DIABETES Y EMBARAZO. HOMEOSTASIS GLUCÉMICA Y DIABETES GESTACIONAL

Cristina López Tinoco. Profesora Contratada Doctora. Universidad de Cádiz. Especialista en Endocrinología y Nutrición.
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INiBICA).

Introducción

La DMG se define actualmente como la hiperglucemia diagnosticada por primera vez en el segundo o tercer trimestre de la gestación sin evidencia clara de una DM previa.

La prevalencia se sitúa actualmente entre el 7,6 % y el 12 % de todos los embarazos. Se estima que la prevalencia de DMG aumente en los próximos años debido al mayor número de gestantes que al comienzo del embarazo presenten sobrepeso u obesidad.

La fisiopatología de la DMG se basa en una capacidad insuficiente de la célula β para incrementar la secreción de insulina necesaria para contrarrestar la resistencia insulínica propia del embarazo.

La DMG implica complicaciones:

- **A corto plazo:**

Posibles complicaciones para la madre...	Posibles complicaciones para el feto...	Posibles complicaciones para el recién nacido...
HTA Preeclampsia Cesárea	Macrosomía Hidramnios	Distocia de hombros y Hipoglucemias

- **A medio y largo plazo:**

SINDROME METABÓLICO	DM2	ECV

Diagnóstico

Estrategia diagnóstica a seguir según el Grupo Español de Diabetes y Embarazo:

1.er trimestre
Factores de riesgo

2.º trimestre
Universal

3.er trimestre
(en cualquier momento)

OS: test de O'Sullivan. SOG: Sobrecarga oral de glucosa con 100 g.

Se considerarán gestantes de "alto riesgo" mujeres embarazadas con alguno de los siguientes factores:

- IMC ≥ 30 kg/m².
- Recién nacido previo con macrosomía (4,5 kg de peso o más).
- Antecedentes de DMG en embarazos previos.
- Historia familiar de DM en primer grado.
- Minorías étnicas con alta prevalencia de DM

Diagnóstico con SOG

Glucemias ≥ a los valores en al menos 2 puntos (tiempos).
Basal: 105 mg/dl
1 h: 190 mg/dl
2 h: 165 mg/dl
3 h: 145 mg/dl

Diagnóstico sin SOG

Dos glucemias basales ≥ 126 mg/dl (en días diferentes)
O una glucemia al azar ≥ 200 mg/dl

Enfoque terapéutico

La primera estrategia para el control de la DMG

↓

Cambios de estilo de vida: DIETA Y EJERCICIO

↓

- Lograr la normoglucemia.
- Prevenir la cetosis.
- Conseguir un aumento de peso adecuado a su IMC
- Contribuir al bienestar fetal y de la madre

La adherencia a la dieta mediterránea genera un efecto protector ante la DMG

Se debe promover este patrón de forma previa y durante el embarazo para proteger y mejorar la salud materna y fetal

- No se recomienda perder peso durante el embarazo.
- Se recomiendan dietas normocalóricas de 2000 kcal aprox. Nunca bajar de las 1600-1700 kcal al día en mujeres con sobrepeso u obesidad.
- En la siguiente tabla se resumen las recomendaciones de aporte calórico y ganancia ponderal recomendados en mujeres con DMG.

IMC pregestacional	Aporte calórico	Ganancia ponderal total
< 18,5 kg/m²	36 kcal/kg/día	12,5 - 18 kg
18,5 – 24,9 kg/m²	30 - 35 kcal/kg/día	9 - 13 kg
25 – 29,9 kg/m²	22 - 25 kcal/kg/día	6,8 – 11,4 kg
≥ 30 kg/m²	12 - 14 kcal/kg/día	< 6,8 kg
H. Carbono	**Proteínas**	**Lípidos**
- Deben ser de bajo índice glucémico - El consumo de fibra basado en verduras, frutas, cereales y legumbres será de 28 g/día para tener efecto positivo sobre la glucemia	- Se aconseja aumentar a 1,5 g/kg peso en la semana 36. - Especial atención a pescados y mariscos grandes por su alto contenido en mercurio	- Deben basarse en grasas de calidad como el aceite de oliva, frutos secos o aguacate - Reducir las grasas saturadas a un 7 %

- Los criterios de tratamiento farmacológico son:

- Tratamiento dietético y ejercicio físico correcto
- Si 2 o más controles en el plazo de 1 semana está ≥ 95 mg/dl en ayunas y ≥ 140 mg/dl o 120 mg/dl 2 h posprandiales.
- La biometría fetal está alterada (circunferencia abdominal fetal superior al percentil 75 para su edad gestacional)

Si la glucosa en ayunas está alta, insulina de acción intermedia (insulina NPH o detemir).
Iniciar con una dosis de 0,1-0,2 UI/kg/día.

Si posprandiales altas; insulinas de acción rápida rápida justo antes de las comidas (en casos de insulina aspart ultrarrápida), 10-15 min antes (en casos de insulina aspart y lispro).
La dosis de inicio puede ser de 0,7-1,5 UI (obesidad)/10 g de HC en el desayuno; 0,5-1 UI (obesidad)/10 g de HC en la comida y cena.

Es necesario estratificar el riesgo de mujeres con DMG para la progresión a DM2 mediante la realización de una SOG con 75 g con medición de glucemia a las 2 h durante las 4-12 semanas posparto y determinaciones cada 1 a 3 años de al menos glucemia basal y/o HbA1c.

SOG 75 g	NORMAL	RIESGO DE DIABETES	DIABETES
Glucemia basal	< 100 mg/dl	100-125 mg/dl GBA	≥ 126 mg/dl
Glucemia a las 2 h	< 140 mg/dl	140-199 mg/dl IG	≥ 200 mg/dl

SOG: sobrecarga oral de glucosa; GBA: glucemia basal alterada; IG: intolerancia a la glucosa.

No olvides...

1. La DMG es la enfermedad metabólica más frecuente en el embarazo.
2. En nuestra población se recomienda la estrategia diagnóstica en 2 pasos mediante la prueba de O'Sullivan y, si esta es positiva, confirmación con la SOG con 100 g siguiendo los criterios del *National Diabetes Data Group*.
3. El principal tratamiento consiste en cambios en el estilo de vida (dieta y ejercicio). Se iniciará tratamiento con insulina en el caso de control glucémico o biometría fetal alterada.
4. Es necesario estratificar el riesgo de mujeres con DMG para la progresión a DM2 mediante la realización de una SOG con 75 g posparto.