ocasionando una hiperglucemia fetal que estimula las células β del páncreas, aumentando los niveles de insulina fetales. El efecto anabólico de la insulina conlleva un mayor riesgo de complicaciones obstétricas (como son la macrosomía y las malformaciones congénitas) y perinatales. El cribado se lleva a cabo en semana 24-28 de gestación, con la administración oral de 50 gr de glucosa (test de O 'Sullivan). Si resulta positivo (≥ 140 mg/dl a la hora) se realiza otro test con 100 gr de glucosa (test de sobrecarga oral de glucosa -SOG-), midiendo la glucemia basal, a la hora, a las 2 horas y a las 3 horas. Se considera diagnóstico para DG si existen dos o más valores alterados. Sin embargo, hablamos de intolerancia a la glucosa o intolerancia hidrocarbonada (IHC) cuando sólo se eleva un valor. Este trastorno metabólico también puede ser causa de un incremento de complicaciones obstétricas y perinatales. Por lo que, con el fin de estudiar dicha incidencia en las gestantes con IHC, presentamos un estudio que hemos efectuado en nuestra área de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en el Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena. Se utilizó una muestra de 126 gestantes, 66 normoglucémicas (grupo control) y 60 intolerantes a la glucosa. El objetivo es comparar si existe un mayor número de complicaciones obstétricas y perinatales en las pacientes con IHC frente a las normoglucémicas.

Se excluyeron los embarazos múltiples, las gestantes con diabetes pregestacional, gestacional u otras patologías crónicas, así como las fumadoras o consumidoras de otras drogas. Las variables analizadas se relacionan con características demográficas y antecedentes obstétricos de las pacientes, datos antropométricos de los recién nacidos y complicaciones obstétricas y perinatales.

La información se ha obtenido de las historias clínicas informatizadas en Selene. Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa IBM SPSS Statistics v24 y los test Chi cuadrado, T-student y U de Mann Withney, tomando como valor estadísticamente significativo una $p < 0,05$.

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES

	GRUPO CONTROL (N=66)	GRUPO CON IHC (N=60)	TOTAL (N=126)	<i>p</i> (< 0,05)
EDAD AÑOS (DT)	30,1 (5,9)	33,6 (5,8)	31,76 (6,1)	0,001
IMC (KG/M ²) (DT)	27,37 (6,0)	30,17 (3,4)	28,91 (4,9)	0,081
PRIMÍPARAS (%)	22 (33,3%)	15 (25,0%)	37 (29,4%)	0,305
Nº GESTACIONES (DT)	2,45 (1,3)	2,73 (1,6)	2,59 (1,5)	0,284
PARTO EN SEMANA ≥ 41 DE GESTACIÓN	16 (24,2%)	10 (16,7%)	26 (20,6%)	0,294

TABLA 2

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DE LOS RECIÉN NACIDOS

	GRUPO CONTROL	GRUPO CON IHC	TOTAL	<i>p</i> (< 0,05)
PESO (gr) (DT)	3242,42 (458,35)	3459,14(498,83)	3343,79 (487,97)	0,013
LONGITUD (cm) (DT)	49,53 (2,32)	50,21 (1,96)	49,85 (2,18)	0,085
PERÍMETRO CRANEAL (DT)	34,51 (1,75)	35,04 (1,56)	34,76 (1,68)	0,08

TABLA 3

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES

	GRUPO CONTROL	GRUPO CON IHC	TOTAL	<i>p</i> (< 0,05)
ABORTO (%)	0 (0,0%)	3 (5,0%)	3 (2,4%)	0,066
MACROSOMIA (%)	1 (1,5%)	10 (16,7%)	11 (8,7%)	0,003
POLIHIDRAMIOS (%)	3 (4,5%)	5 (8,3%)	8 (6,3%)	0,384
CIR (%)	1 (1,5%)	2 (3,3%)	3 (2,4%)	0,504
APGAR ≤7 EN MIN 1	1 (1,7%)	4 (6,1%)	5 (4%)	0,207
PRETERMINO (%)	4 (6,1%)	3 (5%)	7 (5,6%)	0,795
PARTO INDUCIDO (%)	26 (39,4%)	16 (26,7%)	42 (33,3%)	0,130
VENTOSA (%)	15 (22,7%)	9 (15%)	24 (19%)	0,242
CESAREA (%)	7 (10,6%)	12 (20%)	19 (15,1%)	0,242
EPISIOTOMÍA (%)	20 (30,3%)	10 (16,7%)	30 (23,8%)	0,073

RESULTADOS

En cuanto a las características de las gestantes (TABLA 1), se observó que, de forma significativa, el grupo de pacientes con IHC eran más añosas que las normoglucémicas (33,6 años vS 30,1 años).

Por lo que se refiere a las medidas antropométricas de los recién nacidos (TABLA 2), el peso al nacimiento en el grupo de IHC fue significativamente mayor que en los recién nacidos de madres normoglucémicas (3459,14 gr vS 3242,42 gr).

Por último, respecto al número de complicaciones obstétricas y perinatales (TABLA 3), únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a macrosomía, con un mayor incidencia en el grupo de las gestantes con IHC (16,7% vS 1,5%).

En el resto de variables no se evidenciaron diferencias significativas en ambos grupos del estudio.

REANIMACIÓN (%)	2 (3,0%)	2 (3,3%)	4 (3,2%)	0,923
DISTOCIA DE HOMBROS (%)	2 (3%)	3 (5%)	5 (4%)	0,572
DISTRÉS RESPIRATORIO (%)	0 (0,0%)	1 (1,7%)	1 (0,8%)	0,292
ICTERICIA (%)	18 (27,3%)	16 (26,7%)	34 (27%)	0,939
FOTOTERAPIA (%)	7 (10,6%)	2 (3,3%)	9 (7,1%)	0,113
INGRESO EN NEONATOS (%)	3 (5,0%)	4 (6,1%)	7 (5,6%)	0,795
COMPLICACIONES TOTALES (%)	124 (52,9%)	110 (47,0%)	234	0,926

DISCUSIÓN

Nuestro estudio evidenció que sí que existe mayor riesgo de macrosomía en las pacientes gestantes con intolerancia a la glucosa, reflejado y apoyado también por un mayor peso al nacimiento en los recién nacidos de madres con dicha alteración metabólica. Esto va acorde con lo visto en la literatura. Aún así, no se vieron diferencias significativas en cuanto a complicaciones en el momento del parto, aunque la tasa de cesáreas fue un poco superior en las pacientes con IHC. El resto de diferencias fueron despreciables.

Aunque, actualmente, no existe un tratamiento protocolizado para la IHC, se deben proponer medidas generales en aquellas gestantes con dicha alteración metabólica. Las recomendaciones serían una alimentación equilibrada y la realización de ejercicio físico para disminuir en la medida de lo posible el número de complicaciones.

CONCLUSIÓN

La intolerancia a la glucosa en las gestantes podría ser una condición que incremente el riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales, por lo que el manejo de estas pacientes debe consistir en una vigilancia estrecha, para conseguir un adecuado control metabólico con unos niveles de glucemia normales.