

HIJOS DE MADRE DIABETICA

Doménech E, González NL, Díaz-Gómez NM, Fuster P, Castro JR, Cortabarría C, Méndez A.
Hospital Universitario de Canarias. Escuela de Enfermería. Universidad de La Laguna

La diabetes es la complicación médica más frecuente del embarazo, de forma que casi el 4 % de las gestantes en Estados Unidos tienen diabetes: 88 % diabetes gestacional, definida como intolerancia a la glucemia que aparece durante la gestación, mientras que el 12 % son mujeres con diabetes mellitus. De las madres con diabetes pregestacional el 35 % son del tipo 1 y el 65 % del tipo 2.

Las complicaciones son mínimas en los hijos de madres con diabetes gestacional. La embriopatía diabética (malformaciones y abortos espontáneos) aparecen en las sexta y séptima semanas de gestación y la fetopatía diabética (predominantemente macrosomía e hiperinsulinemia fetal) en el segundo y tercer trimestres. Un programa de cuidados preconceptionales, control estricto de la glucemia antes de la concepción y durante la gestación, y el uso de vigilancia fetal anteparto en mujeres con diabetes tipo 1 pueden reducir la tasa de malformaciones congénitas.

Pacientes y resultados: Hemos analizado las tasas de mortalidad y morbilidad en todos los recién nacidos (RNs) en nuestro hospital durante el periodo 1999–2003, y las hemos comparado con las de los hijos de madre diabética (HMD), aplicando el test de la Chi². Durante el periodo analizado nacieron 12.311 RNs vivos, de los que 549 fueron HMD (4.46 %), la diabetes materna fue gestacional en 472 casos y pregestacional en 77 casos. El parto por cesárea fue en el 20.9% del conjunto de RNs vivos y el 26.4% en los HMD ($p=0.003$), RNs con macrosomía ($\geq 4000g$) 5.5 y 8.6 % respectivamente ($p=0.002$), Apgar 1 min. <7 de 6.8 y 6.4 % (sin significación –ns-), traumatismos obstétricos (incluyendo cefalohematoma) 3.1 y 8.4% ($p=0.000$), hipoglucemia (glucemia < 40 mg/dl) 6.2 y 35.9 % ($p=0.000$), hipocalcemia (calcemia < 7 mg/dl) 1.1 y 3.6 % (n.s), hiperbilirrubinemia (Bil. > 12.9 mg/dl) 6.1 y 25.9 % ($p=0.000$), dificultad respiratoria (Silverman > 3) 1.8 y 9.1 % ($p=0.000$), cardiopatías 0.9 y 1.5 % ($p=0.017$) y la tasa de mortalidad neonatal 0.39 % en la población neonatal y 0.55 % en los HMD (ns).

Manejo del HMD:

- 1.- *Asistencia en paritorio.* Comprenderá las siguientes funciones: Valorar la existencia de un posible traumatismo obstétrico, o la presencia de asfixia neonatal, que son más frecuentes en los HMD macrosómicos. Descartar malformaciones congénitas. Estimar el riesgo de padecer hipoglucemia. Detectar si existe dificultad respiratoria o miocardiopatía. No se les debe dar de alta precoz
- 2.- *Alimentación precoz* (antes de las 2 horas de vida), con lactancia materna o artificial.
- 3.- *Seguimiento.* Algunos estudios han indicado que los HMD macrosómicos tienen un mayor riesgo de obesidad y de diabetes insulín dependiente a los 20 años de edad (6 % versus 0.4 % en hijos sin historia familiar). La diabetes tipo 2 ocurre más frecuentemente en HMD que en los hijos de madres prediabéticas o no diabéticas (45 versus 8.6 y 1.4 %, respectivamente Por

otra parte los que han presentado asfixia al nacer o traumatismo obstétrico pueden tener un peor desarrollo psicomotor.

Referencias

- Doménech E, Díaz-Gómez NM. Chapter 32: Macrosomia: Neonatal aspects. In Textbook of Perinatal Medicine (Ed. Kurjak A.). Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd. New Delhi. 2005, pp 1726-1742.
- Engelgau, MM, Herman, WH, Smith, PJ, et al. The epidemiology of diabetes and pregnancy in the U.S., 1988. Diabetes Care 1995; 18:1029-1033
- Riskin A, Gracia-Prats JA. Infant of a diabetic mother. UpToDate on line 15.2, 2007. En <http://www.utdol.com/utd/content/topic.do?topicKey=neonatal/7268&view=print>.