

## Diabetes Gestacional

Plana Pintos, R.; Vázquez Troitiño, F.; Pérez Vences, J.A.; Malo García, F.;  
García Soidán, F.J.; Fluiters Casado, E.; Carpente Montero, J.

Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Diabetes de la AGAMFEC [Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria].

CAD. ATEN. PRIMARIA 2005; 12: 163-165

### ¿QUÉ ES LA DIABETES GESTACIONAL?

Es toda aquella alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo. La diabetes gestacional (DG) traduce una insuficiente adaptación a la insulínresistencia que se produce en la gestante.

Es la complicación más frecuente del embarazo. Su frecuencia es variable según los distintos estudios, poblaciones y criterios diagnósticos utilizados, afectando en torno al 1-14% de los embarazos.

Su importancia radica en que la diabetes gestacional aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como son: sufrimiento fetal, macrosomía, muerte intrauterina y problemas neonatales. No aumentando la incidencia de malformaciones congénitas.

### ¿DEBE HACERSE DESPISTAJE DE DIABETES GESTACIONAL EN TODAS LAS EMBARAZADAS?

En la actualidad la recomendación más extendida es la de clasificar previamente a todas las embarazadas según el nivel de riesgo de padecer Diabetes Gestacional, y en función del mismo actuar de diferente manera. Así es que tendremos tres grupos:

- Mujeres con riesgo bajo: Son aquellas que tienen menos de 25 años, normopeso, ausencia de antecedentes familiares de diabetes (familiares de primer grado), ausencia de antecedentes personales de alteraciones del metabolismo de la glucosa o de malos antecedentes obstétricos y que no pertenezcan a un grupo étnico de alto riesgo. En este grupo no sería necesario realizar ningún tipo de despistaje.
- Mujeres con riesgo moderado: Son aquellas que tienen 25 o más años de edad y ningún otro factor de riesgo. En este grupo la recomendación es realizar un test de O'Sullivan entre las semanas 24-28 de gestación.
- Mujeres con riesgo alto: Son aquellas que tienen uno o más de los siguientes factores de riesgo: obesidad importante (IMC >30), glucosuria, antecedentes personales de diabetes gestacional o patología obstétrica, antecedentes familiares de diabetes en primer grado. En

este grupo se recomienda hacer el despistaje con el test de O'Sullivan en la primera visita, entre las semanas 24-28 y entre las semanas 32-36 del embarazo.

Por lo tanto deberían recogerse los factores de riesgo de DG en la primera visita de la embarazada, para hacer una inmediata valoración.

### ¿QUÉ ES EL TEST DE O'SULLIVAN?

El test de O'Sullivan consiste en la valoración de la glucosa plasmática venosa una hora después de la ingesta oral de 50gr de glucosa, en cualquier hora del día e independientemente de la ingesta o no de alimentos previa. No es necesario una dieta especial en los días previos a la prueba.

Si las cifras de glucosa en plasma venoso son superiores a 140 mg/dl (7,8 mmol/l), se considera el test de O'Sullivan positivo y se debería realizar una sobrecarga oral a la glucosa (SOG) para confirmar el diagnóstico de diabetes gestacional. La sensibilidad de este test es del 80%.

### ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA DIABETES GESTACIONAL?

Si la glucemia basal es > 125 mg/dl o una glucemia cualquiera es > 200 mg/dl, precisando en ambos casos su repetición para confirmarlo, la paciente quedará diagnosticada de DG. En todos los demás casos será preciso realizar una sobrecarga oral de glucosa, que consiste en la administración de 75 ó 100 gr. de glucosa a una embarazada (dependiendo de los criterios a utilizar), midiendo los niveles de glucosa en sangre al inicio y posteriormente cada hora. Es necesario realizarla por la mañana, en ayuno de aproximadamente 10-12 horas y con una dieta los tres días previos a la prueba de una cantidad igual o superior a 150 gr/día de hidratos de carbono y actividad física normal. Durante la prueba, es necesario mantenerse en reposo, sentada y abstenerse de fumar.

### ¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DIABETES GESTACIONAL CON LA SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA?

En la actualidad no existe consenso a nivel internacional sobre este aspecto, por lo que existen tres criterios diferentes:

1. Sobrecarga con 100 gr. de glucosa y determinación de glucemia al inicio, 1 hora, 2 horas y 3 horas. Se considera diagnóstica de DG si dos o más valores son iguales o superiores a lo normal. Si solamente un valor excede los límites sería diagnosticada de intolerancia a la glucosa en el embarazo y se repetiría la prueba en tres o cuatro semanas. Es la recomendada por la American Diabetes Association (ADA) desde 1997. Es la más utilizada en la actualidad y la mejor validada.
2. Sobrecarga con 75 gr. de glucosa y determinación de glucemia al inicio, 1 hora y dos horas. Se considera diagnóstica si dos o más valores son iguales o superiores a lo normal. Si solamente un valor excede los límites sería diagnosticada de intolerancia a la glucosa en el embarazo y se repetiría la prueba en tres a cuatro semanas. Es aceptada por la ADA, sin embargo reconocen que no está tan bien validada esta prueba como la anterior.
3. Sobrecarga con 75 gr. de glucosa y determinación de glucemia a las 2 horas. Se considera diagnóstica si su valor es igual o mayor a 140 mg/dl. Es la recomendada por la OMS y por el Consenso Europeo de 1999. Es más simple y más sensible que las otras, sin embargo con estos criterios se multiplica por cinco la incidencia de DG.

