

Diabetes y embarazo

Lucía A. Gortázar^a, Laura Mañé^a, Juan J. Chillarón^{a,b,c,*} y Juana A. Flores Le-Roux^{a,b,c}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital del Mar. Barcelona. España.

^bDepartament de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Cerdanyola del Vallès. Barcelona. España.

^cIMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques). Barcelona. España.

*Correo electrónico: JChillarón@parcdesalutmar.cat

Puntos clave

- La diabetes se presenta de forma relativamente frecuente durante la gestación y asocia un aumento de complicaciones materno-fetales, por lo que es imprescindible su correcto diagnóstico y tratamiento.
- En el primer trimestre se aconseja realizar cribado de diabetes preexistente, y entre las semanas 24 a 28, cribado en dos pasos de diabetes mellitus gestacional (DMG) con test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG) con 100 g de glucosa, empleando los criterios de la National Diabetes Data Group.
- En la diabetes mellitus pregestacional es recomendable mantener la anticoncepción hasta la optimización del control glucémico y el manejo de las comorbilidades.
- La evaluación preconcepcional de mujeres diabéticas debe incluir siempre una historia clínica y exploración física completas, la determinación analítica de HbA1c, función renal, alanina-aminotransferasa, aspartato aminotransferasa, función tiroidea y microalbuminuria, y la realización de un fondo de ojo.
- En mujeres con retinopatía proliferativa y deseo gestacional, debe realizarse tratamiento de forma preconcepcional.
- El tratamiento dietético, el ejercicio físico moderado y el mantenimiento del peso son los pasos terapéuticos iniciales en toda mujer diagnosticada de DMG.
- El tratamiento farmacológico de primera elección para mujeres que no alcancen el objetivo terapéutico únicamente con dieta es la insulina.
- Las mujeres con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en tratamiento con antidiabéticos orales y deseo gestacional deberán suspenderlos e instaurar tratamiento con insulina, preferiblemente de manera preconcepcional, para garantizar un control metabólico óptimo durante la etapa de organogénesis.
- Debido a la caída de la insulinoresistencia posparto, las mujeres con DMG podrán suspender el tratamiento hipoglucemiante, mientras que las mujeres con DM1 y DM2 insulinizadas deberán reducir al menos un 40-50% la dosis total de insulina o incluso suspenderla.
- Dado el riesgo de desarrollar DM2, las mujeres con antecedente de DMG deberían recibir pautas sobre el estilo de vida y realizar un TTOG de 75 g a las 6-12 semanas posparto que, si es normal, se repetirá cada 1-3 años.

Palabras clave: Diabetes • Gestación • Complicaciones obstétricas • Control metabólico.

Introducción

La diabetes mellitus es la enfermedad médica que con mayor frecuencia coincide con la gestación¹. El embarazo se acompaña de un aumento de la resistencia a la insulina mediado principalmente por la secreción placentaria de hormona del crecimiento, hormona liberadora de corticotropina, lactógeno placentario y progesterona que ayudan a asegurar la cantidad de nutrientes necesaria para el feto.

En los casos en los que la función pancreática materna es insuficiente para compensar la resistencia insulínica se produce la diabetes mellitus gestacional (DMG).

La diabetes gestacional se ha definido clásicamente como “cualquier grado de intolerancia a la glucosa diagnosticada por primera vez durante la gestación”², independientemente de que estuviera presente previamente. Sin embargo, paralelamente al aumento de la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), ha surgido la necesidad de identificar a las pa-

cientes con diabetes mellitus preexistente (ya que presentan un riesgo gestacional mayor y precisan un manejo diferente) mediante la realización de cribado a las mujeres con factores de riesgo para DM2³ o, incluso, a todas las mujeres⁴ en el primer trimestre de gestación.

La DMG se definiría por tanto como “la diabetes diagnosticada a partir del segundo o tercer trimestre de gestación, que no es ni diabetes mellitus tipo 1 (DM1) ni DM2”³.

La prevalencia de embarazos complicados por diabetes se estima a nivel mundial entre un 3% y un 25%⁵. En la mayoría de los casos se trata de mujeres con DMG, con una prevalencia estimada en nuestro medio entre un 3,3% y un 11,6%⁶, y una menor parte de los casos corresponden a gestantes con DM1 o DM2.

