



CO-034 - PREDICCIÓN DEL RIESGO DE DIABETES GESTACIONAL MEDIANTE EL TEJIDO ADIPOSO VISCERAL EN UNA COHORTE MULTIÉTNICA

H. Navarro Martínez^{b,d}, D. Benaiges Boix^{a,b,c}, G. Llauredó Cabot^{a,b,c}, R. Rubio Salazar^{a,b}, J. Hernández Sánchez^a, C. Rueda García^a y J. Flores-Le Roux^{a,b,c}

^aHospital del Mar, Barcelona. ^bUniversitat Autònoma de Barcelona, Barcelona. ^cInstituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas, Barcelona. ^dHospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí.

Resumen

Objetivos: Analizar si el grosor del tejido adiposo abdominal medido en primer trimestre de gestación se asocia con el desarrollo de diabetes gestacional (DMG) en una cohorte multiétnica, y estudiar posibles diferencias en distribución de grasa abdominal entre etnias.

Material y métodos: Se evaluaron de forma prospectiva gestantes de origen multiétnico atendidas en el Hospital del Mar, Barcelona. Se midió el grosor del tejido adiposo visceral (TAV), subcutáneo (TAS) y total (TAT, suma de ambos) en la ecografía de primer trimestre (SG 11-14) y se realizó el cribado de DMG en segundo trimestre. Se realizó una regresión logística multivariante (con ajustes por edad, etnia, IMC en SG 11-14 y antecedentes familiares de diabetes) para evaluar si TAV, TAS y el grupo étnico se asocian de forma independiente al desarrollo de DMG.

Resultados: Se incluyeron 176 mujeres gestantes de origen multiétnico con edad media $31,5 \pm 6$ años; IMC en SG 11-14 $24,8 \pm 4$ kg/m²; antecedentes familiares de diabetes 43,1%; y DMG previa 7,4%. En la tabla se muestra la distribución y las características basales de los distintos grupos étnicos. La prevalencia de DMG diagnosticada en el segundo trimestre fue del 9,8%, sin diferencias entre las etnias. No se detectaron diferencias en el IMC entre etnias, aunque las gestantes de etnia indopakistaní presentaron significativamente mayor grosor de TAV, TAS y TAT. Las caucásicas y las latinoamericanas tuvieron los valores más bajos de TAV, TAS y TAT (tabla). En el análisis multivariante, el único predictor de DMG fue el grosor de TAV (OR 1,06 [1,001-1,13], $p = 0,047$), sin detectarse asociación independiente con IMC, etnia ni el resto de variables del ajuste.

Características basales de la cohorte multiétnica (n = 176)

	Caucásica (n = 80)	Indopakistaní (n = 37)	Latinoamericana (n = 35)	Asiática (n = 12)	Marroquí (n = 12)	p de tendencia
Edad, años	32,9 ± 6,2	29,1 ± 4,8*	30,1 ± 6,4*	33,2 ± 6,3	32,1 ± 3,4	0,009
IMC, kg/m ²	24,3 ± 4,9	26,4 ± 4,8*	23,7 ± 4,1	24,6 ± 5,1	26,9 ± 3,3	NS
AF DM, (%)	37,5%	54,1%	48,6%	33,3%	50%	NS
DMG, (%)	7,5%	21,7%	3,7%	11,1%	9,1%	NS
TAV, mm	29,2 ± 14	39,5 ± 13,1*	32,5 ± 14,3	33,2 ± 11,4	34 ± 11,1	0,009

TAS, mm	14,5 ± 8,9	20,2 ± 8,7*	14,5 ± 7	16,3 ± 4,9	16,5 ± 9	0,019
TAT, mm	43,6 ± 19,1	59,2 ± 19,2*	45,4 ± 19,1	49,6 ± 13	47,6 ± 20,4	0,002

*Diferencias significativas respecto a etnia caucásica. Valores representados en media ± desviación estándar, salvo porcentajes.

Conclusiones: La distribución del grosor de tejido adiposo varía entre las diferentes etnias evaluadas, siendo superior en la indopakistaní. Adicionalmente, el grosor de TAV medido durante el primer trimestre de gestación predice la aparición de DMG de forma independiente a la etnia y tras ajustar por los factores clínicos clásicamente asociados a esta, incluido el IMC.