

HIJO DE MADRE DIABÉTICA

Interna Meriem Manghi
Docente Dr. Gerardo Flores
Mayo, Puerto Montt



INTRODUCCIÓN



DM embarazo:

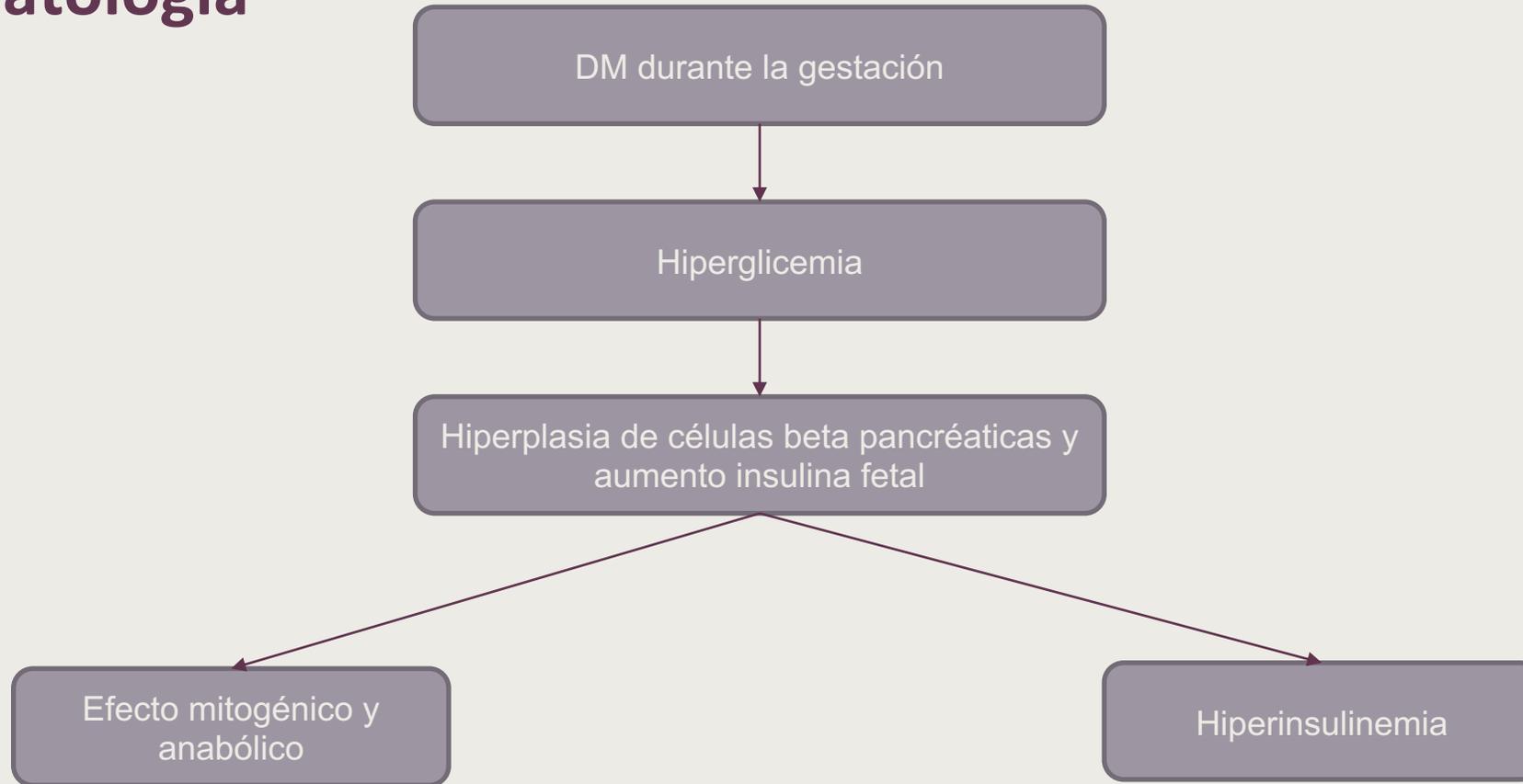
- Mayor riesgo de complicaciones fetales, neonatales y a largo plazo
- Problema creciente

La podemos clasificar en:

