



Mi Universidad

W! U! V! G! R! Z! q! s! q

Revista de Investigación Epidemiológica

*Adriana Janeth Sánchez Hernández
Parcial I
Investigación Epidemiológica Avanzada
Dr. Erick José Villatoro Verdugo
Medicina Humana
Cuarto Semestre Grupo C*

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de abril del 2025

REVISTA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA, UDS.

"DULCE ESPERA, AZUCAR EN ALERTA: ENTENDIENDO LA DIABETES GESTACIONAL"

"SWEET EXPECTATION, SUGAR ON ALERT: UNDERSTANDING GESTATIONAL DIABETES"

Autores: Adriana Sanchez,¹ Eduardo Mendez,² Marla Santiz,³

¹ESTUDIANTES DEL CUARTO SEMESTRE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA. Presentan la revista epidemiológica **CASOS DE DIABETES GESTACIONAL**. Universidad del Sureste. Comitán de Domínguez, Chiapas, México. mariela2004santizhernandez@gmail.com eduardomendeztrigueros@gmail.com adrianasanchez12022004@gmail.com

RESUMEN

La diabetes mellitus gestacional se define como cualquier intolerancia a los carbohidratos diagnosticada durante el embarazo. La prevalencia de esta enfermedad es aproximadamente de 2 a 5% de los embarazos normales y depende de la prevalencia de la población a la diabetes mellitus tipo 2. Se asocia con resultados adversos para la madre, el feto, el recién nacido, el niño y los hijos adultos de madre diabética. La detección de la diabetes mellitus gestacional está en el cribado, realizado como sea necesario a través de medidas de diagnóstico. La proyección puede ser selectiva, basada en la estratificación del riesgo o ser universal. Las pruebas oportunas permiten al médico obstetra evaluar la tolerancia de la glucosa relacionada con el estado resistente a la insulina del embarazo y permite iniciar el tratamiento antes de que ocurra el crecimiento fetal excesivo. Una vez que se estableció el diagnóstico de diabetes mellitus gestacional se justifica la estrecha vigilancia perinatal. El objetivo del tratamiento es reducir la morbilidad y mortalidad materno-fetal relacionadas con la enfermedad. Los valores exactos necesarios de glucosa todavía no están demostrados de manera absoluta. La decisión de inducir el parto y cuándo depende de la edad gestacional, el peso fetal estimado, el control de la glucemia materna y la puntuación obispo. Se necesitan investigaciones futuras en materia de prevención de diabetes mellitus gestacional, los objetivos del tratamiento y eficacia de las intervenciones, las directrices en la atención del embarazo y la prevención de las secuelas metabólicas a largo plazo para el niño y la madre.

Palabras clave: diabetes gestacional; diagnóstico; tratamiento; primer nivel de atención

ABSTRACT

Gestational diabetes mellitus is defined as any carbohydrate intolerance first diagnosed during pregnancy. The prevalence of gestational diabetes mellitus is about 2-5% of normal pregnancies and depends of the prevalence of same population to diabetes mellitus type 2. It is associated with adverse outcome for the mother, the fetus, neonate, child and adult offspring of the diabetic mother. Detection of gestational diabetes mellitus lies on screening, followed as necessary by diagnostic measures. Screening can

either be selective, based upon risk stratification or universal. Timely testing enables the obstetrician to assess glucose tolerance in the presence of the insulin-resistant state of pregnancy and permits treatment to begin before excessive fetal growth has occurred. Once a diagnosis of gestational diabetes mellitus was made close perinatal surveillance is warranted. The goal of treatment is reducing fetal-maternal morbidity and mortality related with gestational diabetes mellitus. The exact glucose values needed are still not absolutely proved. The decision whether and when to induce delivery depends on gestational age, estimated fetal weight, maternal glycemic control and bishop score. Future research is needed regarding prevention of gestational diabetes mellitus, treatment goals and effectiveness of interventions, guidelines for pregnancy care and prevention of long term metabolic sequel for both the infant and the mother.

