

## ORIGINAL

# Resultados perinatales entre macrosomas hijos de madre diabética y macrosomas hijos de madre no diabética



Jose Maria Lloreda-García\*, Sandra Sevilla-Denia, Alba Rodríguez-Sánchez, Pablo Muñoz-Martínez y Marta Díaz-Ruiz

Unidad de Neonatología y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Universitario Santa Lucía, Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, Cartagena, Murcia, España

Recibido el 1 de marzo de 2016; aceptado el 19 de abril de 2016

Disponible en Internet el 4 de junio de 2016

### PALABRAS CLAVE

Macrosomía;  
Hipoglucemia;  
Traumatismos  
obstétricos;  
Diabetes  
pregestacional;  
Diabetes gestacional

### Resumen

**Antecedentes y objetivo:** Determinar la incidencia y las complicaciones perinatales de los recién nacidos macrosomas hijos de madre diabética y macrosomas hijos de madre no diabética. **Pacientes y método:** Estudio retrospectivo de 6 años de los macrosomas nacidos en nuestro hospital. Se encontraron 996 macrosomas. Se estudiaron características maternas, tipo de parto y resultados perinatales.

**Resultados:** De 18.005 neonatos, 996 fueron macrosomas (5,53%), siendo 103 hijos de madre diabética (10,3%). Las madres diabéticas tenían mayor paridad (1,89 vs. 1,35;  $p < 0,000$ ), porcentaje de cesáreas (52,4 vs. 31,1%;  $p < 0,05$ ), porcentaje de reanimación (5,8 vs. 1,8%;  $p < 0,006$ ; RR: 2,9; IC 95%: 1,42-5,9), mayor necesidad de ingreso hospitalario (19,4 vs. 9,6%;  $p < 0,002$ ; RR: 2; IC 95%: 1,3-3,2) y en cuidados intensivos (5,8 vs. 0,7%;  $p < 0,000$ ; RR: 5,3; IC 95%: 2,8-10); mayor cantidad de ingresos por hipoglucemia (7,8 vs. 1%;  $p < 0,000$ ; RR: 5; IC 95%: 2,8-8,3), ictericia (8,7 vs. 2,1%;  $p < 0,000$ ; RR: 3,1; IC 95%: 1,9-5,9), distrés respiratorio (4,9 vs. 1,3%;  $p < 0,009$ ; RR: 2,9; IC 95%: 1,4-6,7) y asfixia (2,9 vs. 0,4%;  $p < 0,005$ ; RR: 4,3; IC 95%: 1,8-11,1). No existieron diferencias en cuanto a traumatismos obstétricos.

**Conclusiones:** Los recién nacidos macrosomas hijos de madre diabética tienen mayor riesgo de ingreso en el periodo neonatal, incluidos los ingresos por hipoglucemia, ictericia, asfixia, distrés respiratorio y mayor necesidad de cuidados intensivos. Los traumatismos obstétricos son similares.

© 2016 SEEN. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jmlloreda@gmail.com](mailto:jmlloreda@gmail.com) (J.M. Lloreda-García).

**KEYWORDS**

Macrosomía;  
Obstetric trauma;  
Hypoglycemia;  
Pregestational  
diabetes;  
Gestational diabetes

## Perinatal outcome of macrosomic infants born to diabetic versus non-diabetic mothers

**Abstract**

*Objective:* To assess the incidence and perinatal complications of macrosomic infants born to diabetic and non-diabetic mothers.

*Patients and methods:* A six-year retrospective study of newborns at our hospital. A total of 996 macrosomic newborns were found. Maternal characteristics, mode of delivery, and perinatal outcomes were studied.

*Results:* Of 18005 newborns, 996 were macrosomic infants (5.53%). Of these, 103 (10.3%) were born to diabetic mothers. Diabetic mothers had higher parity (1.89 vs. 1.35;  $P < 0.000$ ), cesarean section rate (52.4 vs. 31.1%;  $P < 0.05$ ), and resuscitation rate (5.8 vs. 1.8%;  $P < 0.006$ ; RR: 2.9; 95% CI: 1.42-5.9), and greater need for hospitalization (19.4 vs. 9.6%;  $p < 0.002$ ; RR: 2; 95% CI: 1.3-3.2) and intensive care (5.8 vs. 0.7%;  $P < 0.000$ ; RR: 5.3; 95% CI: 2.8-10) mostly for hypoglycemia (7.8 vs. 1%;  $P < 0.000$ ; RR: 5; 95% CI: 2.8-8.3), jaundice (8.7 vs. 2.1%;  $P < 0.000$ ; RR: 3.1; 95% CI: 1.9-5.9), respiratory distress (4.9 vs. 1.3%;  $P < 0.009$ ; RR: 2.9; 95% CI: 1.4-6.7), and asphyxia (2.9 vs. 0.4%;  $P < 0.005$ ; RR: 4.3; 95% CI: 1.8-11.1). No differences were found in birth trauma.

