

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

**Dr. Aníbal Rodríguez Pecora
Facultad de Ciencias Médicas - UNR
Hospital Provincial del Centenario**



Se define a la **Diabetes Mellitus Gestacional (D.M.G.)** cualquier grado de intolerancia a la glucosa que comienza o es detectada por primera vez durante el embarazo.

No implica tipo de tratamiento.

Frecuencia: varía de 1 - 14% según estadísticas

ADA \bar{X} : 7%

OMS \bar{X} : 4% cursos de postgrado

Sería el cuadro endocrino más frecuente

\leq 90% descubierta en embarazo

\leq 8% DM2 preexistente

\leq 4% DM1 preexistente

Riesgos: durante el embarazo y postparto

- **Mortalidad perinatal**
- **Complicaciones metabólicas en el recién nacido (hipoglicemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, policitemia).**
- **Distress respiratorio**
- **Preeclampsia**
- **Polihidramnios**
- **Macrosomía . . . trauma obstétrico**
- **Aumento en indicación de cesárea**
- **Aumento de malformaciones**

Riesgos: a largo plazo

- **Desarrollo de DM en la madre**
- **Obesidad y DM en la infancia del recién nacido**

Valores glicémicos en embarazo normal en ayunas (plasma venoso): 60 - 75 mg%

Valores ≥ 105 mg% lo predisponen a las complicaciones arriba mencionadas

Por qué sucede la D.M.G.?

Debemos considerar el embarazo como un estado diabetogénico con resistencia insulínica e hiperinsulinismo

Durante el 2º y 3º trimestre hay un aumento de la somatotrofina placentaria y lactógena, CRF y progesterona también placentarias, probables responsables de esos cambios metabólicos.

Cuando la secreción de insulina no alcanza:
D.M.G.

Diagnóstico:

Glicemia en ayunas ≥ 126 mg% (repetida)

Glicemia ocasional ≥ 200 mg% (repetida)

2 Glicemias ≥ 105 mg%

Pesquisa:

**entre 24 - 28 semanas: 50 mg glucosa
a cualquier hora, sin ayunas**

< 140 mg%: no D.M.G.

> 140 mg%

TTG oral 100 g glucosa

0 hr.: 95 mg%

1 hr.: 180 mg%

2 hr.: 155 mg%

3 hr.: 140 mg%

Otros criterios: TTG oral con 75 g y 2 hr.

ADA

0 hr.: 95 mg%

1 hr.: 180 mg%

2 hr.: 155 mg%

OMS

0 hr.: > 125 mg

2 hr.: > 140 mg

No validadas absolutamente respecto a riesgos materno y fetal.

PESQUISA SELECTIVA

VS.

UNIVERSAL

- 1. Los valores de los tests son arbitrarios y sólo han sido validados respecto de aparición de DM materna.**
- 2. No hay aún investigaciones (grandes y confiables) que nos digan cuál es el mejor test para predecir morbi-mortalidad.**
- 3. Si se toman en cuenta factores de riesgo o antecedentes para realizar test quedan sin detectar 50% de D.M.G.**
- 4. Costo - efectividad?**

Reproducibilidad de TTG oral: 64 p.

(con "Challenge Test" o Test de desafío anormal)

48 nl/nl ; 2 anl/anl ; 11 nl/ anl ; 3 anl/nl

50 / 64 (78%) es reproducible

TTG oral de 100 g y 3 hr.

Tratamiento clínico de la DMG

Plan alimentario

Auto - monitoreo

Insulina

Plan alimentario: 40% HdC / 20% Pr. / 40% Lip.

**Calorías: \pm 30 Kcal/Kg/día cuando peso normal
evolución periódica de peso y ajuste**

\pm 24 Kcal/Kg/día cuando sobrepeso

\pm 15 Kcal/Kg/día cuando obesidad

\pm 40 Kcal/Kg/día cuando delgadez

Ejercicio ?

- **Caminatas y músculos de 1/2 superior**
- **Control contracciones uterinas**
- **Evitar ejercicios en posición supina**
- **Contraindicada en: HTA de embarazo, rotura temprana de membranas, incompetencia cervical, crecimiento fetal alterado, metrorragia, etc.**

Cuándo insulinizar ? (ADA) \pm 15%

- **Glucemia en ayunas \geq 105 mg% (repetida)**
- **Glucemia 1 hr. p.pr. \geq 155 mg% (repetida)**
- **Glucemia 2 hr. p.pr. \geq 130 mg% (repetida)**

Cuándo insulinizar ?

- **Glucemia en ayunas ≥ 95 mg% (repetida)**
- **Glucemia 2 hr. p.pr. ≥ 120 mg% (repetida)**

ALADI 2005 – Am. C. O. – G. 2001

Otros Autores:

- **Glucemia en ayunas ≥ 90 mg% (repetida)**
- **Glucemia 1 hr. p.pr. ≥ 120 mg% (repetida)**

Peterson – Jovanovic P. - 1991

Insulinización

- Usar INPH y Corriente (Regular) Humanas.
- Régimen de acuerdo a controles de laboratorio y automonitoreo.
- INPH antes de acostarse (o antes de cena) cuando queremos controlar glicemia de ayuno.
- También NPH a la mañana temprano, cuando los valores son inadecuados post-almuerzo y vespertinos.
- I. Corriente (o Regular) para corregir valores inadecuados post-prandiales (≥ 130 mg%).

No hay aún experiencia suficiente con análogos de insulina.
Idem con nuevos hipoglucemiantes.

Pacientes con DM1

- Planear embarazo.
- Información sobre anomalías congénitas y su prevención.
- Información detallada de controles, automonitoreo, mezclas de insulinas, cuidados alimenticios, ejercicios, etc.
- Pesquisa de complicaciones: retinopatía, nefropatía, neuropatía visceral, etc.
- Información sobre posibles complicaciones maternas, fetales y neonatales.

Fecha de parto. . . o cesárea ?

"Adelantar" o "esperar" ?

"Madurar" vs. "muerte in útero"

DMG de control excelente:

39 - 40 sem. + parto espontáneo vaginal

DMG de control inadecuado:

37 - 38 sem.

(evaluar madurez pulmonar)