Key words: *gestational diabetes; diagnosis; treatment; first level of care*

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un periodo de importantes cambios fisiológicos y metabólicos que buscan garantizar el adecuado desarrollo del feto y la adaptación del organismo materno a las nuevas demandas energéticas. Entre estos cambios, se encuentra una modificación en el metabolismo de la glucosa, que en algunas mujeres puede desencadenar diabetes gestacional (DG), una condición caracterizada por la elevación de los niveles de glucosa en sangre durante la gestación. Se estima que afecta aproximadamente al 7% de las embarazadas a nivel mundial y, aunque en la mayoría de los casos desaparece después del parto, representa un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 en el futuro, tanto en la madre como en el bebé.

Aunque la causa exacta de la diabetes gestacional no está completamente esclarecida, se sabe que las hormonas del embarazo pueden interferir con la acción de la insulina, lo que dificulta el uso adecuado de la glucosa como fuente de energía. Esta condición suele desarrollarse en la segunda mitad de la gestación y se diagnostica mediante pruebas de tolerancia a la glucosa realizadas entre las semanas 24 y 28 de embarazo. Diversos factores aumentan el riesgo de padecerla, entre ellos, la edad materna mayor a 25 años, el sobrepeso, la hipertensión arterial, los antecedentes familiares de diabetes tipo 2 y el síndrome de ovario poliquístico.

El embarazo es un periodo de importantes cambios fisiológicos y metabólicos que buscan garantizar el adecuado desarrollo del feto y la adaptación del organismo materno a las nuevas demandas energéticas. Entre estos cambios, se encuentra una modificación en el metabolismo de la glucosa, que en algunas mujeres puede desencadenar diabetes gestacional (DG), una condición caracterizada por la elevación de los niveles de glucosa en sangre durante la gestación. Se estima que afecta aproximadamente al 7% de las embarazadas a nivel mundial y, aunque en la mayoría de los casos desaparece después del parto, representa un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 en el futuro, tanto en la madre como en el bebé.

Aunque la causa exacta de la diabetes gestacional no está completamente esclarecida, se sabe que las hormonas del embarazo pueden interferir con la acción de la insulina, lo que dificulta el uso adecuado de la glucosa como fuente de energía. Esta condición suele desarrollarse en la segunda mitad de la gestación y se diagnostica mediante pruebas de tolerancia a la glucosa realizadas entre las semanas 24 y 28 de embarazo. Diversos factores aumentan el riesgo de padecerla, entre ellos, la edad materna mayor a 25 años, el sobrepeso, la hipertensión arterial, los antecedentes familiares de diabetes tipo 2 y el síndrome de ovario poliquístico.

MÉTODO

En el presente estudio se realizó una investigación de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo y longitudinal con el objetivo de analizar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la diabetes gestacional en mujeres embarazadas, para su desarrollo se tomaron 4 artículos de revisión publicados en bases de la diabetes gestacional, siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el abordaje epidemiológico de enfermedades no transmisibles en poblaciones vulnerables.

La población estuvo conformada por mujeres en edad reproductiva que asistieron a consultas prenatales en un hospital de tercer nivel entre enero y diciembre de 2024. Se incluyeron gestantes con edad gestacional entre 24 y 28 semanas, excluyendo aquellas con diagnóstico previo de diabetes mellitus tipo 1 o 2.

DIABETES GESTACIONAL

definición El embarazo es un periodo de importantes cambios fisiológicos y metabólicos que buscan garantizar el adecuado desarrollo del feto y la adaptación del organismo materno a las nuevas demandas energéticas. Entre estos cambios, se encuentra una modificación en el metabolismo de la glucosa, que en algunas mujeres puede desencadenar diabetes gestacional (DG), una condición caracterizada por la elevación de los niveles de glucosa en sangre durante la gestación. Se estima que afecta aproximadamente al 7% de las embarazadas a nivel mundial y, aunque en la mayoría de los casos desaparece después del parto, representa un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 en el futuro, tanto en la madre como en el bebé.

