

RECLASIFICACIÓN METABÓLICA POSTPARTO 10 AÑOS TRAS LA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: ESTUDIO PRELIMINAR EN NUESTRA ÁREA

López-Pereira C¹, Lara-Barea A^{1,2}, Arroba Espinosa AI², Aguilar Diosdado M^{1,2,3}, López-Tinoco C^{1,2,3}.
¹UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital universitario Puerta del Mar (HUPM), Cádiz. ²INIBICA. ³UCA.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus gestacional (DMG) se asocia a un mayor riesgo de desarrollar alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, síndrome metabólico (SM) y enfermedad cardiovascular a medio y largo plazo tras el parto. La identificación de factores clínicos y biomarcadores asociados a esta progresión podría permitir una mejor estratificación del riesgo y facilitar la implementación de intervenciones precoces que eviten o retrasen su aparición.

OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado a largo plazo en mujeres con antecedente de DMG y analizar su asociación con variables clínicas, analíticas y marcadores inflamatorios durante el embarazo y en la reevaluación posparto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio longitudinal observacional en una cohorte de 49 mujeres con antecedente de DMG reevaluadas entre 8 y 11 años posparto. Se realizó un análisis descriptivo de factores de riesgo cardiovascular y un análisis bivalente para evaluar la asociación entre reclasificación anómala del metabolismo hidrocarbonado (glucemia basal alterada (GBA), intolerancia a la glucosa (ITG) o diabetes mellitus tipo 2 (DM2)) y variables clínicas, analíticas y citocinas.

RESULTADOS

Figura 1. Reclasificación metabólica posparto

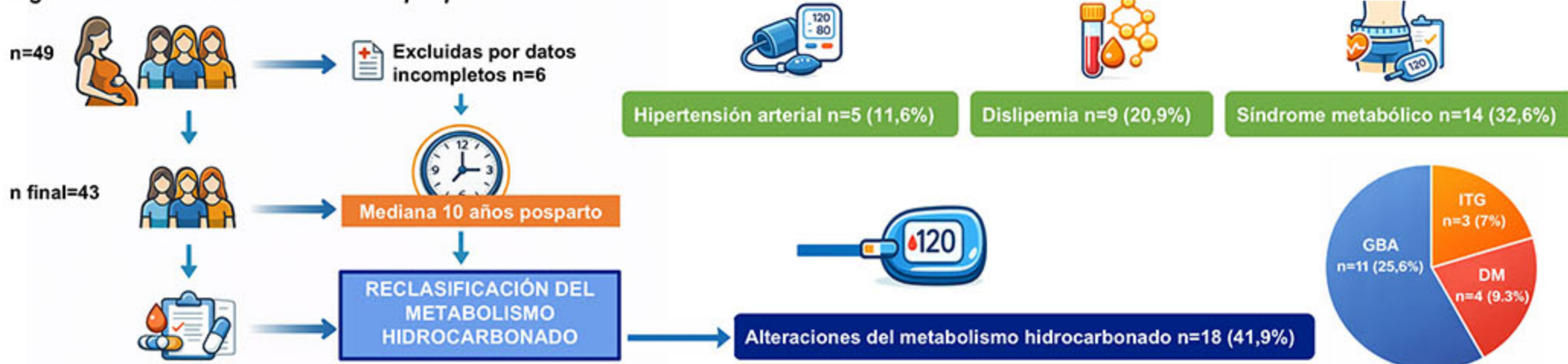


Tabla 1. Análisis bivalente de la asociación entre reclasificación anómala del metabolismo de los HdeC con variables clínicas, analíticas y citocinas durante el embarazo

