

CONSENSO SOBRE DIABETES GESTACIONAL, UN PROBLEMA URGENTE, QUE COMPROMETE EL FUTURO DE LOS VENEZOLANOS.

Freddy Febres Balestrini.

Instituto de Prevención Cardiometaabólica (IPCAM). Funda Diabetes. Servicio de Endocrinología de la Maternidad Concepción Palacios.

Rev Venez Endocrinol Metab 2016;14(1): 1-4

“La Diabetes Mellitus está emergiendo más rápidamente que cualquier otra catástrofe que el mundo haya visto. La epidemia mermará los recursos de todo el planeta si los gobiernos no despiertan y pasan ya a la acción”

Dr. Martin Silink.

*Presidente de la Federación Internacional de Diabetes
Congreso ADA 2006.*

La diabetes es y será una gran amenaza para la salud humana en el siglo XXI. Esta enfermedad y sus enfermedades asociadas se mantienen sin control y seguirán creciendo en los próximos veinte años ¹. La creciente obesidad y vida sedentaria, el estrés, la mala alimentación y la ausencia de programas de educación para la salud, le están pasando factura a nuestra generación y a las que están por venir. La epidemia ha traído una nueva faceta, la aparición de diabetes tipo 2 en niños y adolescentes, acompañada por obesidad, resistencia a la insulina, hipertensión, hiperlipidemia y enfermedad cardiovascular. Entre el 2003 y el 2025 se prevé un aumento de 88% en la epidemia de diabetes; para el 2014 ya había 387 millones de diabéticos, de los cuales un 46% no sabe que lo es, más 316 millones de prediabéticos, con alto riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes ²; en el 2035 tendremos 205 millones más, alcanzando un total de 592 millones. Lo más grave es que esta epidemia se anidará en los países de medianos y bajos ingresos

como el nuestro, donde la mortalidad como consecuencia de diabetes será del 80% con respecto al 20% en los países desarrollados ³. Esta gran explosión de diabetes tipo 2, se asocia a causas ambientales, que tiene una importante influencia epigenética. El estilo de vida que hemos adoptado, caracterizado por vida sedentaria y una dieta de alimentos procesados, densos en energía, con alto contenido de azúcares simples y grasas saturadas, además de sobrepeso y obesidad, parece haber activado genes preexistentes, el resultado ha sido la aparición precoz de la diabetes tipo 2 en niños y adolescentes, que tendrán que afrontar largos períodos de tratamiento, a veces de hasta 40 años ⁴. Mientras más temprano aparece la diabetes mayor será el riesgo de complicaciones graves, entre las que se encuentran las enfermedades cardiovasculares y renales, la pérdida de la visión, la amputación de miembros inferiores, las neuropatías, la discapacidad y la muerte precoz.

El riesgo alto de desarrollar diabetes tipo 2 parece gestarse en el útero, mucho antes de que una persona haya desarrollado un estilo de vida postnatal. La diabetes mellitus gestacional (DMG) tiene cada día más importancia por sus repercusiones en la madre y en el futuro del niño cuando adulto; es la complicación metabólica más frecuente de la mujer durante el embarazo. De acuerdo con el tipo de pesquisa, edad, hábitos de vida y características étnicas, se puede presentar entre el 3% y 35% de los embarazos. Las mujeres que sufren DMG tienen un riesgo del

Artículo recibido en: Enero 2016 **Aceptado para publicación en:** Febrero 2016

Dirigir correspondencia a: Freddy Febres Balestrini **Email:** freddy.febresbalestrini@gmail.com

70%, de por vida, de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y en menor proporción diabetes tipo 1⁵. En la actualidad se acepta que el producto de la gestación de madres que han sido expuestas a desnutrición, obesidad, DMG u otras complicaciones metabólicas del embarazo, tienen alto riesgo de desarrollar enfermedades crónicas a lo largo de su vida. Factores metabólicos en el ambiente intrauterino como elevación de glucemia, ácidos grasos libres, triglicéridos, citoquinas inflamatorias, hormonas, factores de crecimiento, etc., tienen un profundo efecto en el desarrollo y programación prenatal e incrementan la susceptibilidad a padecer enfermedades crónicas más tarde en la vida postnatal⁶. Por lo tanto, el producto de la gestación de madres que han sido expuestas a las complicaciones mencionadas, tienen aumento de riesgo a lo largo de su vida, lo cual sugiere que la “prevención de la diabetes y otras enfermedades crónicas del adulto, debe comenzar por un embarazo sano”. La salud de las madres antes y durante el embarazo, la alimentación y el crecimiento del feto, y el período que sigue al parto, así como la alimentación del bebé y el niño, tendrá efectos determinantes y profundos sobre la gran epidemia de enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, diabetes y cánceres de promoción metabólica como mama, próstata, endometrio, etc.), que en Venezuela representan cerca del 80% de la mortalidad después de los 45 años de edad⁷.