Aunque la causa exacta de la diabetes gestacional no está completamente esclarecida, se sabe que las hormonas del embarazo pueden interferir con la

acción de la insulina, lo que dificulta el uso adecuado de la glucosa como fuente de energía. Esta condición suele desarrollarse en la segunda mitad de la gestación y se diagnostica mediante pruebas de tolerancia a la glucosa realizadas entre las semanas 24 y 28 de embarazo. Diversos factores aumentan el riesgo de padecerla, entre ellos, la edad materna mayor a 25 años, el sobrepeso, la hipertensión arterial, los antecedentes familiares de diabetes tipo 2 y el síndrome de ovario poliquístico.

cuadro clínico La diabetes gestacional suele ser asintomática y se detecta a través de pruebas de laboratorio durante el embarazo. Sin embargo, en algunos casos puede manifestarse con síntomas relacionados con la hiperglucemia, como:

- Poliuria (aumento en la frecuencia urinaria).
- Polidipsia (aumento en la sensación de sed).
- Polifagia (aumento del apetito).
- Fatiga o cansancio excesivo.
- Infecciones urinarias o vaginales recurrentes.

- Visión borrosa en algunos casos.

Si la diabetes gestacional no se controla adecuadamente, pueden presentarse complicaciones como macrosomía fetal (bebé con peso excesivo al nacer), polihidramnios (exceso de líquido amniótico) y mayor riesgo de preeclampsia en la madre.

Fisiopatología El embarazo genera cambios metabólicos que buscan garantizar el desarrollo del feto y la preparación del organismo materno para la lactancia. Entre estos cambios, destaca la resistencia progresiva a la insulina, que se acentúa en el segundo y tercer trimestre.

Los principales mecanismos fisiopatológicos involucrados en la diabetes gestacional son:

1. Resistencia a la insulina:

- Durante la gestación, la placenta secreta hormonas que antagonizan la acción de la insulina, como:
- Lactógeno placentario humano
- Progesterona
- Cortisol
- Hormona del crecimiento
- Prolactina
- Estas hormonas reducen la sensibilidad de los tejidos a la insulina, dificultando la captación de glucosa.

2. Disfunción de las células beta pancreáticas:

- En condiciones normales, el páncreas materno compensa la resistencia a la insulina aumentando la producción de insulina.
- En mujeres predispuestas, la función de las células beta es insuficiente para contrarrestar la resistencia insulínica, lo que provoca hiperglucemia.

3. Alteraciones en la captación y metabolismo de la glucosa:

- Se han identificado defectos en la señalización de la insulina en tejidos periféricos como músculo e hígado.
- Existe disminución en la expresión del transportador de glucosa GLUT4, lo que impide el ingreso de glucosa a las células.

- La producción hepática de glucosa en ayuno aumenta hasta un 30% conforme avanza el embarazo.

4. Inflamación y citocinas proinflamatorias:

- En mujeres con obesidad, se ha identificado un estado inflamatorio crónico con niveles elevados de TNF- α e IL-6, los cuales contribuyen a la resistencia insulínica.

Tras el parto, la resistencia a la insulina disminuye y, en la mayoría de los casos, los niveles de glucosa vuelven a la normalidad. Sin embargo, en algunas mujeres, la disfunción de las células beta persiste, aumentando el riesgo de diabetes tipo 2 en el futuro.

Tratamiento El tratamiento de la diabetes gestacional tiene como objetivo mantener niveles adecuados de glucosa en sangre para prevenir complicaciones materno-fetales.

1. Medidas no farmacológicas (tratamiento de primera línea)

En la mayoría de los casos, la diabetes gestacional puede controlarse con modificaciones en el estilo de vida, incluyendo:

- Dieta balanceada:
- Fraccionar las comidas en 5-6 tiempos al día.
- Reducir el consumo de carbohidratos simples (azúcares refinados).
- Aumentar el consumo de fibra, proteínas y grasas saludables.
- Ejercicio físico regular:
- Actividad física de intensidad moderada (30 min/día).
- Caminar después de las comidas ayuda a mejorar la sensibilidad a la insulina.
- Autocontrol de glucosa capilar:
- Se recomienda monitorear los niveles de glucosa varias veces al día:
- En ayuno: <95 mg/dL
- 1 hora después de comer: <140 mg/dL
- 2 horas después de comer: <120 mg/dL

