

TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO: ¿ALGO NUEVO?

TREATMENT OF DIABETES IN PREGNANCY: SOMETHING NEW?

DRA. GLORIA LÓPEZ S. (1)

(1) Diabetología. Medicina Interna. Hospital Clínico, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Email: glopezstewart@gmail.com

RESUMEN

La diabetes (DM) en embarazo es pregestacional (DPG), incluye a la diagnosticada en primer trimestre y gestacional (DG). La prevalencia DM creciente de obesidad y DM2 y embarazos tardíos, han aumentado la DG y DPG tipo 2. Persiste controversia en diagnóstico de DG. Las metas glucídicas son más estrictas en la gestación.

Tratamiento en DPG: Programación del embarazo, buen control glicémico y complicaciones de su DM ausentes o tratadas. La DM1 intensifica la insulino terapia y la DM2 la inicia.

DG: Cambios de estilo de vida; monitoreo de glucosa capilar e insulina si no se alcanzan metas. La terapia es beneficiosa para madre e hijo. El uso de antidiabéticos orales es controvertido. La glibenclamida estaría contraindicada: más macrosomía e hipoglicemia neonatal. La metformina presenta ciertas ventajas inmediatas, pero más parto pretérmino y sin estudios de seguridad a mayores plazos. El trabajo en equipo, educación y prevención de DM en DG son claves.

Palabras clave: Diabetes. embarazo, tratamiento, monitoreo, antidiabéticos orales.

SUMMARY

Diabetes (DM) in pregnancy presents as pregestational (PGD) which includes both known DM and DM diagnosed during first trimester and gestational DM (GD). Increasing prevalence of obesity and type 2 diabetes and late pregnancies have increased DG and DPG type 2 DM. Controversy persists on DG diagnosis.

Treatment: Glycemic goals are stricter in pregnancy. Programming, crucial for newborn congenital malformation prevention in PGD. Detection and management of microvascular complications is necessary. Glucose control attained by intensification of insulin therapy in type1 or insulinization in type 2 results in fetopathy prevention.

GD treatment: Beneficial for mother and child. Lifestyle changes are the first step measure; capillary glucose monitoring; insulin if goals are not met. The use of oral agents persists controversial. Glibenclamide seems contraindicated: more macrosomia and neonatal hypoglycemia. Metformin: certain immediate advantages, longer follow up safety studies are needed. Teamwork, education and prevention of diabetes in GD are key.

Key words: Diabetes, pregnancy, treatment, glucose monitoring, oral antidiabetics.

INTRODUCCIÓN

La asociación de diabetes y embarazo ha sido objeto de estudio y atención debido a las particulares interacciones entre la gestación y el metabolismo glucídico en las mujeres no diabéticas y por el impacto bidireccional sobre el producto de la concepción y las complicaciones crónicas en las diabéticas que se embarazan, que son un desafío para el equipo profesional que las atiende. Los cambios epidemiológicos han conducido a un incremento abrupto y sostenido de los factores de riesgo de diabetes tipo 2:

sobrepeso y obesidad, sedentarismo, alimentación rica en grasas saturadas. El resultado ha sido alarmante en nuestro país con un aumento de la diabetes tipo 2 (DM2) cercano al 50% entre el 2003 y 2010. No se dispone de buenos estudios recientes sobre la prevalencia de diabetes gestacional, pero datos retrospectivos (1) muestran que su frecuencia va en ascenso, llegando a 24% en mujeres con IMC>25kg/m². Por décadas, el embarazo en una mujer diabética era sinónimo de diabetes tipo 1 (DM1) y por su baja prevalencia, constituían casos difíciles, más bien aislados y tratados sólo por especialistas. Además, la DM2 se presenta en edades tempranas, lo que unido al retraso en la edad del embarazo, ha determinado que el número absoluto y la proporción de DM2 en la gestación en muchos países, incluyendo el nuestro, haya superado ampliamente a la DM1 (2-5).

