



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

NOMBRE DE ALUMNO:

**EMILI VALERIA ROBLERO
VELÁZQUEZ**

NOMBRE DEL DOCENTE:

JOSUÉ VÁSQUEZ SUMOZA

NOMBRE DEL TRABAJO:

INFOGRAFÍA

MATERIA:

**GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

GRADO:

6TO SEMESTRE

TAPACHULA CHIAPAS A 31 DE MAYO DE 2025

DIABETES GESTACIONAL



EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia en México; 8.7 a 17.7%
- 5-10% de mujeres con DG tiene diabetes después del embarazo
- Más del 90% de los casos de diabetes que complican un embarazo es por DG.
- Más de la mitad de mujeres con DG manifiesta diabetes después de los 20 años



DEFINICIÓN

Se define como la intolerancia a los carbohidratos, de gravedad variable, con inicio o primer reconocimiento durante el embarazo



FACTORES DE RIESGO

- Historial familiar fuerte de diabetes
- Parto previo de un RN grande
- Glucosuria persistente
- Pérdidas fetales inexplicables
- Edad materna >30 años
- Historia previa de DMG
- IMC >30

COMPLICACIONES

- Primer trimestre;
- 1. Malformaciones congénitas a nivel del SNC, cardiovascular, renal y musculoesqueléticas.
- Morbilidad y mortalidad perinatal
- Aborto
- Parto prematuro
- Macrosomía fetal
- Hipoglucemia neonatal
- Obesidad materna
- Preeclampsia



DIAGNÓSTICO

1. Glucosa plasmática en ayuno: toda embarazada <13SDG.
2. En embarazadas con bajo riesgo, realizar glucosa de ayuno a las 24SDG con resultado ≥ 92 mg/dl realizar búsqueda de DMG.
3. Realizar el tamiz o CTGO entre la 24 y 28SDG en mujeres de moderado y alto riesgo que tuvieron resultado de glucosa de ayuno normal.
4. Realizar el diagnóstico de DMG en 1 o 2 pasos de acuerdo a criterio médico:
 - 1 paso (75gr/8h), (el criterio de establece con un valor alterado): Glucosa plasmática en ayuno > o =92mg/dl, 1 hora pos carga > o =180mg/dl, 2 horas poscarga > o =153mg/dl
 - 2 pasos: (se realiza Dx con 2 valores arriba de lo normal):
5. (50g/1h): G. Plasmática: 103,135,140mg/dl.
6. G. Plasmática en ayuno (100g): GP: 95mg/dl, Glucosa plasmática 1 hora pos carga; 180mg/dl, GP 2 horas pos carga; 155mg/dl, Gp 3 horas los carga; 140 mg/dl.

ETIOLOGÍA

- Producción de hormonas como; Lactogeno placentario, cortisol, prolactina.
- Hormonas que tienen un efecto de resistencia a la insulina
- Como resultado los niveles de glucosa empiezan a aumentar.



TRATAMIENTO

- Terapia medica nutricional: no dietas <1,500Kcal/día, 3 comidas y de 2 a 3 colaciones.
- Actividad física aeróbica mínimo 30min.
- Tx farmacológico cuando la dieta y el ejercicio no logran las cifras meta (<95mg/dl en ayuno y 120mg/dl 2 horas postprandial) en 2 semanas.
- La combinación de insulina de acción rápida e intermedia debe ser administrada 30 minutos antes del desayuno y de la cena.
- Metformina: 500-850 mg; incrementar 500 mg dividido en 1 a 3 tomas al día.
- Ajustar la menor dosis de insulina durante el trabajo de parto.
- Realizar curva de tolerancia la glucosa a intervalos de 1 a 3 años en todas las mujeres que cursaron con DMG y factores de riesgo.



REFERENCIAS

GUILIAM. (2018). O YA BSTETRICIA. CIUDAD DE MEXICO: MC GRAW HILL.
SOCIAL, I. M. (03 DE NOVIEMBRE DE 2016). GUIA DE PRACTICAS CLINICA .
OBTENIDO DE DIANOSTICO Y TRATAMIENTO DE DIABETES EN EL
EMBARAZO : HTTP://IMSS.GOB.MX