



Innovación y experiencia al servicio del paciente

Diabetes Gestacional

Actualización en
Obstetricia La FE

Curso de Formación
Continuada de la SEGO
VALENCIA

Hospital Universitari i
Politécnic La Fe
Salón de Actos
9 y 10 Marzo de 2017

Dr. Vicente Campos Alborg
Servicio de Endocrinología y Nutrición
Unidad de Diabetes de Referencia



DEFINICIÓN

¿Qué es la diabetes gestacional?



- Alteración de la tolerancia a la glucosa, de gravedad variable, con detección durante la gestación.
- La DG afecta aproximadamente a un 7 % de las embarazadas.
- Independientemente del tratamiento que precise y de que la alteración persista tras la gestación
- No incluye la posibilidad de que antes de la gestación hubiera una alteración no detectada de la tolerancia a la glucosa.



DIAGNÓSTICO

Vale la pena



- El tratamiento adecuado disminuye la tasa de complicaciones perinatales graves en un 33%.
(Crowther et al, NEJM 2005)
- Hay que tratar y hacerlo bien.



COMPLICACIONES

- Recién nacido grande para la edad gestacional: distocias
- Preeclampsia: relacionado con la resistencia insulínica
- Polihidramnios
- Mortalidad fetal
- Morbilidad neonatal: hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia



CRIBADO

¿A quién?



Mujeres con uno o más de los siguientes factores de riesgo

- Edad mayor de 25 años
- Familiar de primer grado con diabetes mellitus
- Obesidad
- Raza o etnia de riesgo elevado
- Hiperglucemia previa
- Antecedentes obstétricos desfavorables



En nuestro medio el cribado selectivo no es aconsejable

- La mayoría de las gestantes son mayores de 25 años
- La alta prevalencia de diabetes gestacional no es atribuible únicamente a la edad materna
- El mejor test de cribado es el de O'Sullivan



Sensibilidad diagnóstica utilizando diferentes puntos de corte en la sobrecarga oral con 50 g de glucosa

Punto de corte	Porcentaje de gestantes que precisarán TTOG	Sensibilidad diagnóstica (%)
$\geq 7,8$ mmol/l (≥ 140 mg/dl)	14-18	80
$\geq 7,2$ mmol/l (≥ 130 mg/dl)	20-25	90

DMG: diabetes mellitus gestacional; TTOG: prueba de tolerancia oral a la glucosa.



Cuando hacer cribado

- Primer trimestre: gestantes de alto riesgo
- Segundo trimestre (24-28 sem): UNIVERSAL
- Tercer trimestre: no estudiadas en el 2º trimestre.



DIAGNÓSTICO

¿Cómo?



Criterios diagnósticos

Origen	Test de O'Sullivan	Carpenter & Coustan	OMS	HAPO
Año Recomendado por Dosis de glucosa	1980-1991 NDDG 1ª y 3ª WC 100 g	1982 4º WC y 5ª WC 100 g	1998 OMS 75 g	2010 IADPSG 75 g
Basal (mg/dL)	105	95	125-110?	92
1 h	190	180		180
2 h	165	155	200-140	153
3 h	145	140		
Nº de puntos anormales	2	2	1	1



Controversias sobre uso criterios IADPSG

- Tienen base clínica más fundamentada
- Suponen un aumento importante de la prevalencia (33%)
- Los resultados clínicos han sido favorables en estudios observacionales

