



P-109 - IMPACTO DE LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN LOS RESULTADOS MATERNO-FETALES DE GESTANTES OBESAS OPERADAS Y NO OPERADAS

A. Martínez González^a, M.J. Morales Gorrid^b, R. Miguel Toquero^b, C. Trigo Barros^a y R. Boente Varela^a

^aHospital Ribera-povisa, Vigo. ^bCHUVI, Vigo.

Resumen

Objetivos: Determinar el efecto de la ganancia de peso gestacional y los resultados perinatales en mujeres obesas operadas y no operadas de cirugía bariátrica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de cohortes. La ganancia ponderal gestacional fue clasificada como insuficiente, adecuada o excesiva según las guías del Instituto de Medicina de EEUU: 4,99-9,07 kg para IMC > 30 kg/m². La ganancia ponderal se calculó con diferencia entre el peso entre la primera visita del 1^{er} trimestre y el peso en la visita del 3^{er} trimestre. Los evaluaron variables anteparto (diabetes gestacional, hipertensión gestacional, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, retraso de crecimiento intrauterino, corioamnionitis, aborto espontáneo), intraparto (parto inducido, parto vaginal, ventosa, fórceps, cesárea, distocia de hombros), postparto (hemorragia postparto, necesidad de trasfusión posparto, anemia postparto, larga estancia hospitalaria, muerte materna, desgarro postparto, trombosis posparto) y neonatales (parto pretérmino, percentil peso > 90, percentil peso 10, puntuación Apgar 7, malformaciones). Mediante el paquete estadístico SPSS 22.0 se realizó un análisis estadístico de los datos.

Resultados: Se reclutaron 256 mujeres: 38 (14,58%) eran gestantes poscirugía bariátrica y el resto 218 (85,15%) eran gestantes obesas no operadas. De las gestantes obesas no operadas 119 (46,68%) eran obesas grado 1 (IMC 30-34,9), 99 (38,67%) obesas grado 2 y 3 (IMC > 35). En el análisis global tuvieron ganancia insuficiente 78 (30,46%), adecuada 117 (45,70%) y excesiva 61 (23,82%). En conjunto la ganancia ponderal insuficiente se asocio con menor probabilidad de HTA gestacional (*p* 0,015) y parto con fórceps (*p* 0,000) y grande para edad gestacional (*p* 0,000). Por otro lado, la ganancia ponderal insuficiente se asocio a mayor probabilidad de retraso de crecimiento de intrauterino (*p* 0,044), infección periparto (0,022), parto pretérmino (0,006), parto 35 semanas (*p* 0,016). La ganancia ponderal excesiva se asocio a mayor probabilidad de HTA gestacional (*p* 0,025), parto inducido (*p* 0,009), parto por fórceps (*p* 0,011) y grande para edad gestacional (*p* 0,006). La ganancia ponderal adecuada se asocio a menor probabilidad de parto inducido (*p* 0,002) y a menor larga estancia hospitalaria (*p* 0,037). Si comparamos la ganancia excesiva versus la insuficiente: en las obesas tipo 1 no operadas se observan diferencias cardio-metabólicas (aumento versus disminución de DM y HTA gestacional). En el grupo de pacientes obesas tipo 2 y 3 no operadas, se observan diferencias neonatales (aumento de GEG versus aumento de PEG). Tanto la ganancia excesiva como insuficiente aumentaron las complicaciones intraparto en todos los grupos. Las gestaciones poscirugía bariátrica tuvieron menos complicaciones globales.

Conclusiones: La ganancia ponderal insuficiente y excesiva empeora los resultados perinatales. La ganancia ponderal adecuada no aumenta las complicaciones. La CB disminuye las complicaciones de forma independientemente de la ganancia de peso gestacional.