

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

(GESTATIONAL DIABETES)

Revista Médica Sinergia

ISSN 2215-4523

Vol.2 Num:2

Febrero 2018 pp:6 - 9

* Leidy Vásquez Valerio

RESUMEN

La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas cuyos resultados comunes son la hiperglucemia, con los síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, pérdida de peso inexplicable de otro modo), problemas de visión y la susceptibilidad a las infecciones, cetoacidosis o síndrome hiperosmolar no cetoacidótico con riesgo de coma. La hiperglucemia crónica conduce a alteraciones de la secreción y / o acción de la insulina, además se asocia con daño a largo plazo, los trastornos funcionales de diversos tejidos y órganos.

DESCRIPTORES

Diabetes mellitus, gestación, hiperglucemia, glucosuria, embarazo.

SUMMARY

Diabetes mellitus is a group of metabolic diseases whose common results are hyperglycemia, with classic symptoms (polyuria, polydipsia, otherwise unexplained weight loss), vision problems and susceptibility to infections, ketoacidosis or non-ketoacidotic hyperosmolar syndrome with risk of coma. Chronic hyperglycemia leads to alterations in the secretion and / or action of insulin, in addition it is associated with long-term damage, functional disorders of various tissues and organs.

KEYWORDS

Diabetes mellitus, pregnancy, hyperglycemia, glucosuria, pregnancy.

*Médico General.
Universidad Internacional de
las Américas (UIA). San
José- Costa Rica.

INTRODUCCION

Diabetes mellitus gestacional (DMG) está definido por el OMS como cualquier grado de intolerancia a la glucosa iniciado o reconocido por primera vez durante embarazo. Esta patología es una de las complicaciones más comunes del embarazo, asociado con una serie de resultados adversos, incluyendo aborto espontáneo, crecimiento fetal excesivo, trauma del nacimiento, y anomalías metabólicas neonatales. Además, las mujeres que han estado expuestas a

diabetes mellitus durante embarazo tienen alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, hipertensión crónica y enfermedad vascular en un futuro.

FISIOPATOLOGIA

El aumento de la concentración de las hormonas del embarazo, incluyendo estrógenos y progestágenos, conduce a menores concentraciones de glucosa en ayunas, retraso en el vaciado gástrico y aumento del apetito. A medida que avanza la gestación, las concentraciones postprandiales de glucosa aumentan

constantemente. Para mantener el control adecuado de la glucosa en el embarazo, las células β pancreáticas de la madre tienen que aumentar la insulina suficiente para contrarrestar la caída correspondiente de la sensibilidad de los tejidos a la insulina. Por alguna razón, las mujeres embarazadas que desarrollan DMG son incapaces de aumentar la producción de insulina para compensar el aumento de resistencia a esta. Defectos post-receptor en la cascada de señalización de insulina parecen estar implicados en el desarrollo de la resistencia a la insulina.

EPIDEMIOLOGIA

En el 2000, alrededor de 171 millones de personas en todo el mundo tenían algún tipo de diabetes. Para el año 2030, se estima que 361 millones de personas estarán afectadas por esta condición.

Muchas de las mujeres que son diagnosticadas con diabetes durante el embarazo son clasificadas como diabetes gestacional aunque tengan diabetes pregestacional. Esta distinción es crucial porque la diabetes pregestacional se asocia con consecuencias más graves para el feto que la diabetes en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Las mujeres con diabetes pregestacional que quedan embarazadas corren un mayor riesgo de dar a luz un bebé con un grave defecto de nacimiento, incluyendo cardíacos, neurológicos, y anomalías vasculares.

DIAGNOSTICO

Tradicionalmente, la DMG se ha definido como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o reconoce por vez primera durante el embarazo. El sello distintivo es la resistencia a la insulina.

El diagnóstico es por curva de tolerancia a la glucosa oral, para este se administra 100 g de glucosa, por la mañana, después de 8 a 14 horas de ayuno nocturno. Una recomendación para estandarizar internacionalmente la carga es que todas las embarazadas no diabéticas sean evaluadas entre las 24 y 28 semanas con una curva de tolerancia a la glucosa oral de 75 g.

