

Prediabetes y diabetes gestacional

Prediabetes and gestational diabetes

**Antonio Márquez Guillén,^I Jacinto Lang Prieto,^I Lemay Valdés Amador,^{II}
Jeddú Cruz Hernández,^{III} Ederlis Guerrero Rodríguez^{IV}**

^IEspecialista de II Grado en Endocrinología. Investigador Titular. Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Investigador Titular. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Endocrinología. Investigador Agregado. Hospital Ginecoobstétrico Docente "América Arias". La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista de I Grado en Endocrinología. Hospital Ginecoobstétrico Docente "10 de Octubre". La Habana, Cuba.

INTRODUCCIÓN

Para tratar un tema de vital magnitud la comisión que analizó y evaluó la temática se plantea 2 preguntas, a las que con sólidos argumentos le dan respuesta:

- ¿Existe la prediabetes durante la gestación?
- ¿Prediabetes y diabetes gestacional es lo mismo?

Concepto

Se debe considerar a la diabetes gestacional (DG) como toda intolerancia a los carbohidratos que aparece o se reconoce durante el embarazo, independientemente del momento de la gestación al diagnóstico del trastorno metabólico, si se administra o no insulina, o si desaparece o no después del parto. Por ello, resulta un grupo heterogéneo de situaciones con diferentes expectativas y pronósticos, en dependencia del momento de su presentación y del grado de afectación metabólica que manifieste.^{1,2}

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos aceptados por la OMS son la suma de todas las categorías clínicas de la intolerancia a los carbohidratos en el estado de no embarazo: diabetes mellitus y prediabetes (TGA y GAA), por lo que se considerarán como tal:

- La presencia de 2 o más glucemias en ayunas iguales o superiores a 5,6 mmol/L (100 mg/dL).²⁻⁴
- Una glucemia igual o superior a 7,8 mmol/L (140 mg/dL) 2 h después de una sobrecarga de 75 g de dextrosa anhidra (u 82,5 g de dextrosa monohidratada).²⁻⁴

En cuanto a la glucemia en ayunas, debemos aclarar que las cifras han ido descendiendo fuera del embarazo, desde 7,8 mmol/L, luego 7,0 mmol/L, y al aparecer el término de glucemia en ayunas alterada (GAA) hasta 6,1 mmol/L (110 mg/dL). Más recientemente, la *American Diabetes Association* (ADA), ha llevado esta cota inferior a 5,6 mmol/L (100 mg/dL).² Aunque mantenemos el criterio de la sobrecarga de 75 g de dextrosa y el valor de la glucemia a las 2 h según los criterios de la OMS, hemos aceptado el valor propugnado por la ADA en ayunas para mantenernos unificados a los criterios aceptados fuera del embarazo por el Grupo Nacional de Diabetes, teniendo en cuenta que la mujer embarazada vive con valores de glucemia en ayunas más bajos que los habituales.

En cuanto al mantenimiento de los criterios de la OMS antes referidos, se debe a que los propugnados por la ADA no han demostrado ser superiores en cuanto a determinación de bienestar materno fetal, y resultan demasiado costosos para nuestras realidades (100 g de dextrosa y 4 determinaciones de glucemia, contra 75 g de dextrosa y 2 determinaciones de glucemia).

Detección y pesquisa de DG

En cuanto a la pesquisa de la DG, propugnamos la realización de glucemia en ayunas, solo realizando la PTG entre las 28 y 32 semanas si existen factores de riesgo, o si en cualquier momento del embarazo la glucemia en ayunas es igual o superior a 4,4 mmol/L (80 mg/dL). Este valor de 4,4 mmol/L identifica la población de riesgo que merece realizarse la prueba diagnóstica de acuerdo con estudios realizados en nuestro medio (*Valdés* y otros, en 1988, con 4,4 mmol/L y *Lang* y otros en 2006 con 4,0 mmol/L),³⁻⁵ utilizando como regla de oro el valor diagnóstico a la segunda hora y teniendo en cuenta la máxima sensibilidad y especificidad posibles.

La DG no debe ser considerada como un estado de prediabetes, sino de verdadera diabetes, ya que aunque suele desaparecer después del parto y significar un riesgo incrementado de DM en el futuro, incluir en sus criterios diagnósticos los valores reconocidos de la prediabetes, tiene implicaciones inmediatas en el estado de salud materna y sobre todo fetal. No estamos hablando de riesgos futuros, sino de graves riesgos del embarazo en curso. La DG puede matar al feto, independientemente de su pertenencia a los criterios de DM, TGA o GAA. Por tanto, no podemos diferenciar la atención a uno u otro estamento, por lo que todas las pacientes con algún grado de trastorno hidrocarbonado requieren una atención esmerada por igual.⁶⁻⁸

Una vez concluido el embarazo, el antecedente de DG resulta un factor de riesgo muy importante en la aparición futura de DM o del estadio previo de prediabetes, o de una reincidente DG. En el estudio realizado por *Lang* y otros, en 2006, fue el factor de riesgo de DG más importante, aún más que la glucemia en ayunas, que ocupó el segundo lugar.³ Existe un grupo de factores de riesgo adicionales que dan mayor peso pronóstico a la aparición de cualquier grado de intolerancia a los carbohidratos en el futuro en aquellas mujeres que presentaron una DG, como son, diagnóstico de la DG en la primera mitad del embarazo, necesidad de administración de insulina, fetos macrosómicos y obesidad.^{9,10}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boden G. Fuel metabolism in pregnancy and in Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol Clin N Amer.* 1996;23:1-10.
2. Grupo de Trabajo de Diabetes y Embarazo de ALAD: Consenso Latinoamericano de Diabetes y Embarazo. *Rev ALAD.* 2008;XVI(3): 55-69.
3. Lang J, Márquez A, Valdés L. Glucemia en ayunas como instrumento en la pesquisa de la Diabetes Gestacional. *Rev ALAD.* 2007;15(3):130.
4. Lang J, Márquez A. Diabetes Gestacional. En: *Diabetes mellitus. Visión latinoamericana.* Editores: Juan Rosas Guzmán, Ruy Lyra, Ney Cavalcanti. Río de Janeiro: Editora Uanabara Koogan S.A.; 2009. p. 462-71.
5. Márquez A, Aldana D, González ME, Lang J, Pérez L, Valdés L, Rodríguez BR. Prevalencia de diabetes gestacional en un área de salud de Ciudad de la Habana. *Rev ALAD.* 1996;4:75-80.
6. Metzger BE, Buchanan TA, Coustan DR, de Leiva A, Dunger DB, Hadden DR, et al. Summary and recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care.* 2007;30:S251-S260.
7. Reichelt AJ, Spichler ER, Branchtein L, Nucci LB, Franco LJ, Schmidt MI. Fasting plasma glucose is a useful test for the detection of gestacional diabetes. *Diabetes Care.* 1998;21:1246-9.
8. Rowan JA, Haghe WM, Gao W, Battin MR, Moore MP, for the MiG Trial Investigators: Metformin versus insulin for the treatment of Gestational Diabetes. *N Engl J Med.* 2008;358:2003-15.
9. The HAPO Study Cooperative Research Group: Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med.* 2008;358:1991-2002.
10. World Health Organization. Prevention of Diabetes Mellitus. Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Org. 1994. Tech. Rep. Ser. No. 844.