

# Diagnóstico de la Diabetes Mellitus Gestacional

Jorge Ludwing Duarte Cala<sup>1</sup>  
Integrantes del GREDIA<sup>2</sup>

**R**esumen y recomendaciones de la IV Conferencia Internacional sobre la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), de la Asociación de Diabetes Americana (ADA). Chicago, Marzo 14 de 1997.

La prevalencia de la DMG ha ido aumentando en el mundo, en paralelo con el aumento de la prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), con tasas que oscilan entre 1 – 15% dependiendo de la población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados. En Colombia no conocemos la prevalencia de la DMG, pero esta entidad es causa frecuente de consulta prenatal o de hospitalización en las salas de recién nacidos.

Por muchos años se ha utilizado los criterios de Sullivan y Mahón, pero existe evidencia de que grados de intolerancia a la glucosa menores que los tradicionalmente establecidos por ellos como criterios para el diagnóstico de DMG, pueden estar asociados con un aumento del riesgo de consecuencias perinatales adversas.

Los estudios indican que cuando se diagnostica DMG y es tratada intensivamente, el riesgo de muerte fetal intrauterina no es mayor que el de la población obstétrica general. Igualmente la frecuencia y severidad de la morbilidad perinatal, en particular la macrosomía fetal y sus consecuencias, son menores cuando la DMG es manejada intensivamente que cuando su manejo no es intensivo.

Un feto con un mayor peso al esperado para su edad gestacional,

<sup>1</sup> Md. Especialista en Medicina Interna y Endocrinología.  
<sup>2</sup> Grupo Santandereano para el Estudio de la Diabetes (GREDIA)

**Correspondencia:**  
Universidad Autónoma de Bucaramanga. Facultad de Medicina A.A. 1642.

resultante primariamente del aumento de la masa del tejido adiposo, es la principal causa de morbilidad neonatal en la DMG, debido a la mayor necesidad de cesárea, y a la mayor frecuencia de trauma al nacer, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia y policitemia.

Estudios de seguimiento prospectivo indican un aumento potencial entre los hijos de madres con DMG del riesgo futuro de obesidad e intolerancia a la glucosa. Igualmente el diagnóstico de DMG indica que tales mujeres tienen un mayor riesgo para desarrollar Diabetes Mellitus (DM) más tarde en su vida, que la población femenina general.

## DEFINICION

La DMG se define como la intolerancia a los carbohidratos, de severidad variable, que comienza o se reconoce por primera vez durante la gestación. Para ello, y con el fin de reducir las inconsistencias diagnósticas hasta ahora observadas, la IV Conferencia Internacional sobre la Diabetes Mellitus Gestacional propuso como puntos de corte los que aparecen en la tabla 1.

**Tabla 1. Estrategias Diagnósticas y de Seguimiento. Nuevos valores límite de glicemia (mg/dl) para el diagnóstico de diabetes mellitus gestacional.**

Momento de la toma de la glicemia	Carga de glucosa	
	100 gr (Curva de tolerancia oral a la glucosa)	50 gr (Test de Sullivan)
Ayunas	≥95	
1 hr	≥ 180	≥ 140
2 hrs	≥ 155	

La implicación clínica que de estos valores se deriva se aplica independientemente de la necesidad o no de insulina como tratamiento, o si la alteración persiste después del embarazo. No excluye la posibilidad de que existiera la intolerancia a la glucosa antes del embarazo y que solo se pudiese reconocer hasta el momento de la evaluación prenatal.

Las mujeres que tienen hiperglicemia en ayunas o intolerancia a la glucosa en el primer trimestre del embarazo, se consideran que tienen diabetes pre-existente.

Entre las semanas 6-12 postparto, todas las pacientes que tuvieron el diagnóstico de DMG, deben ser reevaluadas y reclasificadas de acuerdo a los criterios de DM de la población adulta general. Aquellas mujeres que no reúnen criterios para DM en ese momento deben ser reevaluadas anualmente.

Dos o más glicemias plasmáticas que excedan estos límites hacen el diagnóstico de DMG. La prueba debe ser realizada en la mañana, después de un ayuno de 8-14 horas y después de al menos tres días sin restricción de carbohidratos (≥ 150 g/día de carbohidratos) y actividad física. La paciente debe permanecer sentada y no fumar durante la prueba. No debe estar recibiendo medicamentos que alteren la tolerancia a la glucosa (corticoides, betabloqueadores, simpaticomiméticos, tiazidas, salicilatos) o tener alguna enfermedad infecciosa.

## ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA DE LA DMG

### 1. Determinación de niveles de riesgo

Se ha de medir el grado de riesgo para DMG desde la primera visita prenatal. Se han definido 3 niveles de riesgo, así:

#### a) *Riesgo alto*

- Miembro de un grupo étnico de alta prevalencia de DM2 y uno o más de los siguientes factores de riesgo:
- Obesidad antes del embarazo (IMC ≥ 27)
- Antecedentes de DM2 en familiares de primer grado.
- Edad ≥ 30 años
- Antecedentes de DMG o intolerancia a la glucosa
- Antecedente de pobre resultado perinatal, macrosomía fetal (peso al nacer ≥ 4000 g o ≥ percentil 90 para la edad gestacional); mortalidad perinatal inexplicada, malformaciones congénitas o polihidramnios.

En este grupo se recomienda realizar tamizaje a todas las mujeres desde la primera visita prenatal. Si esta se realiza antes de las semana 24 de edad gestacional y no se hace diagnóstico de DMG, la prueba debe repetirse entre las semana 24-28.

#### b) *Riesgo bajo*

Se consideran en este grupo quienes cumplen cualquiera de los siguientes criterios:

- Miembro de un grupo étnico de baja prevalencia de DM2 (Ej: caucásicos)
- Sin antecedente de DM2 en familiares de primer grado.
- Edad < 25 años
- Peso normal antes del embarazo (IMC = 19 – 24)
- Sin antecedentes de intolerancia a la glucosa.

- Sin antecedentes de pobre resultado obstétrico.

En este grupo no se requiere rutinariamente tamizaje.

c) *Riesgo intermedio*

Mujeres de un grupo étnico de alta prevalencia de DM2 pero que no tienen factor de riesgo adicional (descrito en el grupo de alto riesgo).

Para este grupo realizar tamizaje entre las semanas 24 – 28 de gestación, como es el caso de la población colombiana, ya que se considera un grupo de alto riesgo en virtud de la alta prevalencia de DM2.

## 2. Protocolo diagnóstico

La búsqueda de DMG se hará en dos pasos. Primero, tamizaje con 50 g de glucosa oral (Test de Sullivan). Si el valor a la hora es  $\geq 140$  mg/dL se hará curva de tolerancia a la glucosa oral (CTGO) de 2 horas con carga de 100 gr para clasificación definitiva. Con los nuevos criterios, no se tiene en cuenta la glicemia a las tres horas, como se hacía en el protocolo original de Sullivan y Mahan.

Las mujeres con DMG en un embarazo anterior, a quienes se les diagnostica DM en subsecuentes embarazos, deben ser consideradas como con diabetes preexistente más que como con DMG recurrente, a menos que pueda ser verificado que la tolerancia a la glucosa fue normal entre embarazo y embarazo.

Una glicemia en ayunas  $\geq 126$  mg/dL o una glicemia al azar  $\geq 200$  mg/dL bajo cualquier condición fuera del contexto de una CTGO formal, sugieren diabetes y necesitan una evaluación confirmatoria lo más rápido posible.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Proceedings of the Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1998; 21 (Suppl B): 161 – 7.
2. Deerochanawong C, Putiyanun C, Wungsurat N, et al. Comparison of National Diabetes Data Group and World Health Organization Criteria for detecting gestational diabetes mellitus. *Diabetologia* 1996;39:1070-1073.
3. Helain J, Landy MD; Gómez Marin O: Diagnosing Gestational Diabetes Mellitus: Use of a Glucose Screen Without Administering The Glucose Tolerance test. *Obstetrics and Gynecology* 1996;87:395-400.
4. Hitchman R, Mathur G, McElduff A. Screening for Gestational. *Diabetes Care* 1998;21:674.
5. Jarrett RS. Gestational Diabetes: a non-entity *BMJ* 1993;306: 37-8.
6. Kalhan SC. Protein and nitrogen metabolism in gestational diabetes. *Diabetes Care* 1998;21:75-8.
7. Magee MS, Waiden CE, Benedetti TJ, et al. Influence of Diagnostic Criteria on the Incidence of Gestational Diabetes and Perinatal Morbidity. *JAMA* 1993;269:609 – 15.
8. Márquez A, Mella I, Laun C, et al. Consenso ALAD. Información de la ALAD 1997;5:223-34.
9. Reichel AJ, Spichler ER, Branchtein L, et al. Fasting Plasma Glucose is a useful test for the detection of Gestational Diabetes. *Diabetes Care* 1998;21:1246-9.
10. Sacks DA, Greenspoon JS, Abu-fadil S, et al. Toward universal criterion for gestational diabetes: The 75 gram glucose tolerance test in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1995;172:607-14.