



CO-035 - RELACIÓN ENTRE LA GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO Y EL RIESGO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LOS HIJOS DE MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL.

A. Simó Servat, C. Quirós, N. Alonso-Carril, S. Rodríguez, A. Orois, M. Barahona y V. Perea

Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa.

Resumen

Objetivos: La diabetes gestacional (DG) incrementa el riesgo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la descendencia. Además, este es mayor en presencia de obesidad materna, pero se desconoce qué sucede con una ganancia de peso excesiva (GPE) durante el embarazo. Por ello, nuestro objetivo fue estudiar si la GPE repercute en el riesgo de TDAH.

Material y métodos: Estudio de cohortes de gestaciones únicas con DG entre los años 1991-2008. Los datos del embarazo se recogieron prospectivamente. El diagnóstico de TDAH se obtuvo de las historias médicas. La ganancia de peso durante el embarazo se clasificó como adecuada, insuficiente o excesiva según las recomendaciones de Institute of Medicine 2009: 12,5-18 kg (bajo peso), 11,5-16 kg (normopeso), 7-11,5 kg (sobrepeso), y 5-9 kg (obesidad).

Resultados: Se incluyeron 1036 niños, 17,7 años de edad [14,8-21,7] y 135 (13%) con diagnóstico de TDAH. La tasa de TDAH según el peso pregestacional materno fue: 1/14 (7,1%) para bajo peso, 62/546 (11,4%) para normopeso, 40/281 (14,2%) para sobrepeso, y 32/195 (16,4%) para obesidad. Un 28,8% y 30% de las gestaciones con sobrepeso y obesidad, respectivamente, presentaron una GPE comparado con un 7% de aquellas con normopeso ($p < 0,001$). Como se muestra en la tabla, la obesidad materna se asoció a un riesgo incrementado de TDAH, no así el sobrepeso. La GPE tampoco se asoció a TDAH. No obstante, cuando evaluamos las dos variables en conjunto (peso materno y GPE) observamos que solo aquellas con obesidad y GPE se asociaron a TDAH, desapareciendo esta asociación en aquellas sin GPE.

Hazard ratio (intervalo de confianza 95%)

Ajustado

TDAH

Crudo

Modelo 1

Modelo 2

n/N (%)

IMC pregestacional

Normal (25 Kg/m ²)	63/560 (11,3)	1 (referencia)	1 (referencia)	1 (referencia)
Sobrepeso (25-29 Kg/m ²)	40/281 (14,3)	1,31 (0,88-1,94)	1,36 (0,90-2,05)	1,38 (0,91-2,09)
Obesidad (30 Kg/m ²)	32/195 (16,4)	1,56 (1,02-2,39)	1,56 (1,01-2,42)	1,67 (1,04-2,65)

Ganancia de peso en el embarazo

Adecuado	44/348 (12,6)	1 (referencia)	1 (referencia)	1 (referencia)
Insuficiente	61/507 (12)	0,92 (0,63-1,35)	0,91 (0,61-1,34)	0,92 (0,61-1,37)
Excesivo	30/181 (16,6)	1,31 (0,82-2,09)	1,26 (0,79-2,02)	1,20 (0,74-1,96)

IMC + GEP

Normal	63/560 (11,3)	1 (referencia)	1 (referencia)	1 (referencia)
Sobrepeso sin GEP	27/200 (13,5)	1,25 (0,80-1,96)	1,30 (0,82-2,08)	1,36 (0,86-2,16)
Sobrepeso con GEP	13/68 (16,1)	1,44 (0,80-2,63)	1,48 (0,80-2,72)	1,41 (0,74-2,68)
Obesidad sin GEP	18/135 (13,3)	1,25 (0,74-2,12)	1,28 (0,75-2,18)	1,41 (0,81-2,45)
Obesidad con GEP	14/60 (23,3)	2,26 (1,27-4,04)	2,20 (1,22-3,99)	2,22 (1,18-4,14)

Modelo1: año de nacimiento, tabaquismo materno, edad materna al parto, peso y sexo neonato, prematuridad, etnia y cesárea. Modelo2: modelo 1 + uso de insulina durante el embarazo y diagnóstico de DG 26 semanas de gestación. IMC: índice de masa corporal.

Conclusiones: En las gestaciones con DG, la obesidad es un factor de riesgo de aparición de TDAH en la descendencia, en concreto en aquellas que además presentan una GPE durante el embarazo.