2. Tratamiento farmacológico:

Si las medidas no farmacológicas no son suficientes para controlar la glucosa, se inicia tratamiento con:

- Insulina (de elección):

- Es el tratamiento más seguro durante el embarazo.
- Se usa cuando los valores de glucosa exceden los límites establecidos.
- Se prefiere la insulina NPH o análogos de acción rápida como lispro o aspart.
- Hipoglucemiantes orales:
- Solo en casos seleccionados donde la paciente no pueda usar insulina.
- Metformina o gliburida pueden considerarse, aunque atraviesan la placenta.

3. Seguimiento postparto:

Después del parto, la mayoría de las mujeres recupera niveles normales de glucosa, pero es importante un seguimiento adecuado para prevenir diabetes en el futuro:

- Medir la glucosa 6-12 semanas después del parto con una prueba de tolerancia a la glucosa.
- Realizar controles regulares de glucosa cada 1-3 años en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional.
- Mantener hábitos saludables para reducir el riesgo de diabetes tipo 2.

DIABETES GESTACIONAL A NIVEL INTERNACIONAL.

La prevalencia de la diabetes gestacional en el mundo varía entre 1% y 14%, dependiendo de la población analizada. Se estima que afecta al 7% de las mujeres embarazadas en el mundo. En muchos países, la obesidad y la diabetes afectan a las mujeres de manera desproporcionada. La diabetes gestacional aumenta los casos de morbilidad y mortalidad perinatales.

La obesidad y la diabetes en las madres se han relacionado con una mayor probabilidad de que el niño desarrolle diabetes en la juventud.

La diabetes mal controlada aumenta el riesgo de complicaciones y de muerte prematura.

Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares y tuberculosis

Los mayores aumentos de diabetes se han dado en los países de ingreso mediano bajo.

Oriente Medio y el Norte de África tienen la prevalencia más alta de diabetes gestacional.

En Latinoamérica, la prevalencia varía según el país. Por ejemplo, en Brasil es del 5,4%, en Chile es del 11%, en Perú es del 4%, y en Colombia es del 4,7%.



Figura-1 Mujeres y diabetes. Obtenido de http://www.wikicardio.org.ar/wiki/14_de_noviembre:_D%C3%ADa_Mundial_de_la_Diabetes

DIABETES GESTACIONAL A NIVEL NACIONAL

La diabetes mellitus gestacional es la intolerancia a los carbohidratos diagnosticada por primera vez durante el embarazo; afecta, aproximadamente, a 14% de todos los embarazos.^{1,2} Su prevalencia varía según los criterios diagnósticos utilizados en cada institución. Establecer el diagnóstico y tratamiento oportunos mejora el pronóstico perinatal porque disminuyen las complicaciones perinatales, la morbilidad y la mortalidad y los costos por salud.

La cifra de diabetes mellitus aumenta considerablemente y se sabe que alrededor de 60% de las mujeres con diabetes gestacional en 2 en 5 a 10 años

después del parto tendrán diabetes tipo 2.^{3,4} Desde hace más de 50 años se han escrito múltiples guías para el diagnóstico de diabetes gestacional, con diversos criterios y puntos de corte propuestos por varios grupos internacionales y que en la actualidad han adoptado algunos países. A pesar de ello no existe un consenso de cómo establecer el diagnóstico en nuestra población; por tanto, se carece de estadísticas confiables y, lo más importante, sigue habiendo mujeres que no son diagnosticadas oportunamente, con el pronóstico adverso que esto implica. Varios artículos citan el discurso que en 2006 propunciara Martin Silink en el Congreso de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), cuando entonces era el presidente de la Federación Internacional de Diabetes: "La diabetes mellitus está emergiendo más rápidamente que cualquier otra catástrofe que el mundo haya visto. La epidemia mermará los recursos de todo el planeta si los gobiernos no despiertan y pasan a la acción".⁵ Esto lleva a reflexionar acerca de la necesidad de establecer lineamientos que uniformen el criterio diagnóstico en nuestras instituciones y a modificar el pronóstico de la madre y su hijo, con base en el concepto de programación materno-fetal, que permite ayudar al control de la epidemia.

