



UNIVERSIDAD DEL SURESTE CAMPUS TAPACHULA

PRESENTA:

LUIS DANIEL NOLASCO GONZÁLEZ

GRADO Y GRUPO:

2°B

CARRERA:

LICENCIATURA MEDICO CIRUJANO

MATERIA:

FISIOPATOLOGIA

DOCENTE

DR. GUILLERMO DEL SOLAR VILLAREAL

TAPACHULA, CHIAPAS ABRIL 2025

En el caso clínico el tema de interés fue la diabetes gestacional (DG), lo que constituye una de las patologías endocrino-metabólicas más comunes durante la gestación. Su identificación y adecuado manejo son fundamentales para prevenir complicaciones maternas, fetales y neonatales, además de reducir el riesgo de desarrollo de diabetes tipo 2 posterior al embarazo.

Como definición; La diabetes gestacional se define como cualquier grado de intolerancia a los hidratos de carbono con inicio o primer reconocimiento durante el embarazo, independientemente de que la alteración persista o remita después del parto.

Fisiopatología

Durante la gestación, se observa un incremento progresivo de hormonas diabetogénicas, como el lactógeno placentario humano, el estrógeno, la progesterona, el cortisol y la prolactina. Estas hormonas generan un estado de resistencia periférica a la insulina, aumentando las concentraciones de glucosa materna disponibles para el feto.

En mujeres predispuestas (por factores genéticos o ambientales), este mecanismo fisiológico se exagera, sobrepasando la capacidad de secreción compensatoria de insulina por parte de las células β pancreáticas.

Factores de riesgo

Edad materna > 25 años

Índice de masa corporal (IMC) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$

Historia familiar de diabetes mellitus tipo 2

Antecedente de macrosomía fetal

Síndrome de ovario poliquístico

Historia previa de DG

Etnicidad de alto riesgo (latinas, afroamericanas, asiáticas, indígenas)

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza entre las 24 y 28 semanas de gestación mediante:

Tamizaje inicial: prueba de sobrecarga oral de glucosa de 50 g; se mide glucosa plasmática a la hora. Si es ≥ 140 mg/dL, se realiza prueba confirmatoria.

Prueba confirmatoria: curva de tolerancia oral a la glucosa de 100 g con mediciones basales y a 1, 2 y 3 horas. Se diagnostica DG si dos o más valores están alterados:

Ayuno ≥ 95 mg/dL

1 h ≥ 180 mg/dL

2 h ≥ 155 mg/dL

3 h ≥ 140 mg/dL

Alternativamente, se puede usar el protocolo de una sola etapa con 75 g.

Complicaciones frecuentes en la diabetes gestacional son:

- Preeclampsia
- Infecciones del tracto urinario
- Trabajo de parto prematuro
- Cesárea por desproporción céfalo-pélvica
- Macrosomía fetal
- Hipoglucemia neonatal
- Ictericia neonatal
- Distocia de hombros
- Malformaciones congénitas (aunque menos frecuente si la hiperglucemia inicia después del primer trimestre)
- Síndrome de dificultad respiratoria neonatal
- Muerte intrauterina
- A largo plazo

Mayor riesgo de desarrollar obesidad y diabetes tipo 2 en el hijo

Diabetes tipo 2 en la madre (en un 30–50% dentro de los siguientes 10 años)

Tratamiento

a) Modificaciones del estilo de vida

Dieta: individualizada, con restricción calórica moderada (30–35 kcal/kg/día), enfocada en carbohidratos de bajo índice glucémico.

Ejercicio moderado: caminar 30 minutos al día.

b) Farmacoterapia

Si las metas glucémicas no se alcanzan en 1–2 semanas de cambios en el estilo de vida:

Insulina: es el tratamiento de elección; no atraviesa la placenta.

Hipoglucemiantes orales: (como metformina o gliburida) en casos seleccionados, aunque su uso aún es controversial por su paso placentario.

Metas glucémicas recomendadas:

Ayuno ≤ 95 mg/dL

1 hora posprandial ≤ 140 mg/dL

2 horas posprandial ≤ 120 mg/dL

Seguimiento médico

Monitoreo prenatal: control estricto de la glucemia y evaluación del crecimiento fetal mediante ultrasonido.

Durante el parto: monitorizar niveles de glucosa materna; considerar cesárea si se sospecha macrosomía > 4500 g.

Postparto: suspensión de insulina inmediatamente después del parto en la mayoría de los casos; realizar curva de tolerancia oral a la glucosa a las 6–12 semanas postparto.

Seguimiento a largo plazo: tamizaje anual de diabetes mellitus tipo 2 en la madre.

La diabetes gestacional representa una entidad clínica de alta prevalencia e importancia debido a sus repercusiones materno-fetales inmediatas y su asociación con enfermedades metabólicas futuras. El abordaje debe ser multidisciplinario, incluyendo la educación preconcepcional y el seguimiento a largo plazo, tanto de la madre como de la descendencia.