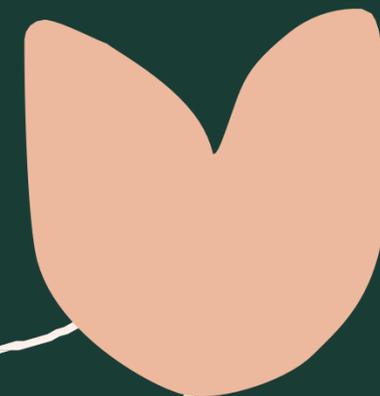
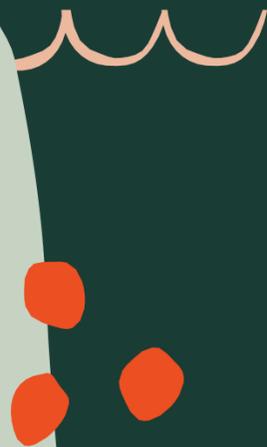


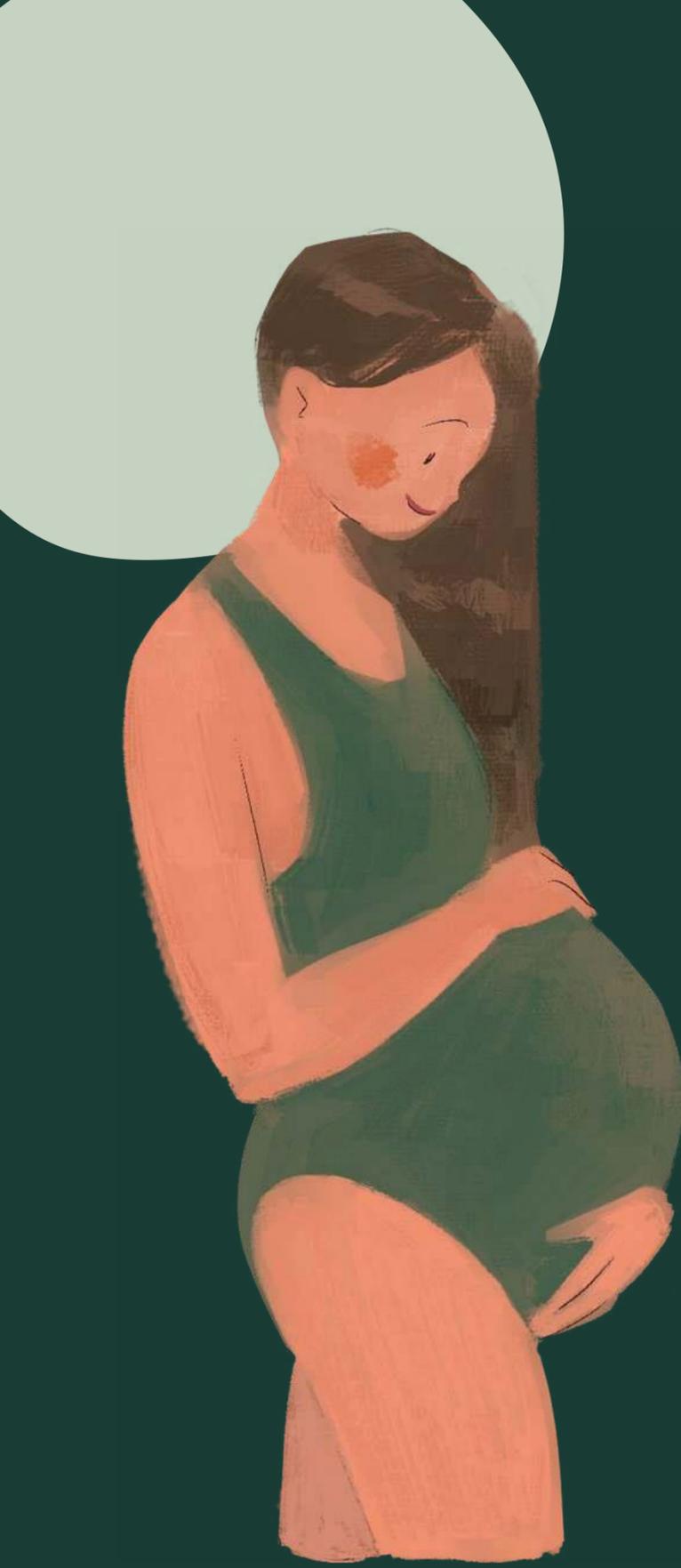
# Diabetes gestacional



# Definición

Es la intolerancia a carbohidratos de gravedad variable, con inicio durante el segundo o tercer trimestre.





# Diabetes pregestacional

Es la intolerancia a carbohidratos de gravedad variable, en pacientes con diabetes tipo 1 o 2 diagnosticadas previo al embarazo o en el primer trimestre de la gestación

# Clasificación de diabetes en el embarazo

Diabetes pregestacional	Diabetes tipo 1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Complicada con nefropatía</li><li>• Complicada con retinopatía</li><li>• Complicada con cardiopatía isquémica</li></ul>
	Diabetes tipo 2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Complicada con nefropatía</li><li>• Complicada con retinopatía</li><li>• Complicada con cardiopatía isquémica</li></ul>
Diabetes gestacional		<ul style="list-style-type: none"><li>• Controlada con dieta</li><li>• Controlada con insulina</li></ul>

# Epidemiología

Mundial La Federación Internacional de Diabetes (IDF) estimó en el 2013 una prevalencia mundial estimada de 16.9%.

