

DIABETES GESTACIONAL

Grupo de Diabetes de la SAMFyC

La diabetes es la condición patológica que con mayor frecuencia complica el embarazo, con influencia en el futuro de la mujer y su hijo/a. El 0'3% de las mujeres en edad fértil son diabéticas. En el 0'2-0'3% de todos los embarazos se conoce que la mujer ha tenido diabetes previa a la gestación, y la diabetes gestacional complica el 1-14% de los embarazos. La mayor parte de estas complicaciones pueden ser reducidas al nivel de la población general mediante una atención médica adecuada.

La diabetes gestacional es aquella diabetes que se diagnostica por vez primera en la gestación actual. Afecta al 3-5% de todas las embarazadas, y en el 80% de los casos parece deberse a una deficiente respuesta pancreática, incapaz de compensar la insulín-resistencia fisiológica del embarazo; en el otro 20% parece haber un incremento de la insulín-resistencia con respecto al embarazo normal, bien a nivel de receptor insulínico, bien a nivel postreceptor, que no es adecuadamente compensada por una respuesta pancreática normal.

• Efectos sobre el bebé:

- Está incrementado el riesgo de macrosomía, con los problemas obstétricos asociados.

- En algunos estudios se ha sugerido que también está aumentado el riesgo de malformaciones, probablemente por la influencia en etapas precoces de una Alteración de la Tolerancia a la Glucosa existente previamente a la gestación y no conocida.

• Efectos sobre la madre: la mujer con Diabetes Gestacional tiene a corto, medio y largo plazo un riesgo incrementado de padecer una Diabetes Mellitus, y datos recientes apuntan a un mayor riesgo de hipertensión, dislipemia y enfermedad cardiovascular.

Recomendaciones

Cribado

- Está indicado en la mujer embarazada con factores de riesgo, a las 24-28 semanas de gestación. Actualmente se recomienda no realizar el cribado en la mujer de bajo riesgo (edad inferior a 25

años, normopeso, no antecedentes familiares de diabetes, no pertenencia a grupo étnico* con alta prevalencia de diabetes).

- En mujeres con elevado riesgo (edad superior a 35 años, antecedentes de Diabetes Gestacional, obesidad, glucosuria, fuertes antecedentes familiares de Diabetes en primer grado, malos antecedentes obstétricos, presencia en gestación actual de hidramnios o feto macrosómico en estudio ecográfico) se recomienda realizarlo en el primer contacto con el equipo de salud. Se repetirá a las semanas 24-28 y a las 32-36, siempre que no se confirme el diagnóstico de Diabetes Gestacional.

- Se utiliza el test de O'Sullivan con 50 gr. de glucosa, y determinación de la glucemia a la siguiente hora (independientemente de la hora del día y de la hora de la última comida).

• Un valor ≥ 140 mg/dl en plasma venoso señala a las gestantes riesgo de Diabetes Gestacional, por lo que hay que realizar la prueba diagnóstica.

Nota: no se ha demostrado gran beneficio del cribado universal en relación con la disminución de las complicaciones perinatales. Por recomendaciones de Consensos de expertos (4ª International Workshop on Gestational Diabetes, American Diabetes Association, OMS), asumimos el cribado selectivo.

Diagnóstico

- Se realiza cuando el test de cribado es positivo.

- Es muy importante la estandarización de la prueba:

• Debe tomar dieta normocalórica con un aporte mínimo de 150-200 gr. de carbohidratos desde tres días antes.

• Debe realizarse a primera hora de la mañana, tras ayuno de 10-12 horas.

• La paciente debe permanecer en reposo y sin fumar las tres horas que dura la prueba.

- Se utiliza la Sobrecarga Oral de 100 gr. de glucosa.

- Se realizan determinaciones de glucemia basal a las 1, 2 y 3 horas de la sobrecarga de glucosa. Es recomendable

la determinación en plasma venoso con métodos enzimáticos.

- Se realiza el diagnóstico de Diabetes Gestacional si dos o más valores son iguales o superiores a los indicados en la tabla siguiente:

Tiempo	Glucemia en plasma venoso (mg/l)	Glucemia en sangre total (mg/l)
Basal	105	90
1 hora	190	165
2 horas	165	145
3 horas	145	125

- Algunos autores hablan de otra categoría clínica, la Intolerancia Hidrocarbonada Gestacional cuando no se cumplen criterios para el diagnóstico de Diabetes Gestacional, pero el valor de las dos horas es > 120 mg/l.

- Otros autores hablan de Intolerancia Hidrocarbonada Gestacional cuando sólo uno de los valores es igual o superior a cualquiera de los descritos en la tabla. Parece que pueda tener relación con una mayor morbilidad neonatal.

Tratamiento

- El pilar fundamental del tratamiento de la Diabetes Gestacional es la Dieta. Se recomienda utilizar 30-35 kcal/kg de peso ideal/día (si la paciente es obesa, no superar las 30 kcal/kg de peso ideal/día).

- La paciente debe autoanalizar los niveles de glucemia pre y postprandial al menos un día en semana. Si con el tratamiento dietético la glucemia basal es superior a 105 mg/dl y/o la postprandial es superior a 120 mg/dl en dos o más ocasiones, se indica tratamiento insulínico.

- Los hipoglucemiantes orales están contraindicados, ya que atraviesan la barrera placentaria y pueden incrementar el hiperinsulinismo fetal (favoreciendo el desarrollo de macrosomía fetal e hipoglucemia neonatales) y por su posible acción teratógena.

