

## PREGUNTA 61

### ¿Cuáles son los objetivos de control en las pacientes con diabetes mellitus gestacional?

Luis Ávila Lachica<sup>1</sup>, María del Carmen Gómez García<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Consultorio de Almachar. Unidad de Gestión Clínica Vélez-Norte (Málaga)

<sup>2</sup> Médico de familia. Unidad de Gestión Clínica Vélez-Norte. Vélez-Málaga (Málaga)

La definición de un control glucémico óptimo en diabetes mellitus gestacional (DMG) sigue siendo controvertida.

El Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) demostró que la hiperglucemia materna, con cifras incluso inferiores al valor utilizado para definir DMG, está relacionada con importantes trastornos clínicos perinatales. Por otra parte, la macrosomía fetal ocurre incluso con un excelente control glucémico<sup>1</sup>.

El estudio HAPO también demostró que, a pesar de no existir umbral glucémico para el aumento de riesgo de fetos macrosómicos y complicaciones perinatales, es importante mantener controladas las glucemias en la gestante por existir una relación lineal entre niveles de glucemia y complicaciones maternofetales, por lo que es necesaria la práctica de autocontroles de la glucemia capilar tanto preprandiales como, especialmente, posprandiales<sup>2</sup>.

Los objetivos de control glucémico para la American Diabetes Association (ADA)<sup>3</sup> se basan en las recomendaciones del quinto International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus<sup>4</sup>, y son los que se reflejan en la tabla 1. Estos también son compartidos por la Canadian Diabetes Association (CDA)<sup>5</sup> y por el Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE)<sup>6</sup>.

Para el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) los objetivos en la automonitorización glucémica deben individualizarse. Si se trata de una seguridad alcanzable, sin riesgo de hipoglucemias, la glucemia basal debe mantenerse < 90 mg/dl y 1 hora posprandial por debajo de 140 mg/dl. Aunque el pico máximo de glucemia posprandial se produce alrededor de los 90 minutos tras la ingesta, existe variabilidad individual (en la obesidad, por ejemplo, este aparece atrasado). La hemoglobina glucosilada no debe utilizarse rutinariamente para evaluar el control glucémico en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Las mujeres tratadas con insulina deberían realizar un control de glucemia antes de ir a la cama<sup>7</sup>.

Existe la necesidad de ensayos clínicos aleatorizados bien diseñados para confirmar un control glucémico óptimo que minimice los efectos deletéreos tanto en la gestante como en el neonato<sup>8</sup>. Hasta la armonización de estas directrices, la ADA recomienda individualizar y establecer objetivos basados en la experiencia clínica.

Con respecto a la presión arterial, los objetivos para la DMG son 110-129 mmHg de presión arterial sistólica y 65-79 mmHg de diastólica. Cifras inferiores se asocian a retrasos en el crecimiento fetal. Los fármacos antihipertensivos de elección son la metildopa, el labetalol, el diltiazem, la clonidina y la prazosina. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y los antagonistas del receptor

Tabla 1. Objetivos de control glucémicos (mg/dl)

	Glucemia basal	1 hora posprandial	2 horas posprandial
ADA, CDA	< 95	< 140	< 120
NICE	< 90	< 140	

ADA: American Diabetes Association; CDA: Canadian Diabetes Association; NICE: National Institute for Health and Care Excellence.

de la angiotensina 2 están contraindicados, y no se aconsejan los diuréticos porque la depleción del volumen plasmático podría reducir la perfusión uteroplacentaria<sup>9</sup>.

## NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Véase la tabla 2.

Tabla 1 Niveles de evidencia y grados de recomendación

Nivel de evidencia	
2+	No existe un punto umbral de glucemia a partir del cual aumenten las complicaciones materno-fetales
Grado de recomendación	Recomendación
✓*	Los objetivos en la automonitorización glucémica deben individualizarse. Si se trata de una seguridad alcanzable, la glucemia basal debe mantenerse < 90-95 mg/dl y 1 hora posprandial por debajo de 140 mg/dl
✓*	Hay que evitar hipoglucemias y cetonurias
✓*	Los objetivos para la presión arterial en la DMG son 110-129 mmHg de presión arterial sistólica y 65-79 mmHg de diastólica
✓*	Es importante promover de forma precoz la lactancia materna

## BIBLIOGRAFÍA

1. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS, et al.; for the Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) Trial Group. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2005;352:2477-86.
2. HAPO Study Cooperative Research Group, Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2008;358:1991-2002.
3. American Diabetes Association. Position statement. Management of diabetes in pregnancy. *Diabetes Care* 2015;38:S77-9.
4. 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(Suppl 2):S251-60.
5. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Thompson D, Berger H, Feig D, Gagnon R, Kader T, et al. Diabetes and pregnancy. *Can J Diabetes* 2013;37(Suppl 1):S168-83.
6. Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE). Documento de consenso. Guía asistencial de diabetes mellitus y embarazo. *Av Diabetol* 2006;22:73-87.
7. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Diabetes in pregnancy management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period. London: RCOG Press; 2008.
8. Hernández TL. Glycemic targets in pregnancies affected by diabetes: historical perspective and future directions. *Curr Diab Rep* 2014;15:565.
9. Sibai BM. Treatment of hypertension in pregnant women. *N Engl J Med* 1996;335:257-65.