

Diabetes Gestacional

A todas las mujeres sin diagnóstico previo de diabetes se les debe realizar una prueba de tolerancia oral a la glucosa entre las semanas 24 y 28 de gestación para detectar diabetes gestacional.

Fuente: Diabetes Care 38(51):13-14, 2015
Autores: Grant R, Donner T, Wexler D y colaboradores
Institución: American Diabetes Association, EE.UU.

Título: Standards of Medical Care in Diabetes-2015
Traducción textual: Normas para el Cuidado Médico en la Diabetes-2015

Durante muchos años, se definió a la diabetes gestacional (DG) como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que fuera reconocido por primera vez durante el embarazo, independientemente de si el cuadro precedía a la gestación o si persistía en el puerperio. Esta definición facilitó una estrategia uniforme para la detección y la clasificación de la DG, pero su utilidad se vio limitada por la imprecisión.

La epidemia actual de obesidad y diabetes mellitus (DMT) ha llevado a una frecuencia mayor de DMT tipo 2 (DMT2) en las mujeres en edad fértil, lo que tiene como consecuencia un aumento en el número de embarazadas con DMT2 no diagnosticada previamente.

En las mujeres con factores de riesgo, se debe realizar una prueba para detectar DMT2 previamente no diagnosticada en la primera visita prenatal, teniendo en cuenta los valores de corte de glucemia que se utilizan para el diagnóstico convencional (recomendación grado B).

Las mujeres con DMT en el primer trimestre de embarazo deberían clasificarse como pacientes con DMT2. La DG es la DMT que se diagnostica en el segundo o el tercer trimestre del embarazo y no se trata claramente de una DMT manifiesta.

Entre las semanas 24 y 28 de gestación se debe realizar una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) en las embarazadas sin diagnóstico previo de DMT (recomendación grado A).

Presentar DG conlleva riesgos para la madre y el neonato si bien no todos los resultados adversos tienen la misma importancia clínica. El estudio *Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome* (HAPO) evaluó a más de 25 000 embarazadas y concluyó que el riesgo de resultados adversos maternos, fetales y neonatales aumentó en forma continua en función de la glucemia materna entre las semanas 24 y 28 de gestación. Esto se observó incluso con glucemias dentro de los rangos considerados normales para el embarazo previamente. No se detectó un umbral a partir del cual aumentarían las complicaciones.

El diagnóstico de DG se puede realizar mediante dos estrategias. Uno de los enfoques es realizar una PTOG con 75 g de glucosa por vía oral. La otra estrategia consiste en realizar una prueba en dos pasos con una primera PTOG con 50 g de glucosa que no requiere de ayuno y luego realizar, en las mujeres con resultados anormales, una PTOG con 100 g de glucosa por vía oral.

No existe consenso sobre la estrategia óptima para el diagnóstico de DG. En el año 2011, la *American Diabetes*

Association (ADA) recomendó que todas las pacientes sin diagnóstico previo de DMT fueran sometidas a una PTOG con 75 g de glucosa por vía oral entre las semanas 24 y 28 de gestación. Esto se basó en una recomendación de los *International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups* que sugirió como valor de corte para el diagnóstico de DG a la glucemia que alcanzó 1.75 veces más de riesgo de presentar resultados adversos en el estudio HAPO. Por lo tanto, se diagnostica DG ante valores de glucemia en ayunas ≥ 92 mg/dl, ≥ 180 mg/dl a los 60 minutos o ≥ 153 mg/dl a los 120 minutos. Se estimó que utilizar esta estrategia podría incrementar en forma significativa la incidencia de DG (de un 5% a 6% a un 15% a 20% de las gestaciones), dado que la presencia de un solo valor anormal se considera diagnóstico. La ADA reconoció que el aumento previsto en la incidencia de DG tendría un impacto significativo en los costos, la capacidad de la infraestructura médica y el potencial de aumento de la medicalización de los embarazos categorizados previamente como normales. Se recomienda este cambio en los criterios de diagnóstico en el contexto del aumento mundial en la frecuencia de obesidad y DMT con la intención de optimizar los resultados gestacionales, tanto para las embarazadas como para sus hijos. Se requieren estudios clínicos adicionales para determinar la frecuencia de seguimiento y el tratamiento de las mujeres con DG mediante la estrategia de un solo paso.

En 2013, los *National Institutes of Health* elaboraron un documento de consenso sobre el diagnóstico de DG. El comité de expertos recomendó la implementación de una estrategia de detección en 2 pasos con la realización de una PTOG con 50 g de glucosa, seguida de una PTOG con 100 g de glucosa por vía oral en las que tuvieran resultados positivos en la primera prueba. Uno de los factores clave informados por los integrantes de dicho comité es la ausencia de ensayos clínicos con intervenciones que demuestren los beneficios de la estrategia de un solo paso y las posibles consecuencias negativas con respecto a la identificación de un nuevo grupo de mujeres con DG. En 2013, el *American College of Obstetricians and Gynecologists* apoyó este enfoque en dos etapas.

La estrategia en 2 pasos implica, en primera instancia, realizar una PTOG con 50 g de glucosa por vía oral y la medición de la glucemia una hora después. Si la glucemia medida a la hora de la sobrecarga de glucosa es ≥ 140 mg/dl se procederá a realizar una PTOG con 100 g de glucosa por vía oral. Esta prueba se debe llevar a cabo con la paciente en ayunas



y se efectuará el diagnóstico de DG con al menos 2 de los 4 valores de glucemia medidos por encima del valor de corte.

Luego del parto, entre las semanas 6 y 12 del puerperio, se debe realizar nuevamente una PTOG para evaluar la persistencia de la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono. Se deben considerar para el diagnóstico los valores de glucemia utilizados como valor de corte fuera del embarazo (recomendación grado E).

Las pacientes que presentaron DG deben ser pesquisadas durante toda su vida para detectar DBT o prediabetes, al menos cada 3 años (recomendación grado B).

Aquellas mujeres con antecedentes de DG y que posteriormente son reclasificadas con prediabetes deben recibir intervenciones con cambios en el estilo de vida o metformina para prevenir la aparición de DBT a futuro (recomendación grado A).

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2015
www.siicalud.com