



DIABETES GESTACIONAL

BOLETIN 001 – JUNIO 2024

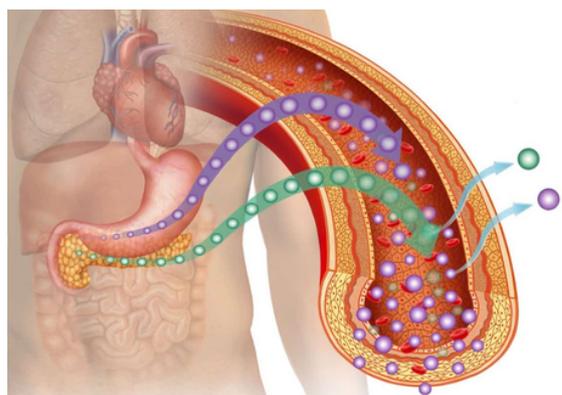
SECCIÓN MEDICINA MATERNO FETAL



DEFINICIÓN:

Patología metabólica caracterizada por una disminución de la tolerancia a los carbohidratos, alterando los niveles de glucosa en sangre y que es reconocida por primera vez durante la gestación.

Independientemente del grado de trastorno metabólico o su persistencia en el posparto es necesario reclasificar dicha patología al finalizar la gestación.



PATOGENIA:

En el 2do. trimestre:

- Aumentan las demandas energéticas, así como de insulina, necesarias para producir el aumento corporal.
- Disminuye la tolerancia a la glucosa.
- Aumenta la resistencia periférica a la insulina.

FACTORES DE RIESGO:

La Obesidad es uno de los principales factores de riesgo a considerar, edad materna avanzada (>35 años), aumento de peso excesivo en la gestación, embarazos múltiples, hábito tabáquico, sedentarismo, factores genéticos y/o familiares de diabetes tipo II.



DIAGNÓSTICO:

EN PRIMER TRIMESTRE: (mediante glicemia basal)

- Glicemia en 92 - 125 mg/dL se considera anormal, ameritando prueba confirmatoria en segundo trimestre (curva de tolerancia a la glucosa (CTOG)).
- Glicemia \geq 126 mg/dL se considera asociar diagnóstico de Diabetes Mellitus.

EN SEGUNDO TRIMESTRE: Cribaje universal

- Semana 24 a 28 de gestación.
- Se realiza con carga de tolerancia oral a la glucosa (CTOG) con 75 gramos.
- Se realizan tres tomas de glicemia (ayuna, 1 hora y 2 horas).
- La paciente debe catalogarse como Diabetes Gestacional si cursa con las siguientes glicemias: (cuadro 1)

CUADRO 1

Ayunas: \geq 92 mg/dL

1 hora: \geq 180 mg/dL

2 horas: \geq 153 mg/dL

Glicemia A1C: \geq 6.5%

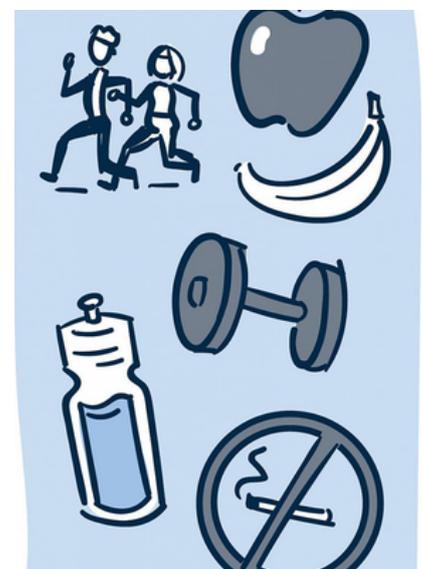
¿CUÁL ES SU IMPORTANCIA DURANTE LA GESTACIÓN?:

Cursar con la patología aumenta los riesgos a **corto plazo** de cursar con: Preeclampsia, macrosomía, polihidramnios, óbito fetal, morbilidad neonatal; a **largo plazo** aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitus II, así como aumento de enfermedades metabólicas en la descendencia.

¿CUÁL ES EL CONTROL METABÓLICO QUE DEBEMOS LOGRAR?:

Para evitar las complicaciones obstétricas y perinatales debemos manejar valores óptimos de glicemia capilar:

- Basal: $<$ 95 mg/dL
- 1 hora: $<$ 140 mg/dL (pospandrial)
- 2 horas: $<$ 120 mg/dL (pospandrial)



¿CÓMO PODEMOS LOGRAR EL CONTROL METABÓLICO?

DIETA

Sólo con la dieta el 70 - 80 % de las pacientes estarán **normoglicémicas** durante la gestación.

- 40-50% hidratos de carbono
- 20% proteínas
- 30-40% grasas monoinsaturadas preferiblemente

Frecuencia:

- comidas principales: 3
- 2-4 meriendas

EJERCICIO

Aumenta el consumo de glucosa y mejora la sensibilidad a la insulina.

Se recomiendan 30 min al día de ejercicio aerobio leve a moderado durante 5 días a la semana.

Si no se consiguen los objetivos del control metabólico, a pesar de la dieta y el ejercicio, se debe asociar tratamiento farmacológico.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

INSULINA:



- Tratamiento de primera elección, ya que no cruza la barrera placentaria reduciendo la morbilidad materno-fetal.
- Pueden usarse diferentes tipos de insulina: De acción rápida (Lispro, Aspart), insulinas humanas (Cristalina, NPH), de acción lenta (Glargina, Detemir).
- Dosis de inicio: 0.2 UI/Kg/día. lo cual debe ser dividida: 70% acción rápida y 30% acción lenta (y/o NPH).

HIPOGLICEMIANTE ORALES: METFORMINA

- Atraviesa la barrera placentaria, se desconoce su efecto a largo plazo.
- Uso en pacientes que no cumplen con las condiciones para administrarse la insulina correctamente o tienen rechazo a la misma.
- Dosis de inicio 500 - 850 mg VO OD (pm), con aumento progresivo (según requerimientos).
- Dosis máxima: 2.500 - 3.000 mg / día.



SEGUIMIENTO DE LA GESTACIÓN:

- **PACIENTES CON BUEN CONTROL METABÓLICO:** Seguimiento habitual.
- **PACIENTES CON MAL CONTROL METABÓLICO ◦ TRATAMIENTO INSULÍNICO:** Seguimiento estricto y frecuente de la gestación, vigilancia de hiper e hipoglicemias, crecimiento fetal, índice de líquido amniótico y complicaciones asociadas.

“Luego del diagnóstico, entre la semana 28 - 30 se debe realizar ultrasonido para seguimiento del crecimiento fetal, probable macrosomía.

Realizar ultrasonido en la semana 37 puede ayudar en la determinación del peso fetal y posible vía de finalización de la gestación.

FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN:

Dependerá del control metabólico de la gestante

- **Buen control metabólico:**
 - Finalización antes de la semana 40.
- **Mal control metabólico:**
 - Finalización a partir de la semana 37.

La vía de finalización dependerá de las condiciones maternas y fetales.

SEGUIMIENTO POSPARTO:

- Reclasificar metabólicamente a la paciente posterior a las 8 semanas posnatales.
- Realizar CTOG (75gr) con puntos de cohorte de acuerdo a la población NO gestante y de periodicidad anual.
- Informar sobre el riesgo de DG tipo II, enfermedad cardiovascular o síndrome metabólico posterior a la gestación por tanto es necesario mejorar el estilo de vida, principalmente pensando en gestaciones futuras.



BIBLIOGRAFÍA

