

Actualización Diabetes Gestacional

Introducción

Se llama diabetes gestacional (DG) a la alteración global del metabolismo especialmente demostrable a nivel de los hidratos de carbono que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo¹.

Aunque esta entidad ha sido reconocida por décadas, su significado potencial así como los criterios de rastreo y diagnóstico, el monitoreo óptimo y las estrategias de tratamiento continúan siendo motivo de controversia.

No hay acuerdo universal sobre como diagnosticar DG, siendo la Curva de Tolerancia Oral a la Glucosa (CTOG) el método diagnóstico más ampliamente usado. Este método debe ser revalidado para precisar su valor en la predicción de un pobre resultado perinatal y el riesgo de desarrollar diabetes a lo largo de la vida^{2,3}.

Epidemiología

La prevalencia de Diabetes tipo II en la población varía según la raza, el lugar y la metodología diagnóstica utilizada. En los Estados Unidos se reporta un promedio del 4% con un rango de 1 a 14%. Hay 135 000 nuevos casos al año. En nuestro medio se ubica en 7%. A pesar de una aparente unanimidad de criterio entre los obstetras y diabetólogos, existe aún una considerable controversia con respecto a la significación de DG⁴.

De los embarazos complicados por diabetes sólo un 10 % son pacientes previamente conocidas como diabéticas y el 90% restante son DG. Por otro lado, hay evidencia que respalda el concepto que el rastreo masivo no justifica el gasto de tantos recursos^{5,6}.

Fisiopatogenia

Durante la gestación la secreción de insulina se mantiene y se produce un aumento de la supresión por glucagón. Los cambios fisiológicos del embarazo conllevan a un deterioro de la acción periférica de la insulina, especialmente después de la semana 24. El antagonismo a la insulina que se desarrolla durante el embarazo es debido a la acción del lactógeno placentario y en menor grado al efecto estrogénico y progesteronal. La secreción de insulinas placentarias también contribuye a la diabetogenicidad.

Sistemática de estudio

No hay acuerdo universal en como diagnosticar diabetes gestacional. La anamnesis exhaustiva en el primer control prenatal es un método de rastreo costo-efectivo. Deben interrogarse con especial cuidado los antecedentes familiares, obstétricos desfavorables, ganancia de peso en el embarazo en curso, peso pregestacional, macrosómicos previos, partos pretérminos anteriores, embarazos múltiples y abortos habituales. El examen clínico debe incluir la medición de la altura uterina y su correlación con el percentilo para edad gestacional (CLAP-OMS).

El test de carga con 50g de glucosa oral (P50), diseñado por O'Sullivan en 1973 es uno de los tests más usados para rastrear DG. El punto de corte para P50 se estableció en 140mg./dl. en plasma venoso. En la recomendación de la 4ª conferencia internacional el American Diabetes Data Group y la American Diabetes Association (ADA) recomendaron rastreo selectivo a aquellas pacientes con: 1) BMI mayor a 25, 2) edad mayor a 25 años, 3) miembros de grupos de alta prevalencia (americanas, afrolatinas e hispanas) o 4) aquellas con antecedentes familiares u obstétricos desfavorables. La OMS basándose en su difusión fuera del embarazo, postula la administración de una carga de 75 g de glucosa (P75). Debido a que fuera del embarazo el método de ras-

treo es la glucemia en ayunas, Reichelt y col. decidieron utilizarla como método de rastreo en DG en un estudio de cohorte con 5 579 mujeres mayores de 20 años entre las 24 y las 28 semanas sin diagnóstico previo de diabetes. Como prueba diagnóstica realizaron curva con 75g de glucosa (OMS). Para la detección de diabetes, la glucemia en ayunas de 89 mg/dl logró una sensibilidad del 88% y una especificidad del 78%, identificando el 22% de las pacientes como positivas. Para la detección de la tolerancia a la glucosa disminuida un valor de 85 mg/dl alcanzó una sensibilidad y una especificidad del 68%, identificando como positivas al 35% de las pacientes. Bajando el umbral a 81 mg/dl aumenta la sensibilidad al 81% pero disminuye la especificidad al 54% rotulando como positivas el 49% de las pacientes. En conclusión, un punto de corte de 85 mg/dl es una buena opción para el diagnóstico de ambas categorías. Una concentración plasmática >200 mg/dl (11.1 mmol/l) en cualquier condición y fuera del contexto de una prueba de sobrecarga de glucosa sugiere un estado diabético y requiere confirmación tan pronto como sea posible.

La Curva de Tolerancia Oral a la Glucosa con 100 g es el test diagnóstico para DG y debe ser realizado con cualquier prueba de rastreo positiva. Idealmente, se recomienda realizarla entre las semanas 24 y 28, momento en que se instala la macrosomía, evidenciándose entre las semanas 28 y 32. Dos valores alterados de la curva hacen diagnóstico de DG. Un valor alterado no requiere tratamiento^{7,8}.