- La insulina recomendada es la humana, para disminuir la posibilidad de



Fotografía: Editorial OB STARE

problemas en relación con la formación de anticuerpos. Con respecto a la dosis de insulina, no existe unanimidad. Se recomienda utilizar 0'2-0'5 UI/kg/día, repartidos en dos dosis de insulina intermedia (2/3 antes del desayuno y 1/3 antes de la cena), a la que se deberá añadir insulina regular (3-6 UI, aproximadamente) si en los sucesivos controles las glucemias postprandiales son superiores a 120 mg/dl.

- Ajuste de dosis: aunque no siempre los problemas neonatales se correlacionan con los perfiles glucémicos durante la gestación, y parece que otros factores estén implicados (como edad, obesidad, ganancia ponderal y otras alteraciones metabólicas), en la actualidad debemos basarnos en las glucemias pre y postprandiales para realizar los ajustes de tratamiento, por lo que se recomienda la realización de un perfil de cuatro puntos: 1 punto pre y 3 a las 2 horas postprandial al menos una vez en semana.

Seguimiento

- El seguimiento de la diabética gestacional se puede asumir en Atención Primaria siempre que estén en marcha el Programa de Diabetes y el de Embarazo y exista una buena coordinación con el obstetra.

- Se recomienda una vigilancia periódica cada quince días, valorando el control glucémico, la tensión arterial, el peso y la presencia de edemas, aparte de los controles clínicos y analíticos

convencionales de todo embarazo.

- Se realizarán controles mensuales de la hemoglobina glucosilada como método complementario de valoración del control glucémico.

Postparto

- **Reclasificación:** puesto que existe un elevado riesgo de desarrollar diabetes a corto, medio y largo plazo, es fundamental en el postparto reclasificar a estas pacientes para tratar de detectar precozmente aquéllas que quedan con algún grado de afectación en la tolerancia hidrocarbonada. Para ello se utiliza la Sobrecarga de 75 gr. de glucosa con determinaciones basal y a los 120' pasados unos tres meses del parto y fuera del período de lactancia. Siempre que la curva de glucemia sea normal, está indicada la vigilancia cada 3-5 años.

- **Control de peso y de factores de riesgo:** en un intento de prevención primaria de la Diabetes.

- **Anticoncepción:** es fundamental elegir un método que no altere la tolerancia hidrocarbonada y que sea eficaz para que, en caso de desear una nueva gestación, pueda elegirse un momento oportuno desde el punto de vista metabólico.

- **Información:** es fundamental informar a estas pacientes sobre el riesgo de diabetes gestacional en futuras gestaciones para tratar de realizar, en su caso, un diagnóstico precoz. Así mismo, hay que informar del riesgo de diabetes en un plazo más o menos largo, para

controlar los factores de riesgo en la medida de lo posible (fundamentalmente el peso).

Principios educativos

a) Comunicar el diagnóstico y el significado de la diabetes gestacional. Riesgos existentes para el feto y para la madre, y posibilidades de control.

b) Hábitos saludables: dieta equilibrada, ejercicio y evitar tabaco y alcohol.

c) Autoanálisis de glucemia y cetonuria: qué es, para qué sirve, técnicas.

d) Insulina: qué es, indicaciones, tipos. En pacientes insulinizadas, técnica de inyección.

e) Riesgo en futuros embarazos. Programación de futuros embarazos. Métodos anticonceptivos.

f) Riesgo de diabetes en el futuro. Evaluación postparto con cribado de diabetes.

g) Importancia de la lactancia materna.

*Nota editorial: los grupos étnicos considerados con alta prevalencia en diabetes son:

- Afroamericanos.
- Hispanoamericanos (Chile, Argentina y Uruguay).
- Nativos americanos.
- Asiáticos emigrados a Norteamérica.
- Habitantes de las islas del Pacífico.
- Nórdicos.
- Japoneses.

BIBLIOGRAFÍA

- American Diabetes Association. Diabetes Info: *Gestational Diabetes*.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Periodic Health Examination, 1992 update 1: *Screening for gestational diabetes mellitus*. Can Med Assoc J, 1992; 147: 435-443.
- Corcoy, R.: *Guía para la gestante con Diabetes. Monografías en Diabetes*. Director serie: Alberto de Leiva. Novocare, 1992.
- Fernández Fernández, I. y Borrego Fernández, M.J.: *Diabetes y Embarazo en Atención Primaria*. Clínica Rural, 1992; 373: 25-35.
- Fernández Fernández, I. y Durán García, S.: *Diabetes Gestacional: situación actual*. Med Clin (Barc), 1989; 93: 348-355.
- Fernández Fernández, I.; Costa Mestanza, C.I.; Griera Borrás, J.L.; Guillén Bouza, R. y Durán García, S.: *Estudio de la tolerancia a la glucosa en los doce meses postparto en pacientes con Diabetes Gestacional*. Med Clin (Barc), 1992; 99: 47-51.
- Grupo Español de Diabetes y Embarazo: *Diabetes Mellitus y Embarazo*. Guía asistencial, 1995.
- National Institute of Health. National Institute of Child Health and Human Development: *A Practical Guide to a Healthy Pregnancy*.
- Steel, J.M. y Johnstone, F.D.: *Guidelines for the management of insulin-dependent Diabetes Mellitus in Pregnancy*. Drugs, 1996; 52: 60-70.
- Tamás, G.; Hadden, D.R.; Molsted-Pedersen, L.; Weiss, P.; Leiva, A.; Tomazic, M.; Baranyi, E. y Kerényi, Z.: *WHO-IDF Guidelines for care and management of the pregnant diabetic women*. Avances en Diabetología, 1992; 5 (suppl 3): 43-46.
- The March of Dimes Birth Defects Foundation: *Diabetes in Pregnancy*, 1993.
- U.S. Task Force Guide to Clinical Preventive Services: *Screening for Diabetes Mellitus* 2ª ed., 1996.