TABLA 1

Tiempo	ADA	OMS, Consenso Europeo	
	Sobrecarga con 100 gr	Sobrecarga con 75 gr.	Sobrecarga con 75 gr.
Basal	95	95	
1 Hora	180	180	
2 Horas	155	155	140
3 Horas	140		

**¿CUÁLES SON LAS INDICACIONES DE LA SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA?**

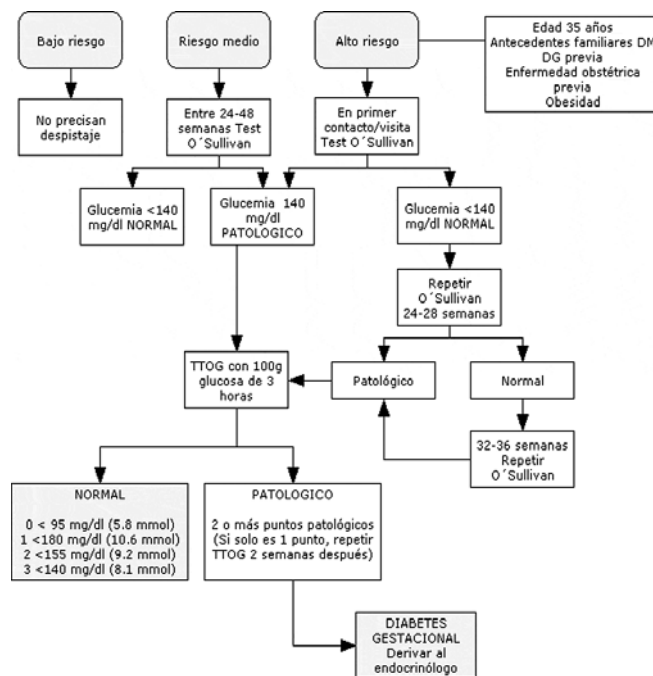
1. Se debe realizar en todas las embarazadas que tengan una glucemia basal entre 105-125 mg/dl.
2. En todas aquellas gestantes en que resulte positivo el test de O'Sullivan.

**¿QUÉ HACER CUANDO ES POSITIVA?**

1. El seguimiento de la diabética gestacional se puede asumir en Atención Primaria, siempre que estén en marcha el programa de Diabetes y el de Embarazo, y exis-

FIGURA 1

Algoritmo diagnóstico de la Diabetes Gestacional



ta una buena coordinación con el obstetra. En caso contrario:

2. Derivar a la gestante al Servicio de Tocología y/o Endocrinología.

Los cuidados que precisa la embarazada con diabetes gestacional son:

- Dieta: Es el pilar fundamental. Se recomienda una dieta equilibrada con 6 ingestas al día y relativamente hipocalórica si el IMC >27.
- Ejercicio regular: al menos caminar durante 1 hora al día.
- Autoanálisis de glucemia capilar: debe hacerse a diario pre y postprandial.
- Autoanálisis de cetonuria antes de desayunar, sobre todo si la dieta es hipocalórica.
- Tratamiento farmacológico:
  - Antidiabéticos orales: Están contraindicados.
  - Insulina: preferentemente humana. Está indicada si en una semana presenta en 2 o más ocasiones: glucemias basales iguales o mayores de 95 y/o postprandiales iguales o mayores de 120 mg/dl, medidas en sangre capilar. Se recomienda comenzar con 0,2-0,3 UI/Kg/día de insulina intermedia repartida en dos dosis 2/3 antes desayuno y 1/3 antes de la cena.

- **Controles:** Se recomienda acudir a revisiones cada 15 días para hacer valoración control glucémico, tensión arterial y peso. Además se realizarán mensualmente controles de hemoglobina glucosilada. Todo esto además de los controles rutinarios de cualquier gestante.

### **¿ES PRECISO HACER ALGÚN CONTROL EN EL POSTPARTO?**

A las seis semanas tras el parto o al finalizar la lactancia se practicará SOG con 75 gr, midiéndose la glucemia basal y a los 120 minutos, para reclasificar a la paciente como normal, glucemia basal alterada, intolerante a la glucosa o diabética.

Si la sobrecarga es normal se realizarán glucemias basales cada año y se recomendará evitar sobrepeso, realizar ejercicio y dieta equilibrada. No hay que olvidar que al cabo de 10 años entre un 30 y un 50 % presentan una diabetes tipo 2 establecida.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- American Diabetes Association. Diagnosis and Clasification of Diabetes Mellitas. Diabetes Care 2005; 28: S37-S42.
- Cano- Pérez JF, Franch J, Mata M. Guía de tratamiento de Diabetes tipo 2 en Atención Primaria. 4ª edición. Elsevier 2004.
- European Diabetes Policy Group 1999. A desktop guide to type 2 diabetes Mellitus. Diabet Med 1999; 16: 716-730 [Medline]
- Grupo de Diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía Clínica de Diabetes Mellitus en Medicina de Familia. [En línea]. [Fecha de consulta 30 de Agosto del 2005]. Disponible en URL: <http://www.cica.es/aliens/samfyc>
- The College of Physicians & Surgeons of Manitoba. Guideline Women's Health. Screening and diagnosis of diabetes in pregnancy. Enero 2.000
- Carrera M, Goday A. Diabetes Gestacional. Jano 2005; 68: 1207-1213
- Buchanan TA, Xiang AH. Gestational diabetes mellitus. The Journal of Clinical Investigation 2005; 115: 485-489.