Tratamiento

La importancia del diagnóstico temprano de DG radica en que la instauración del tratamiento antes de la semana 32 permite disminuir la tasa de macrosomía, complicaciones intraparto tales como la distocia de hombro, la fractura clavicular y daño del plexo braquial así como también la tasa de cesáreas en estas pacientes. Sin embargo, no existe evidencia de que modifique la asociación con la preeclampsia, que se encuentra en el 25 % de las pacientes con DG⁹.

El automonitoreo glucémico ha resultado útil en el manejo de estas pacientes. No hay evidencia sobre la necesidad de variar la frecuencia del control ecográfico ya que el diagnóstico de macrosomía por ultrasonografía tiene tanta probabilidad de error como las maniobras de Leopold, siendo estas últimas más costo-efectivas. El control de vitalidad en las pacientes sin requerimiento de insulina es igual que en el embarazo de bajo riesgo⁹.

El objetivo del tratamiento es mantener niveles de glucemia promedio entre 90 y 100 mg/dl.

Dieta y actividad física

El primer escalón del tratamiento es la educación diabetológica, la dieta y el ejercicio. La dieta recomendada debe calcularse en 30 kcal/peso teórico, con 30% de hidratos de carbono, 40% de proteínas y 30% de grasas, para pacientes con BMI entre 20 y 28. No hay acuerdo sobre valores para pacientes obesas. Debe recomendarse ejercicio matinal, caminata aeróbica 30 a 45 minutos, idealmente entre las 8 y 10 hs, en coincidencia con el pico de las insulinas placentarias.

Tratamiento con Insulina

La terapéutica insulínica debe instaurarse ante la persistencia de valores de hiperglucemia con dieta y ejercicio. Estas pacientes deben manejarse en un centro terciario. La insulina de elección es NPH, la dosis debe calcularse como 0.5-0.7 UI/kg/día, divididos en 2/3 en ayunas y 1/3 por la noche. La utilización de in-

ulina cristalina debe restringirse a los casos en los que los valores glucémicos superen los 150 mg/dl en ayunas y 200 mg/dl post-prandiales. La dosis de insulina corriente es 1 UI cada 10 mg por encima del valor esperado (150 mg/dl en ayunas o 200 mg/dl post-prandial.). Una vez instaurada la terapéutica insulínica el control de salud fetal debe ser exhaustivo, no existiendo evidencia contundente sobre la frecuencia de realización del monitoreo fetal anteparto que por consenso se realiza cada 72 hs^{10,11}. La finalización electiva del embarazo no ha demostrado disminuir la tasa de cesáreas, macrosomía y complicaciones intraparto vinculadas a estas últimas^{8,9}.

Consejo y educación al paciente y a su familia

El embarazo es una etapa en la cual las pacientes consultan tal vez por primera vez al sistema de salud, siendo un momento especialmente útil para la educación sanitaria. Debe remarcarse a estas pacientes la necesidad de realizarse una prueba de tolerancia a la glucosa en el puerperio alejado (2 meses post-parto) y realizar prevención primaria de eventos cardiovasculares con especial atención al mantenimiento de un BMI entre 20 y 25 en el climaterio, etapa en la que un tercio de estas pacientes desarrollaran algún grado de intolerancia a los hidratos de carbono.

Dra. María Natalia Basualdo [Servicio de Alto Riesgo. Maternidad Sardá]

Referencias

1. Normas Maternidad Sardá 1994.
2. College of Physicians & Surgeons of Manitoba. Guideline: Women's Health. N° 3. 2000 Jan 4.
3. Canadian Medical Association. 1998 Clinical Practice Guidelines for the management of Diabetes in Canada. CMAJ; 1998 Octubre 20 suppl. 1.
4. Langer O, Levy J, Brustman L et al. Glycemic Control in gestational Diabetes: how tight is tight enough: small for age versus large for gestational age? Am J Obstet Gynecol 1989; 161: 646-651.
5. Kitzmiller JL, Elixhauser A, Carr S et al. Assessment of costs and benefits of management of gestational diabetes mellitus. Diabetes Care 1998; 123-30.
6. Whaley & Wong. 1ra. Edición Española 1995 Mosby/ Doyma.
7. Vogel N, Burnand B, Vial Y, Ruiz J, Paccaud F, Hohlfeld P. Screening for gestational diabetes: variation in guidelines.
8. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000; 91: 29-36.
9. Boulvain M, Stan C, Irion O: Elective Delivery in diabetic pregnant women (Cochrane Review) The Cochrane Library, Issue 3, 2000.
10. American Academy of Family Physician -ACOG- Practice guidelines on Fetal Macrosomía. American Family Physician 2001.
11. Lucas, MJ: Diabetes complicating pregnancy. Obstetrics & Gynecology of North America 2001; 28: 513-36.



Actualización