La gran amenaza de la epidemia de diabetes que seguirá diezmando por muchos años nuestro país, ha motivado a la Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo a invitar expertos de otras sociedades científicas, para producir un **“manual de consenso, sobre diabetes gestacional”**, como vía para unificar criterios diagnósticos, terapéuticos y preventivos a nivel nacional, que nos permita ser más eficientes y unir esfuerzos en el abordaje y tratamiento de la DMG, así como para ser más activos en la lucha contra obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular, que están acabando con nuestra población. Venezuela está entre los primeros lugares de Suramérica en la prevalencia de sobrepeso y obesidad⁸. En una

panorámica de las condiciones cardiometabólicas realizado por el Instituto de Prevención Cardiometabólica (IPCAM) en 1410 adultos “asintomáticos”, de 30 a 79 años, que asistieron a una evaluación integral, se encontró: 32% de sobrepeso, 41% de obesidad, 62% de síndrome metabólico, 27% de prediabetes, 14% de diabetes, 48% de hipertensión arterial, 69% de dislipidemia, 45% de aterosclerosis de carótidas y 52% de enfermedad cardiovascular subclínica con alto riesgo cardiovascular⁹. Esto refleja ya, un futuro incierto, que se irá agravando a medida que se permita la progresión libre de estas epidemias. Se requieren con urgencia intervenciones relacionadas a programas de educación para la salud, donde debe participar en equipo toda la sociedad. El inicio debería ser, además de un embarazo sano, salvar a los niños del sobrepeso, la obesidad y la desnutrición, creando conciencia a padres, maestros y adultos, de esta terrible epidemia, que es la puerta de entrada de muchas de las epidemias que deterioran actualmente nuestra salud. La lucha se basa en la educación, en estimular la actividad física y enseñar a seleccionar una alimentación sana, elementos bandera de esta lucha, así como la exigencia a los gobernantes de todos los medios de difusión posibles e incorporando diferentes estratos sociales.

En el manual de diabetes gestacional que se está difundiendo para el 2016, publicado en la sección de trabajos especiales de este primer número de la Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo, debe resaltarse como muy importante la pesquisa de DMG que se propone, la cual es el producto de una investigación realizada en 25.000 embarazadas de diferentes etnias, con la intervención de 225 investigadores de 40 países diferentes y donde se analizaron las repercusiones sobre la madre y el feto¹⁰, a diferencia de pesquisas anteriores que fueron acuerdos entre los expertos del momento. Esta pesquisa se ha considerado de beneficio epidemiológico para la madre y el niño¹¹ y tiene un referente internacional muy importante, pues ha sido aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Americana de

Diabetes (ADA) y un sin número de países a escala mundial. La prevalencia de DMG aumentará significativamente, entre 20 y 36%. En un estudio realizado en España en 1526 mujeres embarazadas, se comparó con el criterio diagnóstico de "Carpenter-Coustan (10,6% de DMG), y se encontró un 35% de DMG, pero se logró disminución significativa de cesáreas, prematuridad, hipertensión, microsomía, macrosomía e ingreso a terapia, que significó un ahorro de 144 Euros por embarazo¹². Siempre se deben tener en mente los factores de riesgo para DMG y de acuerdo a la carga del riesgo, actuar preventivamente para evitar inclusive la aparición de DMG u otra complicación del embarazo, el control fisiológico del peso, el ejercicio adecuado y en algunos casos, la terapia farmacológica puede ser de ayuda en muchas embarazadas. En relación al manejo, la gran mayoría de los casos requieren solo cambios de estilo de vida (dieta y ejercicio según tolerancia), y cuando se considere necesario, metformina, que al igual que en la diabetes tipo 2, se puede considerar de primera elección por su costo, disponibilidad y evidencias de tolerabilidad e inocuidad en el embarazo, aunque no suficientes para algunos autores, por no conocerse su efecto a largo plazo (Categoría B, FDA). Se contempla el uso de glibenclamida como antidiabético oral, la cual es avalada en publicaciones internacionales (Categoría B, FDA). La terapia con insulinas sigue siendo el patrón terapéutico de oro en DMG no controlada (Categoría B, FDA), pudiéndose usar cristalina o análogos de acción rápida (Lispro, Aspart) y de acción lenta (Detemir, NPH). Las insulinas glulisina y glargina tienen categoría C, FDA^{13,14}.

