



Dra. Citlali Berenice Fernández Solís

Arturo Rodriguez Ramos

Diabetes gestacional

Clínica de ginecología y obstetricia

7A

Comitán Chiapas a 30 de Junio del 2025

Introducción

La diabetes mellitus gestacional (DMG) representa uno de los trastornos metabólicos más comunes asociados al embarazo y constituye una entidad clínica de gran relevancia en salud pública, tanto por su elevada prevalencia como por las implicaciones materno-fetales que conlleva. Se define como cualquier grado de intolerancia a los carbohidratos que es diagnosticada por primera vez durante la gestación, independientemente de que la hiperglucemia persista o no después del parto.

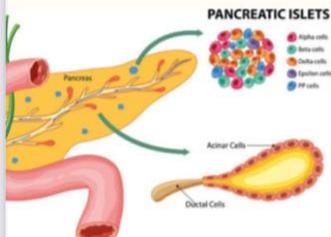
En México, y particularmente en las instituciones del Sistema Nacional de Salud como el IMSS, la detección oportuna y el abordaje integral de la DMG son prioridades fundamentales en la atención prenatal, ya que esta condición incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas, como macrosomía fetal, distocia de hombros, parto pretérmino, hipertensión gestacional, preeclampsia, así como cesárea de urgencia. Además, tiene implicaciones a largo plazo tanto para la madre como para el neonato, con un riesgo significativamente aumentado de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, obesidad o síndrome metabólico en etapas posteriores de la vida.

La fisiopatología de la DMG se relaciona directamente con los cambios hormonales propios del embarazo, los cuales inducen resistencia periférica a la insulina y alteraciones en el metabolismo de la glucosa. En mujeres predispuestas, este desbalance supera la capacidad del páncreas para compensar con una secreción aumentada de insulina, dando lugar a hiperglucemia. Dada esta complejidad, el diagnóstico se realiza mediante tamizaje universal entre las semanas 24 y 28 de gestación, utilizando una curva de tolerancia oral a la glucosa de 75 gramos con puntos de corte bien establecidos.

El tratamiento de la DMG debe ser multidisciplinario e individualizado, con enfoque prioritario en la modificación del estilo de vida, el monitoreo glucémico domiciliario y, en caso necesario, la insulino terapia. La adecuada vigilancia fetal y el seguimiento postparto también son componentes esenciales para reducir la morbimortalidad perinatal y prevenir la progresión a diabetes mellitus tipo 2. Por todo lo anterior, la implementación rigurosa de las recomendaciones establecidas en la GPC resulta indispensable para garantizar un embarazo seguro y saludable.

DEFINICIÓN

- Intolerancia a los carbohidratos que se diagnostica por primera vez durante el embarazo.
- Puede persistir después del parto o resolverse.
- Aumenta el riesgo de complicaciones materno-fetales.



ETIOLOGÍA

- Resistencia a la insulina por hormonas placentarias (lactógeno placentario, progesterona, cortisol).
- Factores de riesgo:
 - Obesidad o sobrepeso.
 - Antecedentes familiares de diabetes.
 - Edad materna avanzada (≥ 35 años).
 - Síndrome de ovario poliquístico (SOP).
 - Macrosomía fetal en embarazos previos.

CUADRO CLÍNICO

- Signos de alarma:
 - Polluria (orinar frecuentemente).
 - Polidipsia (sed excesiva).
 - Infecciones urinarias recurrentes.
 - Hiperglucemia detectada en pruebas rutinarias.



DIAGNÓSTICO

- Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) entre las 24-28 semanas de gestación:
- 1er paso: Prueba de glucosa en ayunas (≥ 92 mg/dL sugiere DG).
 - 2do paso (si es necesario): PTOG con 75g de glucosa:
 - Ayunas: ≥ 92 mg/dL.
 - 1 hora: ≥ 180 mg/dL.
 - 2 horas: ≥ 153 mg/dL.
- * (1 valor alterado = diagnóstico de DG)*.

TRATAMIENTO

- Cambios en el estilo de vida:
- Dieta controlada en carbohidratos (asesoría nutricional).
 - Ejercicio moderado (caminata, natación).
2. Monitoreo de glucosa:
- Glucemia en ayunas < 95 mg/dL.
 - Glucemia posprandial (1h) < 140 mg/dL.
3. Farmacoterapia (si no se controla con dieta):
- Insulina (tratamiento de elección).
 - Metformina (en casos seleccionados, no primera línea).
4. Seguimiento posparto:
- Reevaluar a las 6-12 semanas con PTOG para descartar diabetes mellitus tipo 2.

Diabetes



◆ Conclusión

La diabetes mellitus gestacional constituye una condición clínica prevalente, multifactorial y potencialmente prevenible, cuyo adecuado diagnóstico y tratamiento son esenciales para preservar la salud de la madre y del feto. La Guía de Práctica Clínica del IMSS/CENETEC establece un marco de referencia integral, sustentado en evidencia científica, que permite detectar tempranamente esta patología mediante protocolos de tamizaje universal y abordarla con intervenciones médicas efectivas y costo-eficientes.

El éxito en el manejo de la DMG depende en gran medida de la adherencia a las estrategias terapéuticas indicadas: modificación del estilo de vida, control glucémico estricto, terapia con insulina cuando sea requerida, vigilancia obstétrica continua y seguimiento metabólico postparto. Estas acciones no solo minimizan el riesgo de complicaciones agudas como preeclampsia o macrosomía, sino que también actúan como una medida de prevención primaria frente a enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2.

En este sentido, el personal médico y de salud materno-infantil debe estar plenamente capacitado para identificar oportunamente a las pacientes en riesgo, brindar educación adecuada sobre la condición y acompañar de manera ética, humana y científica el proceso de atención. La implementación efectiva de la GPC en todos los niveles del sistema de salud representa una herramienta poderosa para incidir positivamente en la salud pública del país y romper el ciclo intergeneracional de enfermedades metabólicas asociadas al embarazo.