

# Hiperglucemia en el embarazo en Cochabamba, Bolivia

*Hyperglycemia in pregnancy in Cochabamba, Bolivia*

**Karen Griselda Claros-Espinoza**<sup>1</sup>

**Sra. Editora:**

La hiperglucemia en el embarazo es una entidad ampliamente descrita, que afecta al 16,7% de los embarazos (21 millones al año en el mundo), en Latinoamérica 1 de cada 6 embarazos presenta hiperglucemia en el embarazo. Siendo del total de las pacientes con hiperglucemia en el embarazo 9,1 % diabetes mellitus (DM) preexistentes no diagnosticadas, 10,6 % diabetes mellitus preexistentes ya conocidas y 80,3 % diabetes mellitus gestacional (DMG)<sup>1</sup>. Dentro de las dificultades para la identificación y manejo de la DMG, se encuentra el hecho de la divergencia de criterios para su diagnóstico, establecidos por diferentes entidades a nivel local, regional y mundial (Tabla 1). En Bolivia, las guías del Ministerio de Salud publicadas en 2020 consideran que una glucemia  $\geq 105$  mg/dl debería ser interpretada como alterada, aunque no indica específicamente cuál debería ser la conducta a seguir<sup>2</sup>.

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de DMG son el sobrepeso u obesidad, pertenecer a un grupo étnico de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 (nativas americanas, hispanas, afroamericanas, asiáticas), historia de DMG en embarazos previos, historia familiar de DM tipo 2, historia de macrosomía en embarazos previos, datos previos al embarazo de resistencia a insulina, historia de síndrome de ovario poliquístico, entre otros. Según un estudio publicado por Mamani et. Al, en Cochabamba, casi el 70% de los adultos presentan exceso de peso (44,6% sobrepeso, 24,7% obesidad) casi la mitad de las personas presenta además otros componentes del síndrome metabólico<sup>3</sup>. El cribado universal de DMG es recomendado por múltiples organizaciones internacionales, aún en poblaciones sin factores de riesgo, ya que la hiperglucemia en el embarazo se ha relacionado en numerosos estudios con mayor riesgo de macrosomía, grande para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria neonatal, hipoglucemia neonatal, ingreso a cuidados intensivos neonatales, anomalías congénitas, preeclampsia, además de mayor riesgo para la madre y el niño de desarrollar enfermedades metabólicas a largo plazo<sup>4</sup>.

**Tabla 1:** Criterios diagnósticos de diabetes mellitus gestacionala

	100 gr glucosa anhidra	75 gr glucosa anhidra	
	Carpenter-Coustan	IADPSG	ALAD
Glucemia en ayuno	$\geq 95$ mg/dl	$\geq 92$ mg/dl	100 - 125
Glucemia después de 1 hora	$\geq 180$ mg/dl	$\geq 180$ mg/dl	-
Glucemia después de 2 hrs	$\geq 155$ mg/dl	$\geq 153$ mg/dl	140 - 199
Glucemia después de 3 hrs	$\geq 140$ mg/dl	-	-
Organizaciones que recomiendan los criterios	ACOG	IADPSG	NICE
	NIH	ADA	ALAD
		OMS	
		FIGO	

ACOG= Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, NIH= Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, IADPSG= Asociación internacional de grupos de Estudio de diabetes y embarazo, ADA= Asociación Americana de Diabetes, OMS= Organización mundial de la Salud, FIGO= Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, NICE= Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Cuidado de Reino Unido, ALAD= Asociación Latinoamericana de Diabetes

Fuente: elaboración propia en base a las guías disponibles.

<sup>1</sup>Sociedad boliviana de endocrinología, Cochabamba, Bolivia.

<https://orcid.org/>

\*Correspondencia a: Karen Griselda Claros-Espinoza

Correo electrónico: porsiescribes@hotmail.com

Recibido el ----.

Aceptado el ---

Entre mayo y julio de 2019 se recolectó información de las mujeres hospitalizadas en el área de ginecología y obstetricia, atendidas de manera consecutiva por eventos asociados al embarazo en el hospital México de Sacaba, Bolivia, perteneciente al segundo nivel del sistema de salud público. Se obtuvo información de la tarjeta prenatal y del expediente clínico, incluyéndose 154 mujeres, que fueron atendidas por parto vaginal 51% (80 mujeres), cesárea 34,8% (53 mujeres), aborto 13,5% (21 mujeres). En este grupo sólo el 69,4% (107 mujeres) contaban con alguna glucemia reportada en la tarjeta prenatal antes de las 30 semanas. En base a la información disponible y tomando en cuenta los criterios de ALAD, se encontró que 14 pacientes (13,1%) presentaban DMG, mientras que 5 pacientes (4,7%) presentaban DM preexistente no diagnosticada. No se realizó curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG) en ninguna paciente. Entre los desenlaces, la macrosomía se encontró en 10 neonatos (6,4%), no se realizó glucometría en ningún neonato, ni se cuenta con el reporte de requerimiento de terapia intensiva neonatal. No se encontraron diferencias significativas entre las pacientes con hiperglucemia en ayuno y aquellas con normoglucemia en relación a probabilidad de cesárea, aborto espontáneo o macrosomía, probablemente por la falta de realización de CTOG para detectar DMG.

Debido al elevado riesgo de DMG y DM no diagnosticada en la población cochabambina, se requieren estrategias concretas que de forma urgente fortalezcan los conocimientos de los médicos involucrados en el control prenatal, con el fin de identificar y realizar un manejo adecuado de la hiperglucemia en el embarazo, que muchas veces requiere intervenciones de bajo costo como la mejora de los hábitos de alimentación y ejercicio.

Palabras Clave: diabetes mellitus, embarazo, hiperglucemia

Keywords: diabetes mellitus, pregnancy, hyperglycemia

---

### Referencias bibliográficas

1. Magliano JD, Boyko JE. IDF Diabetes Atlas. 10th edn. Brussels Belgium; 2021. Disponible en: 13: 978-2-930229-98-0
2. Ministerio de Salud Estado Plurinacional de Bolivia. Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal. N° 457. La Paz: Cuatro Hermanos; 2020. 84. Disponible en: 4-1-758-18 P.O.
3. Mamani-Ortiz Y, Armaza-Cespedes A, Medina-Bustos M, Luizaga Lopez JM, Abasto-Gonzales DS, Argote-Omonte M, Omonte-Rocha V, Zambrana-Vera A, Illanes-Velarde DE. 2018. Caracterización del perfil epidemiológico del síndrome metabólico y factores de riesgo asociados. Cochabamba, Bolivia. Gaceta Médica Boliviana. 2018;41(2):24-34. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-29662018000200007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662018000200007&lng=es&tlng=es)
4. Malaza N, Masete M, Sumaiya A, Dias S, Nyawo T, Pheiffer C. A Systematic Review to Compare Adverse Pregnancy Outcomes in Women with Pregestational Diabetes and Gestational Diabetes. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(17):10846. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph191710846>