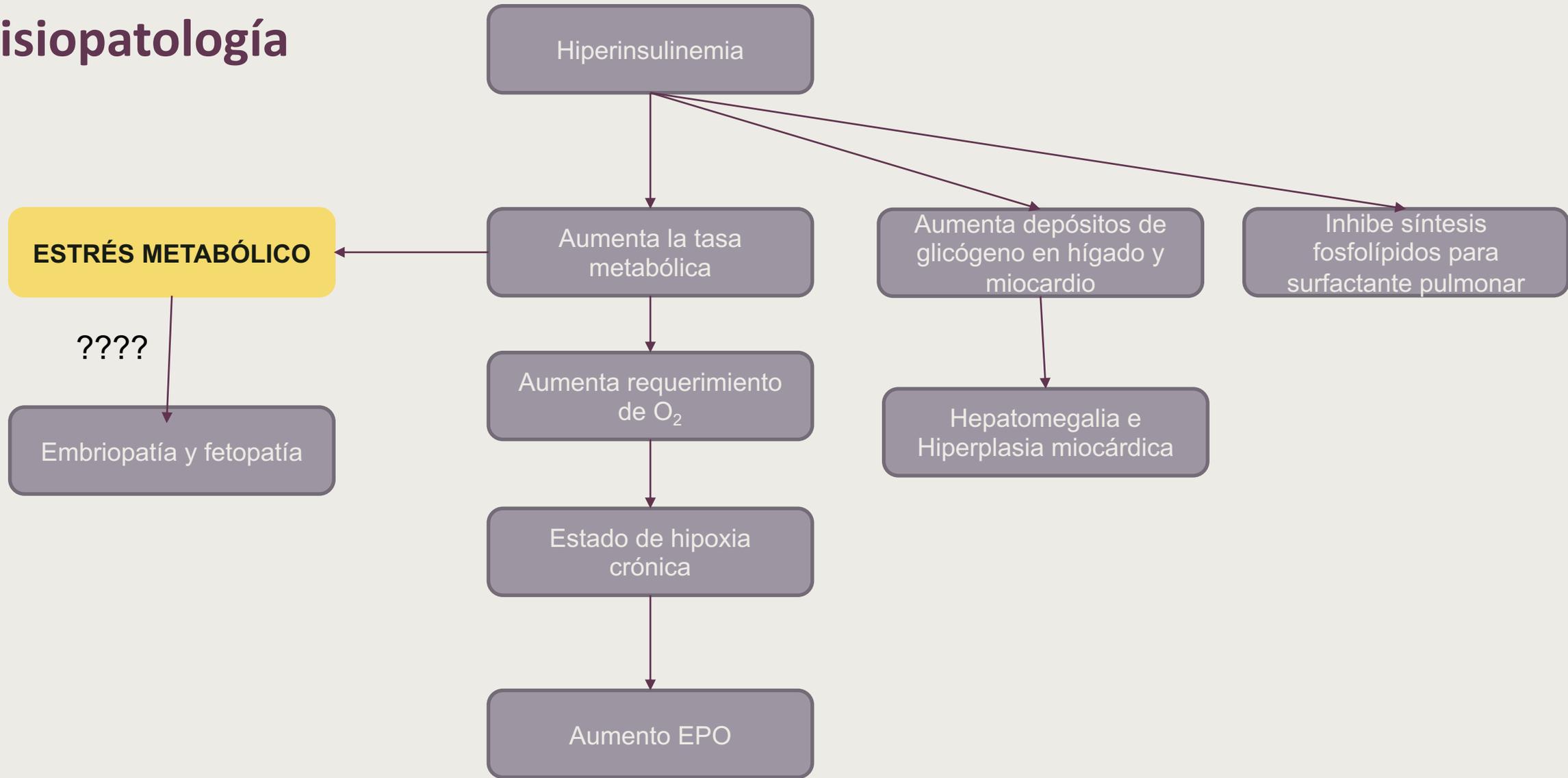
1. Pre-gestacional: DM 1, DM2, intolerancia a la glucosa
2. Diabetes gestacional: intolerancia a la glucosa de cualquier severidad que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo

El 80-90% de estos casos corresponden actualmente a diabetes gestacional y la mayoría del 10-20% restante corresponde a diabetes mellitus tipo 2