La incorporación de nuevas tecnologías ha permitido conocer mejor la normalidad y la variabilidad de la glucosa en distintas condiciones, tales como la gestación. Los datos aportados por estos dispositivos han reafirmado que mientras más cercano a la normalidad metabólica, mejores son los resultados en la madre y el hijo.

La diabetes pre gestacional (DPG) comprende a la DM1, DM2 y otros tipos de diabetes presentes antes del embarazo y para fines prácticos, también los casos de diabetes diagnosticados con los criterios de la población general en el primer trimestre.

No existe consenso acerca de los criterios diagnósticos y definición de la diabetes gestacional (DG) (6). Chile, NICE en el Reino Unido y la Asociación Latinoamericana de Diabetes (7-9) han coincidido, con algunos matices, en aceptar los niveles glicémicos de la población general OMS (10) en el embarazo. De este modo se califica como DG a la mujer que tiene glicemias de ayuno entre 100 y 125mg/dl en forma repetida en el primer trimestre y aquellas que siendo normales en el primer control, presentan entre la semana 24-28 una glicemia basal >100mg/dl y/o >140mg/dl a las 2hr de una carga de 75g de glucosa oral (PTGO); finalmente si entre la semana 30-33 se comprueban los valores señalados, al repetir la PTG por aparición de alteraciones sugerentes de DG, como macrosomía fetal, polihidroamnios o incremento excesivo de peso.

Tratamiento y control. El tratamiento de la DPG se inicia con la programación del embarazo. La confirmación de un embarazo no programado en una mujer diabética y el diagnóstico de diabetes mellitus en el primer control de una gestante, representan el fracaso del sistema de salud en esta área tan sensible.

El tratamiento de la DG debe considerar la detección oportuna del trastorno y una red de atención eficiente. Una premisa que se aplica a ambas situaciones, es que los tiempos son cruciales y que toda hiperglicemia durante el embarazo debe ser abordada como una urgencia.

Antes de describir las medidas terapéuticas, es necesario conocer las metas del control (Tabla 1) (11). Los estudios y sus resultados se basan en un monitoreo frecuente y diario, situación muchas veces distante de la realidad de los servicios, con controles de glicemia capilar periódicos, generalmente realizados durante la atención obstétrica de alto riesgo. Las metas pretenden acercarse a los valores normales del embarazo, que han variado de acuerdo con el avance del conocimiento, puesto que la gestación cursa con glicemias más bajas de lo que se creía, tanto que el promedio \pm DS en 250 embarazadas sanas con autocontrol frecuente o monitoreo continuo fue $71\pm 8; 109\pm 13; 99\pm 10$ mg/dl en ayunas, 1 y 2 horas posprandial, respectivamente. La glucosa media en 24 horas fue de 88 ± 10 mg/dl. Estos resultados llevaron a los autores a proponer metas posprandiales inferiores (12). La hemoglobina glicosilada (HbA1c) sufre cambios no bien conocidos durante el embarazo, como para precisar su normalidad. La mayoría de los factores producen un descenso (13). Por lo anterior, la meta del tratamiento de la DPG es <6%. La magnitud menor del trastorno de la DG, hace que NO sea de utilidad en el seguimiento de estas mujeres. En casos individuales, frente a alteraciones mayores, dudas sobre su pre existencia del trastorno y en protocolos de investigación, puede ser medida.

Las metas son relativamente fáciles de alcanzar y mantener en las DG y moderadamente dificultosas en DM2. En las pacientes con DM1 en cambio, resulta complejo, por lo que el médico y todo el equipo tratante, debe individualizar las metas: lo más

TABLA 1. METAS DE CONTROL DURANTE EL EMBARAZO

GLICEMIA CAPILAR	VALORES
Antes del desayuno	60-90mg/dl
Antes de otras comidas	60-105mg/dl
1 hora después de las comidas	<140mg/dl
2 horas después de las comidas	<120mg/dl
2:00 a 4:00 AM	>60mg/dl
Hemoglobina glicosilada A1c (DPG)*	<6%

*DPG: Diabetes Pre Gestacional.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3830020>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3830020>

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