*Conclusions:* Macrosomic infants born to diabetic mothers have an increased risk of hospital admission in the neonatal period for hypoglycemia, jaundice, respiratory distress, and asphyxia, and a greater need of intensive care. Obstetric trauma rates were similar in both groups.

© 2016 SEEN. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

Los recién nacidos macrosomas se definen de forma arbitraria, por unos autores, como aquellos con pesos mayores o iguales a 4.000, 4.100 o incluso 4.500 g<sup>1</sup>, independientemente de la edad gestacional.

Los macrosomía fetal suele asociarse a mayores complicaciones perinatales. La incidencia de la macrosomía varía de unas regiones a otras y está entre el 1-20%<sup>2</sup> siendo algunas de las causas asociadas, el sexo, la paridad, la edad materna, el peso, la talla materna, la actividad física, el tabaquismo, la diabetes pregestacional y gestacional, y las causas genéticas. La macrosomía fetal se asocia a mayores riesgos para el feto, especialmente a traumatismos obstétricos, asfixia perinatal, muerte, alteraciones metabólicas como la hipoglucemia o hematológicas como la policitemia y la ictericia<sup>3,4</sup>. Dentro del grupo de recién nacidos macrosomas, existen pocos estudios que distingan los resultados perinatales entre los recién nacidos macrosomas hijos de madre diabética (HMD) y macrosomas hijos de madre no diabética (HMND).

Nuestro objetivo es conocer la incidencia y las complicaciones neonatales de los recién nacidos con un peso mayor o igual a 4.000 g HMD pregestacional o gestacional respecto a los macrosomas HMND.

**Material y métodos**

Se realizó un análisis retrospectivo de todos los nacimientos desde el 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2015 en el Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena. Para la recolección de datos se revisaron los formularios de partos y mortinatos de obstetricia y los formularios de maternidad, ingreso en neonatología y cuidados intensivos

neonatales (UCIN) durante esos periodos, hasta los 28 días de vida posnatal.

Se revisaron las historias de los neonatos, incluyendo ingresos, pruebas complementarias, interconsultas, etc., para detectar enfermedades que no requirieran ingreso, como por ejemplo las parálisis braquiales. Se revisaron de forma diferenciada todos los neonatos que además requirieron ingreso.

**Medidas y definiciones**

El peso de los recién nacidos se toma de forma rutinaria en la planta de maternidad en la primera hora de vida con una balanza electrónica (Seca® 354, Alemania). Se definió «recién nacido macrosoma» aquel neonato con peso mayor o igual a 4.000g. En el estudio se refiere «hipoglucemia» a aquella que precisa de ingreso hospitalario. De forma protocolaria se hacen controles glucémicos en todos los recién nacidos macrosomas, HMD, y otros grupos de riesgo, con aparatos de glucemia capilar. De forma horaria en las primeras 4h, y posteriormente cada 2-3h en las primeras 24h. Si es asintomática y tiene cifras menores de 25 mg/dl, se facilita una toma de fórmula artificial, y si a la hora no aumenta la cifra de glucemia, se ingresa para recibir una perfusión intravenosa. Si queda entre 25-40 mg/dl, se facilita otra toma de fórmula, y si a la hora no es mayor de 40 mg/dl se ingresa. Tras las primeras 4h, no se admiten cifras menores de 35 mg/dl en las primeras 24h, facilitando tomas de fórmula o leche materna, y repitiendo 1h después, ingresando a aquellos niños que no superan los 35 mg, y volviendo a facilitar otra toma en aquellos entre 35-45 mg/dl, con comprobación posterior de los niveles mayores de 45 mg/dl. En todos los casos en los que hay clínica compatible con hipoglucemia y

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5584331>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5584331>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)