## Asia

- Prevalencia estimada de 25%

## Norteamérica y el Caribe

- Prevalencia estimada de 10.4%

## Europa

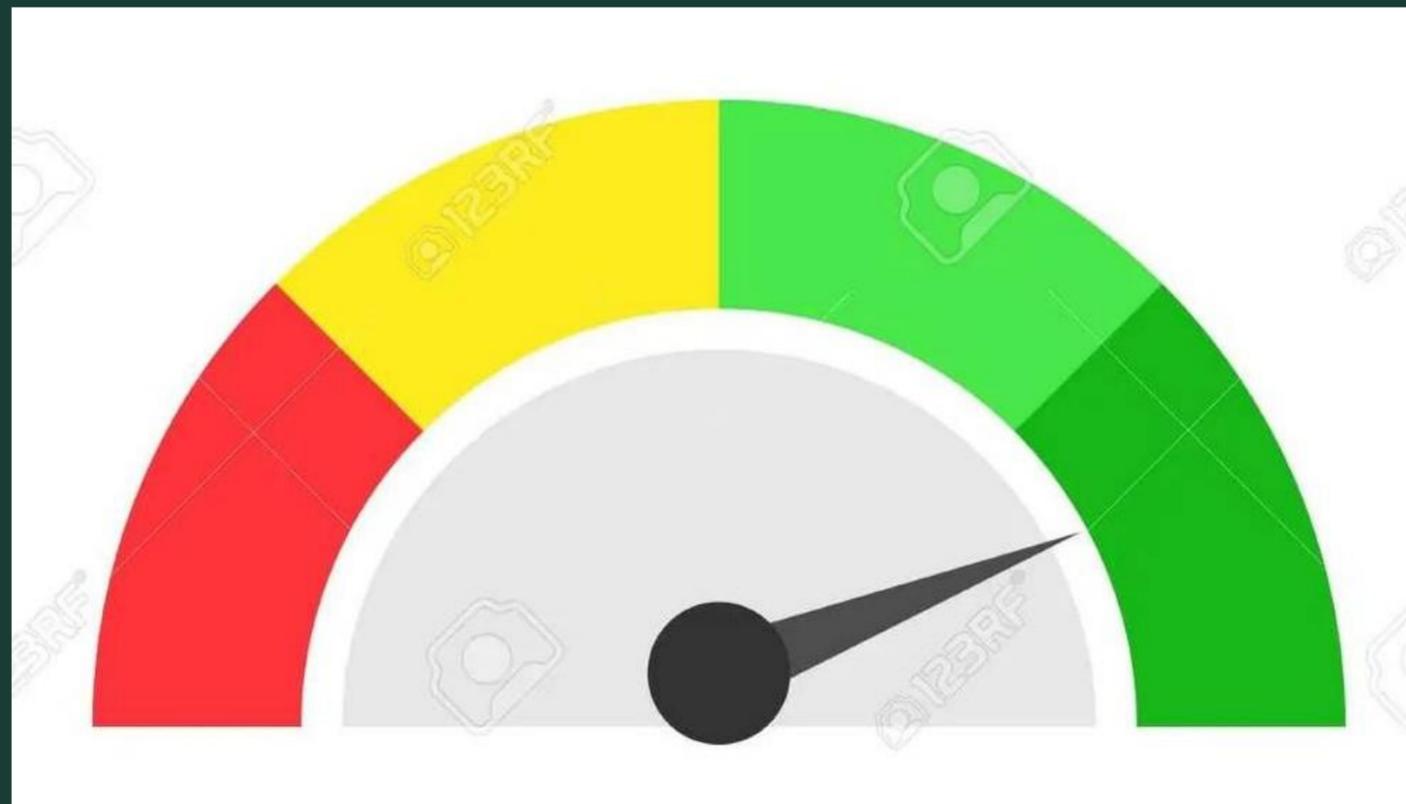
- Prevalencia estimada de 2%

## México

- Prevalencia estimada de 8.7 a 17%



# Factores de riesgo



ALTO - MEDIO - BAJO

# Factores de riesgo

## PACIENTE DE BAJO RIESGO

- Menor de 25 años
- Etnia con baja prevalencia de diabetes
- Sin historia de diabetes en familiar de primer grado
- Peso preconcepcional normal y ganancia de peso normal
- Sin historia de hiperglucemia o intolerancia a la glucosa
- Sin historia de pobre resultado obstétrico

En este tipo de pacientes no hay necesidad de realizar tamizaje paraclínicos.





# Factores de riesgo

## PACIENTE DE RIESGO INTERMEDIO

- Descendente de mortinato o muerte neonatal inexplicable
- Antecedente de parto traumático con o sin trastorno neurológico asociado en el niño.
- Antecedente de anomalías congénitas, prematuridad o polihidramnios previos
- HTA o antecedentes de preeclampsia - eclampsia.
- Infecciones urinarias recurrentes o candidiasis severa recurrente.
- Trastornos de tiroides.

Paciente que a quienes debe realizarse test de O'Sullivan para tamizaje.

# Factores de riesgo

## PACIENTE DE ALTO RIESGO

- Obesidad marcada.
- Paciente mayor de 25 años o menor de 25 años y obesa
- Diabetes en parientes de primer grado de consanguinidad
- Etnia de alto riesgo de diabetes: negros y latinos
- Historia de intolerancia la glucosa
- Historia de recién nacido macrosómico
- Glucosuria



# Deteccción y diagnóstico



Se basa en la historia clínica, antecedentes familiares y factores de riesgo asociados con la diabetes gestacional.

## Cuadro 1. Estrategia para la detección temprana de diabetes gestacional

### Factores de riesgo

1. Diabetes gestacional en embarazo previo
2. Macrosomía en embarazo previo
3. Conocida con intolerancia a la glucosa
4. Sobrepeso y obesidad
5. Síndrome de ovarios poliquísticos
6. Padres diabéticos

Hacer el cribado tan pronto se pueda, si la diabetes gestacional no fue diagnosticada, el cribado se repite nuevamente entre las 24 y 28 semanas de gestación.

