

Secretaría de Salud de Tlaxcala
Dirección de Servicios de Salud
Jefatura de Epidemiología

Volumen 1, nº 45

2016



Boletín Epidemiológico
Diabetes Gestacional,
Tlaxcala

Diabetes Gestacional

La diabetes gestacional se caracteriza por hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, y de padecer diabetes de tipo 2 en el futuro.



Suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas.

Según la Organización Mundial de la Salud la diabetes mellitus (DM) es el tercer problema de salud pública más importante en el mundo, en donde la diabetes gestacional hace parte de uno de los cuatro grupos de esta patología; los otros grupos son la diabetes tipo 1 (DM1), la diabetes tipo 2 (DM2) y otros tipos específicos de diabetes.



La OMS identifica a la diabetes gestacional DG, como una hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo y que se presume es inducida por este. En rigor, el término se aplica a cualquier grado de intolerancia a los hidratos de carbono de intensidad variable, de comienzo o primer reconocimiento durante la gestación, independientemente de la necesidad de tratamiento insulínico, grado del trastorno metabólico o su persistencia una vez finalizado el embarazo.

Aun cuando no se disponen de mayores cifras, se estima que la diabetes gestacional tiene una incidencia que va de un 3 al 10%, siendo de interés para las autoridades sanitarias en la medida en que su presencia genera riesgo de efectos adversos maternos, fetales y neonatales que aumentan continuamente en función de la glucemia materna en las semanas 24 a 28, incluso dentro de los rangos que antes se consideraban normales para el embarazo.

Se considera que actualmente el 0.3% de las mujeres en edad fértil son diabéticas y entre 0.2 y 0.3% tienen diabetes previa al embarazo. La Detección y manejo de diabetes gestacional se manifiesta como complicación en el 5% de todos los embarazos aproximadamente

En muchos casos los niveles de glucosa en sangre retornan a la normalidad después del parto; sin embargo, a pesar que es reconocida la repercusión de la diabetes gestacional sobre el embarazo y efectos adversos para la madre, el feto o el neonato, el tema es aún novedoso en el ámbito científico.



La importancia de identificar el padecimiento radica en los siguientes puntos:

- 1.- Algunas mujeres gestantes presentan una hiperglucemia importante y requieren tratamiento insulínico de inmediato.
- 2.- Los fetos de madres hiperinsulínicas tienden a presentar macrosomía, además de alteraciones tales como: hipoglucemia neonatal, hipocalcemia, policitemia e hiperbilirrubinemia lo que se traduce en una mayor morbimortalidad perinatal.
- 3.- Los recién nacidos tienen tendencia a la obesidad, dislipidemia y diabetes en la edad adulta
- 4.- Las madres presentan una mayor incidencia de diabetes en años posteriores: entre un 25 y un 70 % de mujeres diabéticas gestacionales padecerán diabetes mellitus a los 25 años de seguimiento.

En la actualidad se clasifica a las embarazadas en dos grupos según su riesgo de desarrollar diabetes a lo largo del embarazo:

1. Gestantes de alto riesgo: son aquellas que presentan uno o más de los siguientes factores:

- ✓ Edad > 25 años
- ✓ Obesidad (IMC >30 Kg/m²), o aumento del 110% del peso ideal
- ✓ Macrosomía en partos anteriores (>4 Kg)
- ✓ Antecedentes personales de diabetes gestacional
- ✓ Antecedentes de DM en familiares en primer grado
- ✓ Historia personal de tolerancia anormal de la glucosa
- ✓ Síndrome de ovarios poliquístico – Acantosis – Hígado Graso
- ✓ Hipertensión esencial o relacionada con el embarazo
- ✓ Uso de Corticoides
- ✓ Peso fetal: > 4.1 kilos o < de 2.7 kilos
- ✓ Excesivo aumento de peso en el II y III Trimestre
- ✓ Antecedentes obstétricos, por ejemplo muerte fetal sin causa aparente.

2. Gestantes de riesgo moderado-bajo: son todas las que no tienen ninguno de los factores de riesgo anteriores.

Criterios diagnósticos:

- Glucemia en ayunas > o = a 126 mg/dL en dos ocasiones
- Glucemia plasmática casual > 200 mg/dL
- Prueba de tamiz con 50 g de glucosa resultado mayor o igual a 180 mg/dl en mayores de 30 años
- Curva de tolerancia a la glucosa con 75 g de glucosa en ayunas

La prueba de tamiz se debe realizar con una carga de 50 g de glucosa no importando la hora ni el tiempo de ayuno o posprandio (después de comer) se mide la glucosa a la hora y será positiva con un resultado mayor a 130 mg/dl requiriendo curva de tolerancia a la glucosa en dos ocasiones.

Se realiza prueba de tamiz entre la semana 24 y 28 de gestación en mujeres de moderado riesgo y en pacientes de alto riesgo que tuvieron resultado normal en la primera consulta prenatal.

En mujeres mayores de 30 años el resultado del tamiz mayor o igual a 170 mg/dl ya establece el diagnóstico de diabetes gestacional.

La curva de tolerancia a la glucemia se realiza entre la semana 24 a 28 de gestación en grupos de alto riesgo o en toda mujer que la prueba de tamiz presente valores entre 130-179 mg/dl

- Se evalúa la glicemia basal
- Se evalúa glicemia una hora después de la carga de glucosa
- Se evalúa glicemia después de dos horas.

Se declara positiva la prueba si al menos uno de estos valores excede el punto de corte prefijado para diagnóstico

Cuando el médico tratante identifica alguno de los factores de riesgo antes mencionados, deberá indicar a su paciente la prueba para determinar si se trata de un caso de diabetes gestacional e iniciar inmediatamente el tratamiento indicado.

El criterio para diabetes gestacional antes de la semana 2 es:

Glucemia en ayunas \geq o \leq 92 o $<$ de 126. Se asume que la gestante está en una condición de inicio de diabetes gestacional. No es necesaria prueba confirmatoria

La meta terapéutica de glucosa sanguínea durante el embarazo es glucemia central en ayuno entre 60-90 mg/dl y menor de 140 mg/dl 1 hora posprandial (después de comer) o menor a 120 mg/dl 2 horas después de comer

SALUD DE TLAXCALA

CALLE IGNACIO PICAZO NORTE No. 25
COL. CENTRO
SANTA ANA CHIAUTEMPAN, TLAXCALA
C.P. 90800

JEFATURA DE EPIDEMIOLOGÍA

TELEFONOS:
246 46 2 10 60
Ext: 8072 y 80 76
Directo: 246 46 2 53 23