El objetivo de este artículo consiste en revisar los criterios internacionales actuales y vigentes y hacer una propuesta para la unificación y adopción, en el primer, segundo y tercer nivel de atención en todo el sector salud de México, en instituciones privadas y públicas. Esto permitirá establecer el diagnóstico oportuno y confiable e identificar los factores de riesgo, prescribir el tratamiento adecuado y disminuir las complicaciones materno-fetales. Además, que esto permita llevar cabo estudios multicéntricos que puedan homologar los resultados y se consiga su aplicación en nuestra población. El cumplimiento de este objetivo fue con

base en el planteamiento de algunos puntos de controversia.



Figura 2. Diabetes gestacional. Obtenido de <https://www.saludiarlo.com/diabetes-gestacional-cual-es-su-prevalencia-en-mexico/>

DIABETES GESTACIONAL A NIVEL ESTATAL

Se eligió el nivel de investigación descriptiva, debido a que fortalece la toma de decisiones basados en el análisis estadístico de los datos, se lleva a cabo en un entorno natural (en el ambiente del encuestado) y, es rápida de ejecutar y económica. Además, los beneficios con los que cuenta este nivel de investigación son los siguientes: describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permiten establecer la estructura el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando información sistemática y comparable con la de otras fuentes. La población estuvo constituida por 15 gestantes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional, las cuales estuvieron hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", las encuestas se realizaron con un periodo consistente de diciembre 2021 a febrero 2022. Los puntos encuestados fueron los siguientes: factor demográfico, factor obstétrico, factor médico, tratamiento, farmacológico, factor de conocimiento, factor nutricional, antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus, factores genéticos y metabólicos. Para la presente investigación, como técnica de

recolección de datos se llevaron a cabo encuestas. Los factores demográficos asociados a Diabetes Mellitus Gestacional, en lo que respecta a la edad de la madre el 60% (9) se encuentran en el grupo etario de 20a 35 años, mientras que el 40% (6) restante fueron mayores a 36 años; con respecto a la escolaridad 46% (7) concluyeron educación primaria y 27% (4) educación secundaria; por su parte, el estado civil de 67% (10) está casada y 33% (5) en unión libre; finalmente, la ocupación más observada fue ama de casa en 93% (14) de las pacientes. Por su parte los factores obstétricos asociados a DG se encontró que 67% (10) de las pacientes presentaron menarca entre los 12 y 14 años, mientras 26% (4) la presentaron antes de los 12 años; con respecto al inicio de vida sexual activa, 60% (9) indicó edades de 17 a 19 años, mientras que 33% (5). Con respecto a los factores obstétricos, se estableció la cantidad de consultas de control prenatal a la que asistieron 15 pacientes encuestadas agrupándose en 2 que son:

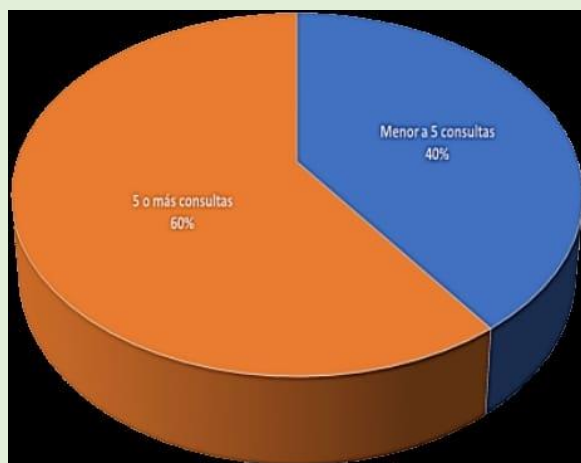


Figura 3. Asistencia a consulta prenatal. Obtenido de <http://www.revistas.unach.mx/index.php/revanales/article/view/82>

Con respecto al factor de conocimientos asociados a DG, se analizaron el conocimiento sobre la patología, sobre el tratamiento con insulina y la relación de la alimentación con el control glucémico:

Variable	n	%
<i>Conocimiento sobre la diabetes</i>		
Si	11	73
No	4	27
<i>Conocimiento sobre la insulina</i>		
Si	2	13
No	13	87
<i>Conocimiento sobre alimentación balanceada</i>		
Si	3	20
No	12	80

Figura 4. Factores de conocimiento asociados a diabetes gestacional. Obtenido de <http://www.revistas.unach.mx/index.php/revanales/article/view/82>

RESULTADOS

TASAS	RESULTADOS 2024
Mortalidad	Sin inf.
Morbilidad específica	1.220875867
Letalidad	Sin inf.
Moda	0
Media	26 semana
Mediana	26-27 semana

Los resultados presentados reflejan diversas tasas importantes dentro del estudio. En primer lugar, la mortalidad no pudo ser calculada debido a la falta de información disponible para el año 2024. En cuanto a la morbilidad específica, se obtuvo un valor de 1.220875867, lo cual sugiere una relación elevada de eventos morbilidades en el área estudiada. La letalidad no pudo ser determinada por las mismas razones que la mortalidad.

La moda se encuentra en 0, lo que indica que la información es escasa. La mediana de 26-27 sugiere que la distribución de los datos está centrada en torno a estos valores, indicando un comportamiento relativamente uniforme dentro de este rango.

Los resultados obtenidos presentan algunas dificultades en la interpretación debido a la falta de datos completos en áreas clave como la mortalidad y la letalidad. La ausencia de información en

estos puntos limita la capacidad para realizar comparaciones precisas con otros estudios. Sin embargo, la morbilidad específica revela una incidencia relevante, que debe ser analizada en contexto con investigaciones similares.

DISCUSIÓN

Durante una conversación entre el integrante del equipo que son Adriana, Marla y Eduardo, se abordó la importancia de la diabetes gestacional como un problema de salud pública con implicaciones tanto maternas como fetales.

Adriana señaló que la diabetes gestacional es un trastorno del metabolismo de la glucosa que se detecta por primera vez durante el embarazo. A pesar de que muchas veces desaparece tras el parto, representa un riesgo significativo para el binomio madre-hijo. Destacó que su prevalencia puede variar entre el 3% y el 9% de los embarazos, dependiendo de la población, y subrayó la necesidad de una detección temprana para evitar complicaciones.

Por su parte, Marla enfatizó que la diabetes gestacional suele ser asintomática, lo cual hace fundamental la aplicación de pruebas de tamizaje entre la semana 24 y 28 de gestación. Indicó que la prueba de tolerancia oral a la glucosa sigue siendo el estándar diagnóstico. Además, recalcó la importancia de un enfoque integral que combine alimentación adecuada, monitoreo de glucosa y, en los casos necesarios, administración de insulina.

Eduardo añadió que el mal control glucémico durante el embarazo puede tener consecuencias graves para el feto, como macrosomía, hipoglucemia neonatal y síndrome de dificultad

respiratoria, entre otras. Subrayó que la diabetes gestacional no solo afecta el curso del embarazo, sino que también representa un factor de riesgo importante para el desarrollo de diabetes tipo 2 en la madre en el futuro.

Adriana retomó el tema destacando la necesidad de seguimiento posparto, ya que muchas pacientes no reciben la atención adecuada tras el nacimiento del bebé. Enfatizó que este periodo representa una excelente oportunidad para promover cambios sostenibles en el estilo de vida y prevenir enfermedades metabólicas a largo plazo.

Marla complementó señalando que, en mujeres con factores de riesgo como obesidad, antecedentes familiares de diabetes o partos previos de recién nacidos con macrosomía, es esencial iniciar el control metabólico desde antes del embarazo. La prevención, en este sentido, cobra un papel clave.

Finalmente, Eduardo remarcó la importancia de un abordaje multidisciplinario, en el que médicos, nutricionistas, personal de enfermería y educadores en salud trabajen en conjunto para optimizar el cuidado de la madre y el feto. Entre los tres llegaron a concluir una misma conclusión que la diabetes gestacional no debe verse como un evento aislado, sino como una ventana crítica para intervenir y prevenir enfermedades crónicas en dos generaciones.

