



Protocolo diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes en el embarazo

D. Tundidor Rengel, A. García Patterson y R. Corcoy Pla*

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Palabras Clave:

- Diabetes
- Embarazo
- Seguimiento

Keywords:

- Diabetes
- Pregnancy
- Management

Resumen

Introducción. La diabetes es la alteración metabólica que con más frecuencia se asocia a la gestación. La morbimortalidad maternofetal disminuye con un adecuado control metabólico y vigilancia obstétrica.

Etiopatogenia. La modificación fisiológica más característica de la homeostasis de la glucosa en el embarazo es el incremento de la resistencia a la insulina en el segundo/tercer trimestre. La secreción insulínica presenta modificaciones paralelas.

Diagnóstico. Diabetes pregestacional: criterios estándar de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o de la *American Diabetes Association* (ADA). Diabetes gestacional: criterios del *National Diabetes Data Group* (NDDG) recomendados por el Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE).

Tratamiento. Dieta, ejercicio y tratamiento farmacológico según cada caso. Diabetes mellitus tipo 1 pregestacional: múltiples dosis de insulina en pauta bolo-basal o infusión subcutánea continua de insulina. Diabetes mellitus tipo 2 pregestacional y diabetes gestacional: iniciar insulina si no se cumplen los objetivos de control glucémico.

Abstract

Diagnosis, treatment and management of diabetes in pregnancy

Introduction. Diabetes is the metabolic disorder that is most often associated with pregnancy. Maternal and foetal morbidity and mortality decrease with adequate metabolic control and obstetric surveillance.

Etiopathogenesis. The most characteristic physiological modification of glucose homeostasis in pregnancy is an increase in insulin resistance in 2nd and 3rd trimesters. Insulin secretion undergoes parallel changes.

Diagnosis. Pregestational diabetes: standard criteria of the World Health Organization (WHO) or American Diabetes Association (ADA). Gestational diabetes: criteria of the National Diabetes Data Group (NDDG) as recommended by Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE).

Treatment. Nutrition therapy, physical activity and pharmacologic therapy according to each case. Pregestational type 1 diabetes: multiple-dose insulin injections (basal bolus) or insulin pump therapy. Pregestational type 2 diabetes and gestational diabetes: initiate insulin if glycemic goals are not achieved.

*Correspondencia
Correo electrónico: rcorcoy@santpau.cat

Introducción

La diabetes es la alteración metabólica que con más frecuencia se asocia a la gestación. Se relaciona con riesgos maternos, fetales y neonatales que son más habituales en los hijos de madre con diabetes pregestacional¹. La probabilidad de resultados adversos disminuye al optimizar el control glucémico.

El objetivo de este protocolo es sintetizar los principales aspectos sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes en el embarazo.

Epidemiología

Dos de cada 5 mujeres con diabetes están en edad fértil, lo cual representa 60 millones de mujeres a nivel mundial². Se estima que el 1% de todas las mujeres embarazadas presentan diabetes pregestacional (DMPG)¹, y que hasta el 12% de todas las mujeres embarazadas presentan diabetes gestacional (DMG)¹, dependiendo de la estrategia diagnóstica utilizada¹. La prevalencia en España es del 8,8% utilizando criterios diagnósticos del *National Diabetes Data Group* (NDDG) según datos de 2005³.

Los factores de riesgo para desarrollar DMG son: edad (aumento progresivo), etnia (afroamericana, asiático-americana, hispana, indio-americana), índice de masa corporal (aumento progresivo), antecedentes personales de DMG, resultados obstétricos previos que hagan sospechar una DMG previa (por ejemplo macrosomía) y antecedentes familiares de primer grado de diabetes¹.

Etiopatogenia

El embarazo se acompaña de cambios fisiológicos en la homeostasis de la glucosa como un característico aumento de la resistencia a la insulina en el segundo/tercer trimestre por la secreción de hormonas y citocinas placentarias (hormona de crecimiento, ACTH, lactógeno placentario, progesterona y factor de necrosis tumoral). A finales del primer trimestre-inicio del segundo, la sensibilidad a la insulina aumenta. La secreción insulínica presenta modificaciones paralelas. La concentración de hemoglobina glicosilada (HbA1c) disminuye debido al incremento en el recambio celular de los hematíes⁴.

Diabetes mellitus pregestacional

En mujeres con diabetes mellitus (DM) tipo 1 (DM1), las necesidades de insulina experimentan los cambios esperados por las modificaciones de la sensibilidad insulínica antes mencionadas. Además presentan un aumento al inicio de la gestación y una disminución al final del embarazo¹ (fig. 1). En mujeres con DM2, los cambios de sensibilidad insulínica y en los objetivos terapéuticos ocasionarán que la gran mayoría precise tratamiento insulínico.

Diabetes mellitus gestacional

Se desarrolla en mujeres cuya función pancreática es insuficiente para contrarrestar la resistencia a la insulina asociada a la gestación.

Manifestaciones clínicas

En la DMPG la sintomatología no difiere de la presentada en pacientes no gestantes.

La DMG, por lo general, no da síntomas pero en ocasiones se puede presentar con manifestaciones clásicas de la hiperglucemia (polidipsia, poliuria).

Diagnóstico

La DMPG se diagnostica antes del inicio del embarazo¹. Es recomendable descartar DM franca (glucemia basal igual o superior a 126 mg/dl y/o HbA1c igual o superior a 6,5%) en la primera visita prenatal en pacientes con factores de riesgo⁵.

La DMG es diagnosticada durante la gestación sin cumplir criterios de DM franca⁵ (fig. 1).

El cribado se realiza mediante la prueba de O'Sullivan entre las 24-28 semanas en pacientes sin diabetes conocida. También debe realizarse en el primer trimestre de gestantes de alto riesgo y en el tercer trimestre en pacientes no evaluadas previamente o con datos sugestivos de DMG como macrosomía o polihidramnios¹.

El diagnóstico se ha convertido en un tema controvertido tras la aparición de los nuevos criterios IADPSG (*International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group*)⁶ basados en los resultados del estudio HAPO (*Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes*). La controversia deriva de que los nuevos criterios no han sido testados en un ensayo clínico aleatorizado. El Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE) actualmente recomienda mantener los criterios del NDDG hasta disponer de datos sólidos que avalen la introducción de los nuevos criterios en nuestro medio³. La estrategia diagnóstica del NDDG está basada en 2 pasos y se requiere como mínimo 2 puntos alterados en la sobrecarga oral de glucosa.

Pronóstico

La diabetes en el embarazo aumenta el riesgo de resultados adversos a corto plazo como preeclampsia, aborto, muerte fetal intrauterina, parto pretérmino, cesárea, macrosomía/peso elevado para la edad gestacional, malformaciones congénitas, trauma obstétrico, hipoglucemia neonatal, hiperbilirrubinemia, poliglobulia, hipocalcemia y mortalidad perinatal. También aumenta el riesgo de obesidad y DM2 en la descendencia⁴.

La DMPG confiere mayor riesgo materno-fetal que la DMG. Las gestantes con DM1 tienen mayor riesgo de hipoglucemias, cetoacidosis y desarrollo o progresión de retino-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3804932>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3804932>

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