Los resultados para la prueba de tolerancia a la glucosa con 100g deben ser:

- Ayunas: 95 mg/dL
- Una hora: 180 mg/dL
- Dos horas: 155 mg/dL
- Tres horas: 140 mg/dL

FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes de diabetes gestacional.
- Una prueba de intolerancia a la glucosa positiva en un embarazo previo.
- Glucosuria.
- Antecedentes familiares de primer grado de diabetes tipo 2 o diabetes gestacional, o antecedentes de fallecimiento fetal inexplicable.
- Mujeres embarazadas mayores de 24 años.
- Obesidad.

PREVENCION

Para las mujeres que tienen alteración en la curva de tolerancia a la glucosa oral fuera de la lactancia, además de la dieta y ejercicio puede ofrecerse farmacoterapia con acarbosa, metformina o tiazolidindionas. Aunque no es concluyente el tratamiento para la glucosa alterada en

ayunas, el seguimiento está justificado ya que predice el riesgo de desarrollar alteración en la curva de tolerancia a la glucosa oral o diabetes mellitus tipo 2.

TRATAMIENTO

Actualmente no hay duda de que el tratamiento de la hiperglucemia aun en casos leves que no reúnen criterio de diabetes reduce significativamente la tasa de resultados adversos perinatales y maternos.

En la actualidad, el ejercicio forma parte del manejo de la DMG. Se ha observado que puede prevenir y limitar la morbilidad materna y fetal como preeclampsia y macrosomía fetal, normalizar la glucemia de ayuno, disminuir los requerimientos de insulina en pacientes obesas, reducir la ganancia de peso durante el embarazo, disminuir los factores de riesgo cardiovasculares. No hay un ejercicio específico, puede ser de tipo recreativo, de brazos, de resistencia, caminata rápida, en banda giratoria o natación, siempre que no implique brincar. El American Congress of Obstetricians and Gynecologists recomienda, en ausencia de contraindicación obstétrica, 30 minutos de ejercicio moderado al día si es posible todos los días. La paciente debe vigilar la actividad fetal y su glucemia antes y después del ejercicio y limitar la actividad física a 30 minutos.

El tratamiento de mujeres con GDM se centra en lograr un control riguroso de las

concentraciones de sangre en glucosa y así minimizar el riesgo de complicaciones maternas y fetales. Al momento del diagnóstico, debe ofrecerse orientación dietética y las pacientes deben someterse a una dieta diabética de 1 800-2 400 kcal/d.

Se recomienda a las pacientes que inicien el automonitoreo en casa midiendo sus concentraciones de glucosa en ayunas, postprandial de 1 o 2 horas y por la noche con un glucómetro. Las concentraciones de glucosa optimas durante el embarazo son de 70-95 mg/dl en ayunas, postprandiales de una hora de <130-140 mg/dl y postprandiales de dos horas <120 mg/dl. Cuando los valores postprandiales superan las metas, es importante realizar una revisión de todos los alimentos ingeridos. Si no puede lograrse la normoglucemia únicamente con dieta y ejercicio, debe añadirse un medicamento.

El tratamiento de la GDM que no ha logrado resultados positivos tan solo con la modificación dietética típicamente se inicia con insulina como elección de primera línea. No obstante, un número de estudios ha demostrado que los hipoglucemiantes orales tales como la gliburida y la metformina son eficaces para lograr el control glucémico con un perfil de seguridad favorable para el feto. La gliburida, se categoriza de manera distinta como clase B o C de riesgo para el embarazo. La gliburida debe iniciarse a una dosis de 2.5-5 mg/d y ajustarse en forma gradual hasta un máximo de 20 mg/d para lograr un control óptimo de la glucosa en sangre.

BIBLIOGRAFIA

- Alan H. DeCherney, Lauren Nathan, Neri Laufer, Ashley S. Roman. (2013). Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos . Mexico: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A de C.V.
- E Albert Reece, Gustavo Leguizamón, Arnon Wiznitzer. (2009). Gestational diabetes: the need for a common ground. Elsevier Inc., 1789,1791.

- Michael Roden. (2009). Diabetes mellitus – Definition, classification und Diagnose. The Middle European Journal of Medicine, 5.
- Reinaldo Alberto Sánchez Turcios, Eugenia Hernández López. (2011). Diabetes mellitus gestacional. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 504,505,508.
- Ying Yang, Qian Li, Qianqian Wang and Xu Ma. (2015). Thyroid antibodies and gestational diabetes mellitus: a meta-analysis. Elsevier Inc., 665..

Recepción: 30 Diciembre de 2017

Aprobación: 10 Enero de 2017