Debe realizarse entre las 24-28 SDG en mujeres que no se conoce que tuvieron intolerancia a la glucosa antes del embarazo

# Deteccción y diagnóstico

<b>Bajo riesgo</b>	<p>Pacientes que cumplan con todas las condiciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo étnico de bajo riesgo, peso normal al nacer, edad <math>\leq 25</math> años, sin antecedentes de diabetes en familiares de 1º grado, peso normal (IMC <math>&gt; 25</math>) antes del embarazo, sin historia de malos resultados obstétricos).</li> </ul>
<b>Moderado riesgo</b>	Mujeres que no cumplen criterios de alto o bajo riesgo
<b>Alto riesgo</b>	<p>Pacientes con cualquiera de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidad severa, antecedentes de diabetes en familiares de 1º grado, diabetes gestacional o intolerancia a glucosa en embarazo previo, antecedentes de productos macrosómicos (<math>&gt; 4</math>kg), glucosuria en el momento actual.</li> </ul>

4 formas:

1. Glucemia en ayuno  $\geq 126$  mg/dL en 2 ocasiones
2. Glucemia casual  $> 200$  mg/dL
3. Prueba de tamiz con 50g con resultado  $\geq 180$  mg/dL (170 mg/dL en mujeres  $> 30$  años)
4. Curva de tolerancia a la glucosa con 100g o 75g

Tiempo	Tipo de carga de glucosa	
	100g de glucosa	75g de glucosa
Ayuno	$\geq 95$ mg/dL	$\geq 95$ mg/dL
1 hora	$\geq 180$	$\geq 180$
2 horas	$\geq 155$	$\geq 155$
3 horas	$\geq 140$	-

# Complicaciones maternas

Riesgo elevado de morbilidad durante el embarazo, el parto y después del nacimiento

Riesgo de HTA y preeclampsia

Hiperglucemia

Riesgo de padecer DMT2 a largo plazo

Enfermedades CV y sx metabólico

Obesidad

Relacionada con la macrosomía fetal  
Riesgo mayor con obesidad troncal materna.



# Complicaciones fetales

## MACROSOMÍA FETAL

- Riesgo de distocia de hombros y aumento cesárea

## OBESIDAD, DMT2 Y SÍNDROME METABÓLICO.

- A largo plazo

## HIPERINSULINEMIA FETAL

- Modificación en el patrón de crecimiento y alteración posterior del metabolismo fetal

## AUMENTO DE PESO FETAL

### Aumento DMT2 (6 veces)

- Riesgo ↑ de obesidad (2 veces)
- Síndrome metabólico (4 veces)



# Manejo

Explicar en qué  
consiste la DG



Facilitar dieta  
óptima



Control de glucemia



# Ejercicio físico

- ✓ Aumenta el consumo de glucosa
- ✓ Mejora la sensibilidad a la insulina.



Ejercicio aeróbico



# Tratamiento farmacológico

El fármaco de elección es la insulina ya que no cruza la barrera placentaria y ha demostrado de forma más consistente la reducción de la morbilidad materno-fetal cuando se añade al tratamiento nutricional.

## Tipos de insulina

Insulinas humanas	Análogos de acción rápida	De acción lenta
Regular o NPH	Lispro y Aspart	Glargina y Determir



# Pronóstico

- El riesgo de repetición de DG en un 2do embarazo es de 30% y el 84%. Si el segundo embarazo ocurre dentro de un año del primer, el riesgo de repetición se duplica.
- Las mujeres con una antecedentes de DG son 7 veces más susceptibles de desarrollar DM2 que las mujeres que han tenido un embarazo normal.
- El riesgo de desarrollar DM2 a lo largo de su vida en mujeres con DG que requirieron insulina es 50% mayor.
- La DG aumenta el riesgo de complicaciones fetales: parto prematuro, óbito fetal, macrosomía, hipoglucemia del RN y deficiencias minerales.
- El producto del embarazo tienen mayor riesgo de desarrollar obesidad y DM2 a lo largo de su vida.