CONCLUSIONES

La diabetes gestacional (DG) es un problema de salud pública con una prevalencia global que varía entre el 1% y el 14%, afectando aproximadamente al 7% de las mujeres embarazadas. En Latinoamérica, la prevalencia varía según el país: Brasil (5.4%), Chile (11%), Perú (4%) y Colombia (4.7%). Factores como la obesidad y la diabetes tipo 2 han contribuido al aumento de casos, especialmente en países de

ingresos medios y bajos, con las tasas más altas en Oriente Medio y el Norte de África.

La DG incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal, además de predisponer a los hijos a desarrollar obesidad y diabetes en la juventud. En las madres, un mal control metabólico puede derivar en complicaciones graves, mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y susceptibilidad a infecciones como la tuberculosis. En México, estudios han mostrado una mayor prevalencia de DG en mujeres mexicanas comparadas con aquellas de raza blanca (6.1% vs. 5.4%), aunque otros estudios no han confirmado esta diferencia.

El diagnóstico temprano es clave para reducir complicaciones. Se recomienda la medición de glucemia en ayuno en el primer trimestre, considerando un valor ≥ 92 mg/dL como criterio diagnóstico. Las mujeres con antecedentes de DG, macrosomía, glucosuria y obesidad deben realizarse una curva de tolerancia a la glucosa antes de la semana 20. Los criterios de la IADPSG han demostrado ser efectivos en la reducción de la

morbilidad y mortalidad perinatal. Sin embargo, la hemoglobina glucosilada (HbA1c) no es una prueba diagnóstica útil debido a su baja sensibilidad.

Los resultados de estudios realizados en hospitales regionales han identificado factores de riesgo como antecedentes familiares de diabetes, factores genéticos y metabólicos, estado nutricional y conocimiento sobre la enfermedad. Es fundamental continuar con la investigación sobre estrategias de tamizaje, prevención y manejo de la DG, especialmente en poblaciones vulnerables, para mejorar los desenlaces materno-fetales y reducir el impacto de la diabetes en futuras generaciones.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Adriana Janeth Sánchez Hernández: Conceptualización, Curación de datos, Análisis.

Marla Mariela Santiz Hernández: Redacción, conceptualización, Análisis.

Eduardo Méndez Trigueros: Curación de datos, Análisis, tabulación.

Todos los autores aprueban la versión final del manuscrito.

FINANCIACIÓN

No se recibió financiación para el desarrollo del presente estudio.

CONFLICTOS DE INTERESES

No se declaran conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina-Pérez, E., Sánchez-Reyes, A., Hernández-Peredo, A., Martínez-López, M., Jiménez-Flores, C., Serrano-Ortiz, I., Maqueda-Pineda, A., Islas-Cruz, D., Cruz-González, M., Medina-Pérez, E., Sánchez-Reyes, A., Hernández-Peredo, A., Martínez-López, M., Jiménez-Flores, C., Serrano-Ortiz, I., Maqueda-Pineda, A., Islas-Cruz, D., & Cruz-González, M. (s. f.). *Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención*. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100091
2. De Salud, S. (s. f.-b). *La diabetes gestacional*. gob.mx. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/articulos/la-diabetes-gestacional>
3. *Diabetes gestacional: Causas y cuidados durante el embarazo*. (2025, 25 febrero). Obtenido de Nestlé FamilyNes. <https://www.nestlebabyandme.com.mx/embarazo/prevencion-diabetes-gestacional>
4. *Atención de embarazadas con diabetes gestacional en un hospital de segundo nivel, Chiapas*. (2023). Obtenido de <http://www.revistas.unach.mx/index.php/revanales/article/view/82/50>
5. ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA INEGI (2024). Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENADID/ENADID2023.pdf>
6. Duarte-Gardea, M., Muñoz, G., Rodríguez-Saldaña, J., & Domínguez, A. B. E. (2004, 10 abril). *PREVALENCIA, DETECCIÓN y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL*. RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición. Obtenido de <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/122>