En la actualidad no debe justificarse por ningún concepto la falta de información por parte de los médicos a los padres de los niños nacidos con riesgos metabólicos a futuro, tales como el sobrepeso, la falta de ejercicio y la nutrición inadecuada.

Es necesario reconocer y agradecer la coordinación, el esfuerzo y el liderazgo de la Dra. Imperia Brajkovich, Presidenta de la Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo,

quien hizo posible la elaboración exitosa del primer Manual Venezolano de Consenso sobre Diabetes Mellitus Gestacional. También agradecer a la Dra. Luz Fernández, directora médica y a los Laboratorios Novo Nordisk, por su apoyo integral y colaboración permanente en esta empresa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global Health Estimates: Deaths by Cause, Age, Sex and Country, 2000-2012. Geneva. WHO, 2014. Accesado en Enero 2016. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/.
2. International Diabetes Federation, Diabetes Atlas. Una de cada once personas tiene diabetes en Sudamérica. Quinta Edición, Bruselas (Bélgica), 2012. Accesado en Enero 2016. Disponible en: <http://www.marketwired.com/press-release/una-de-cada-once-personas-tiene-diabetes-en-sudamerica-1725803.htm>.
3. Mendenhall E, Norris SA, Shidhaye R, Prabhakaran D. Depression and type 2 diabetes in low- and middle-income countries: a systematic review. *Diabetes Res Clin Pract* 2014;103:276-85.
4. Rosenbloom AL, Joe JR, Young RS, Winter WE. Emerging epidemic of type 2 diabetes in youth. *Diabetes* 1999;22:345-354.
5. Kim C, Newton KM, Knopp RH. Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care* 2002;25:1862-1868.
6. Lehnen H, Zechner U, Haaf T. Epigenetics of gestational diabetes mellitus and offspring health: the time for action is in early stages of life. *Mol Hum Reprod* 2013;19:415-422.
7. Anuario de mortalidad del año 2012. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Gaceta Oficial de Venezuela # 39.434.
8. Federación Latinoamericana de Sociedades de Endocrinología (FELAEN), Federación Latinoamericana de Sociedades de Obesidad (FLASO). Declaración de Recife 2015. Accesado en Enero 2016. Disponible en <http://svmi.web.ve/wh/documentos/Declaracion-Recife-2015.pdf>.
9. Febres F, Pereira JM, Tamayo MA, Aguiar PJ, Palacios A, Colán J. Riesgo cardiometabólico en Venezuela de 1.410 personas asintomáticas entre 30 y 79 años. Por publicarse.

10. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups, Consensus Panel. Recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care* 2010;33:676-682.
11. Roglic G, Colagiuri S. Gestational diabetes mellitus: Squaring the circle. *Diabetes Care* 2014;37:e143-e144.
12. Duran A, Sáenz S, Torrejón MJ, Bordiú E, Del Valle L, Galindo M, Perez N, Herraiz MA, Izquierdo N, Rubio MA, Runkle I, Pérez-Ferre N, Cusiñuallpa I, Jiménez S, García de la Torre N, Fernández MD, Montañez C, Familiar C, Calle-Pascual AL. Introduction of IADPSG criteria for the screening and diagnosis of gestational diabetes mellitus results in improved pregnancy outcomes at a lower cost in a large cohort of pregnant women: the St. Carlos Gestational Diabetes Study. *Diabetes Care* 2014;37:2442-2450.
13. Lautatzis ME, Goulis DG, Vrontakis M. Efficacy and safety of metformin during pregnancy in women with gestational diabetes mellitus or polycystic ovary syndrome: A systematic review. *Metabolism* 2013;62:1522-1534.
14. Niromanesh S, Alavi A, Sharbaf FR, Amjadi N, Moosavi S, Akbari S. Metformin compared with insulin in the management of gestational diabetes mellitus: A randomized clinical trial. *Diabetes Res Clin Pract* 2012;98:422-429.