Asimismo, la DMG se asocia con el aumento de numerosas complicaciones materno-fetales. Constituye un factor de riesgo materno para el desarrollo de preeclampsia, hipertensión arterial, partos por cesárea y polihidramnios. El recién nacido presenta un riesgo aumentado de macrosomía, hipoglucemia, hiperinsulinemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, policitemia, distrés respiratorio al nacimiento, así como de distocia de hombros^{7,8}. Además, se asocia con un aumento de riesgo de DMG en siguientes embarazos y de desarrollo de DM2 posterior^{9,10}.

Por otra parte, en el caso de que exista hiperglucemia durante el primer trimestre de gestación (en los casos de diabetes mellitus previa), se produce además un aumento del riesgo de aborto y malformaciones congénitas¹¹.

El riesgo de resultados obstétricos adversos aumenta de forma lineal en relación con los niveles de glucemia materna¹². Estudios previos muestran que el tratamiento de la diabetes durante la gestación puede reducir el número de complicaciones materno-fetales^{13,14}.

Diagnóstico

Primer trimestre

Se aconseja realizar cribado de DM2 en paciente con factores de riesgo en el primer trimestre mediante la determinación de la glucemia basal y la HbA1c³, empleando los puntos de corte para el diagnóstico de DM2 fuera de gestación. Algunas guías sugieren la posibilidad de realización de cribado en el primer trimestre de forma universal⁴.

Semanas 24-28

El diagnóstico de DMG en el segundo trimestre de la gestación es un tema muy controvertido. No existe un consenso respecto al abordaje (cribado en un paso o dos pasos), la prueba diagnóstica a realizar (test de tolerancia oral a la glucosa o TTOG con 75 g o 100 g de glucosa), ni tampoco respecto a los criterios diagnósticos empleados para interpretar el TTOG. Estos se habían establecido clásicamente en fun-

ción del riesgo materno de desarrollar DM2 posteriormente a la gestación. Sin embargo, con la realización del estudio Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes (HAPO) se demostró que existía una relación lineal entre las cifras de glucemia y el aumento de riesgo de macrosomía e hiperinsulinismo fetal¹². A partir de los resultados de este estudio, la International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) estableció unos nuevos criterios diagnósticos para el diagnóstico de DMG mediante la realización de un cribado en un paso con un TTOG de 75 g de glucosa. No obstante, la utilización de estos criterios diagnósticos conlleva un aumento en la prevalencia de DMG¹⁵ y los estudios que hasta la fecha han evaluado el beneficio clínico y el coste-efectividad de este tipo de abordaje muestran evidencia dispar. En nuestro medio, se ha considerado que no existe evidencia suficiente para la adopción de estos criterios y se realiza un diagnóstico en dos pasos con los criterios de la National Diabetes Data Group (NDDG)¹⁶. De esta manera se realiza:

1. Test de O’Sullivan. Se administran 50 g de glucosa y se determina la glucemia una hora después. A aquellas mujeres con glucemia \geq 140 mg/dl a la hora se les realiza un TTOG en un segundo tiempo.

2. TTOG. Se requiere un periodo de 10-12 horas de ayuno y realizar una dieta rica en hidratos de carbono los 3 días previos. Se administran 100 g de glucosa y se determina la glucemia basal tras 1, 2 y 3 horas. En la tabla 1 se recogen los criterios diagnósticos de DMG según la NDDG. Se necesitan al menos dos valores patológicos para establecer el diagnóstico de DMG; en caso de un solo valor alterado se recomienda repetir la prueba en un plazo de 3 semanas aproximadamente.

TABLA 1. Criterios diagnósticos de diabetes gestacional

	NDDG mg/dl (mmol/l)	IADPSG mg/dl (mmol/l)
Cribado	En dos pasos	En un solo paso
TTOG	100 g	75 g
Basal	105 (5,8)	92 (5,1)
1 h	190 (10,6)	180 (10)
2 h	165 (9,2)	153 (8,3)
3 h	145 (8,1)	–
	Glucemia \geq dos puntos de la curva	Glucemia \geq un punto de la curva
IADPSG: The International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups; NDDG: National Diabetes Data Group; TTOG: Test de tolerancia oral a la glucosa.		

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5679253>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5679253>

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