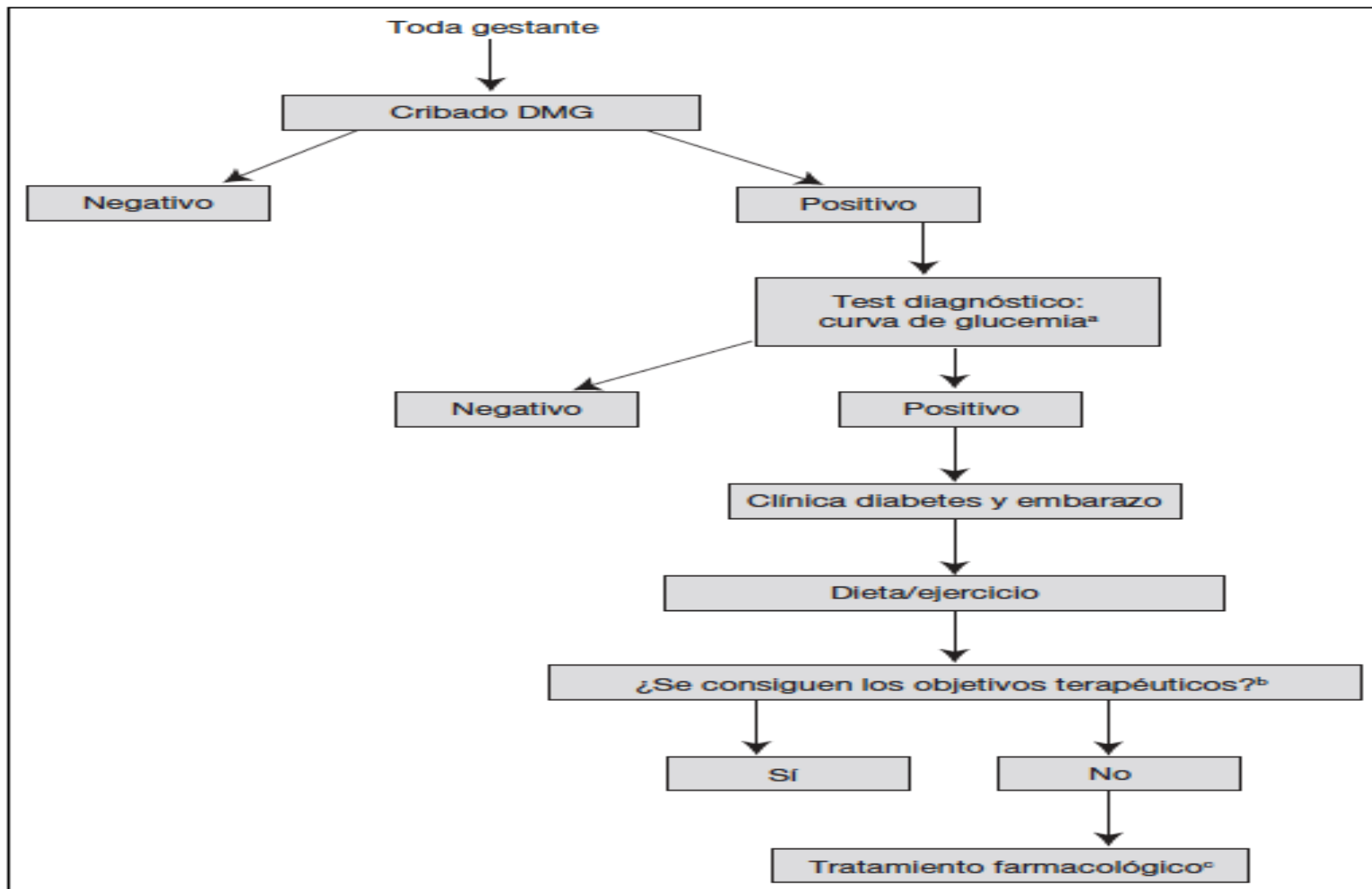


Controversias sobre uso criterios IADPSG

- No mostró riesgo de sobretratamiento
 - 80% tratamiento nutricional
 - 20% insulinización
- Disminución del RN de bajo peso en un 6,5%
- En nuestro medio identificarían a un grupo de gestantes con morbilidad perinatal inferior a su objetivo
- No han sido testados con ensayos clínicos aleatorizados.



Innovación y experiencia al servicio del paciente





TRATAMIENTO

Metabólico



TRATAMIENTO

- Tiene como objetivo la normoglucemia
- Autodeterminación de glucemia capilar
- Criterios de control
 - Glucemia basal ≤ 95 mg/dL
 - Glucemia postprandial 1 h ≤ 140 mg/dL
 - Glucemia postprandial 2 h ≤ 120 mg/dL
- Se trata de un valor predictivo imperfecto
- Complementar con datos ecografía (circunferencia abdominal $> p75$ en el 3er trimestre)



DIETA

- Se basa en la distribución y limitación de los carbohidratos de absorción rápida
- Redistribución posterior si fuera necesario
- Mantener aporte calórico adecuado
- No se debe inducir cetogénesis
- Grasas saturadas aumentan insulino-resistencia y los carbohidratos de bajo índice glucémico rebajan requerimiento de insulina.



EJERCICIO

- Disminuye la glucemia basal y postprandial
- Al menos 3 episodios de más de 15 minutos por semanas durante 2-4 semanas
- No se puede recomendar un ejercicio concreto.
- No hay estudios comparativos frente a insulina



FÁRMACOS ORALES

- Estudios con glibenclamida y metformina muestran un buen perfil de seguridad
- Metanálisis de 15 ensayos con glibenclamida y metformina muestra:
 - Mayor riesgo de macrosomía
 - Mayor riesgo de hipoglucemias neonatales
- Resultados perinatales algo mejores con metformina que con insulina



TRATAMIENTO INSULÍNICO

- Ha demostrado de forma más consistente una reducción de la morbilidad fetal.
- Tratamiento en pauta bolo-basal
 - Prandial 0,05-0,1 UI/Kg/día
 - Basal 0,1-0,2 UI/Kg/día



TRATAMIENTO INSULÍNICO

- Humanas: NPH y Regular.
- Análogos rápidos: Lispro y Aspart.
- Glargina no contraindicada
- Detemir más segura
- Los análogos de insulina rápida ofrecen ventajas, aunque no hay estudios de resultados perinatales



TRATAMIENTO OBSTÉTRICO

- Ecografía primer trimestre: detección de malformaciones
- 28-32 semanas para detección de crecimiento fetal acelerado
- Finalización y asistencia parto como gestantes sin DG
- Monitorización glucémica al recién nacido postparto



SEGUIMIENTO

Postparto



- La mayoría de las mujeres vuelven a la normoglucemia tras el parto
- Riesgo más elevado de desarrollar DM2, síndrome metabólico y mortalidad
 - Hasta un 20% presentan tolerancia anormal a la glucosa postparto
 - 30-60% presentan nuevamente DG en el siguiente embarazo.
 - El riesgo de desarrollar DM 2 es de un 8 % anual.
 - Tienen un mayor riesgo de presentar enfermedad cardiovascular y a una edad más joven que las que no tienen historia de DG.



TRAS EL PARTO

- Suspendir insulina.
- Individualizar autocontroles.
- Tras 12 semanas o una vez finalizada la lactancia materna se realiza SOG con 75 g
 - Si es normal: seguimiento cada 3 años.
 - Si tolerancia anormal a la glucosa: seguimiento anual.
 - Si diagnóstico de DM 2: seguimiento como paciente diabético



PREVENCIÓN

- Promoción de hábitos de vida saludables
- En situación de prediabetes pueden utilizarse fármacos (indicación no aprobada)
- En futuras gestaciones:
 - Evaluación pregestacional
 - Cribado precoz



En Resúmen...

- Diagnóstico proactivo: cribado universal
- Hacen falta estudios clínicos aleatorizados para establecer criterios diagnósticos
- Tratamiento basado en objetivos de glucemia capilar y por crecimiento fetal
- La insulina es el fármaco de elección
- Se requieren acciones de seguimiento de las madres



Muchas gracias