Variables	RECLASIFICACIÓN DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO		
	Anómala (n=18)	Normal (n=25)	valor de p
AF DM ^a	12 (66,6%)	11 (44%)	0,142
IMC pregestacional (Kg/m ²) [†]	29,6 (26,2-32,8)	24,3 (22,2-27,9)	0,005
O'Sullivan (mg/dl) [*]	179 ± 22,1	164 ± 24,2	0,059
SOG 60 min (mg/dl) [*]	194 ± 26,2	189 ± 26,5	0,629
SOG 120 min (mg/dl) [*]	189 ± 16,5	184 ± 18,6	0,437
SOG 180 min (mg/dl) [*]	148 ± 31,6	149 ± 24,9	0,920
HbA1c (%) [*]	5,28 ± 0,53	4,93 ± 0,38	0,015
HOMA (%) [†]	0,697 (0,5-2,4)	0,797	1
Tratamiento DMG ^a	Dieta 7 (38,8%); Insulina 11 (61,1%)	Dieta 16 (64%); Insulina 9 (36%)	0,103
UI max insulina [*]	20,4 ± 13,6	16,3 ± 5,92	0,42
Peso ganado (kg) [*]	9,11 ± 5,35	8,19 ± 3,41	0,528
Semana gestacional parto (sem) [†]	39 (38,8-39,3)	39,5 (39-40,2)	0,025
Percentil RN [†]	38 (16-68)	35 (24-70)	0,898
Leptina (pg/mL) [*]	10,2 ± 0,845	9,39 ± 0,755	0,007
Adiponectina (pg/mL) [†]	11,4 (10,4-12,4)	12 (10,7-12,2)	0,685
Resistina (pg/mL) [†]	4,75 (4,24-5,37)	5,21 (4,98-5,52)	0,183
TNFα (pg/mL) [†]	0,655 (-0,257-1,08)	0,336 (-0,441-0,805)	0,265

^{*}(media ± DE); [†]mediana (p25-p75); [‡]n (%)

Tabla 2. Análisis bivalente de la asociación entre reclasificación anómala del metabolismo de los HdeC con variables clínicas y analíticas en la reevaluación posparto

Variables	RECLASIFICACIÓN DEL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO		
	Anómala (n=18)	Normal (n=25)	valor de la p
Lactancia materna ^a	6 (33,3%)	17 (68%)	0,558
Dieta ^a	3 (16,6%)	7 (28%)	0,480
Ejercicio ^a	6 (33,3%)	15 (60%)	0,084
Δ peso (reevaluación-pregestacional) (Kg) [*]	3,5 ± 11,1	-1,19 ± 8,07	0,011
IMC (Kg/m ²) [†]	31,4 (29,5-36,3)	24,6 (22,5-27,9)	< 0,001
Perímetro cintura (cm) [*]	99,3 ± 13,5	86,9 ± 14,3	0,022
SOG 75 g 2h (mg/dl) [†]	163 (109-186)	91 (88,8-92,5)	0,106
Glucemia basal (mg/dl) [†]	102 (92,8-110)	87 (82,8-89,3)	< 0,001
HbA1c (%) [†]	5,65 (5,32-5,77)	5,3 (5,07-5,50)	0,003
HOMA (%) [†]	2,35 (1,97-2,62)	1,15 (0,788-1,46)	< 0,001
Colesterol total (mg/dl) [†]	179 (166-193)	185 (159-218)	0,970
LDLc (mg/dl) [†]	110 (98,5-134)	103 (87,5-140)	0,593
HDLc (mg/dl) [*]	50,4 ± 10,2	59,3 ± 14,8	0,033
Apo B (mg/dl) [*]	97,3 ± 26,3	88,1 ± 32,8	0,455
LpA (mg/dl) [†]	21,8 (9,88-32,3)	26,8 (11,5-53,1)	0,654
Ácido úrico (mg/dl) [*]	4,46 ± 1,09	4,04 ± 0,895	0,205
Coc Alb/Cr (mg/g) [†]	7,2 (5,6-10,4)	6,6 (4,05-12,3)	0,701

CONCLUSIONES

A largo plazo, una proporción elevada de mujeres con antecedente de DMG presenta alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. La presencia de estas alteraciones se asocia con obesidad pregestacional, peor control glucémico durante el embarazo y un perfil metabólico desfavorable en el posparto. Son necesarios estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y la inclusión de un grupo control que permitan confirmar y ampliar estos resultados, y poder así establecer estrategias de seguimiento e intervención individualizadas tras la DMG.

Los autores agradecen el apoyo financiero del Programa Operativo FEDER Andalucía 2021-2027 y de la Consejería de Universidad, Investigación e Innovación de la Junta de Andalucía (Proyecto FEDER-UCA-2024-A2-65)