Fisiopatología



Fisiopatología



Problemas que puede presentar un HMD

- **Embarazo:**
 - Madre: hipoglicemia, cetoacidosis, PHA, preeclampsia, aborto, mortinato, parto prematuro
 - Feto: macrosomía, RCIU
 - Las concentraciones elevadas de Hb A1c durante el primer trimestre del embarazo se asocian con una mayor incidencia de malformaciones congénitas.
- **Parto:**
 - Por macrosomía, distocia y traumatismos
 - Estado fetal no tranquilizador
 - Mayor incidencia de cesárea

Clínica

Las complicaciones neonatales depende de:

- Tiempo inicio DM
- Grado de hiperglicemia e hiperinsulinismo de la madre
- Duración de la exposición fetal a la hiperglicemia
- Severidad de la enfermedad materna



Periodo fetal	Periodo neonatal
Primeras 7 semanas mayor riesgo de teratogénesis	Macrosomía
DM factor de riesgo independiente para mortalidad fetal	Asfixia
	Hipoglicemia
	Trombosis vena renal
	Malformaciones congénitas
	Miocardopatía hipertrófica
	Sd. De dificultad respiratoria
	Hipocalcemia e hipomagnesemia
	Policitemia
	Deficiencia de hierro
	Ictericia
	Función neurológica

Clínica neonatal

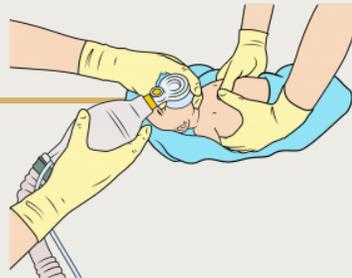
Macrosomía

- DM gestacional
- ↑ tejido graso, ↑ masa muscular y organomegalia



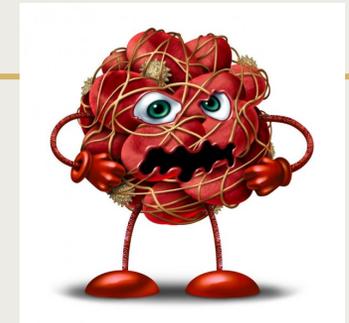
Asfixia

- Gestantes con pobre control glicémico 3T.
- Hipoxia crónica



Trombosis de la vena renal

- Hiperviscosidad sanguínea
- Hematuria, masa en flanco, trombocitopenia e hipertensión



Clínica neonatal

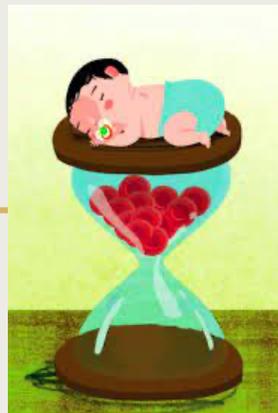
Hipocalcemia e Hipomagnesemia

- 50% HMD tendrá hipocalcemia
- Disminución acción paratiroidea o secundaria a hipomagnesemia



Policitemia

- Hipoxia crónica fetal



Ictericia

- Elevado hematocrito
- Eritropoyesis inefectiva
- Inmadurez hepática



Deficiencia de hierro

- 65 – 95% cursan con déficit de hierro
- Ferritina baja

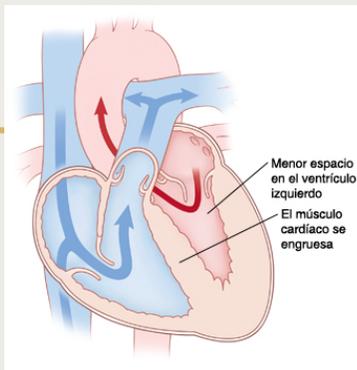


Clínica neonatal

Sospechar en todo
HMD con IC

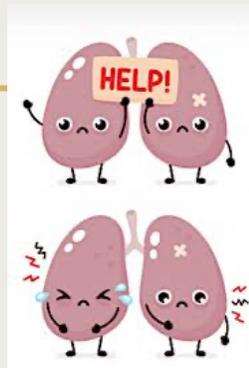
Miocardopatía Hipertrófica

- Engrosamiento del septum IV + obstrucción del tracto de salida aórtico
- Hiperinsulinismo → Hipertrofia miocárdica
- Dx: Ecocardiograma



Enfermedad de membrana hialina

- Más frecuente que en RN no HMD
- Aumenta si consideramos PP
- Maduración tardía neumocitos tipo II
- Hiperinsulinismo interfiere en síntesis de surfactante



Efecto hiperglicemia
durante el PRIMER
TRIMESTRE

Malformaciones

- SNC
- Cardiovasculares
- Urogenitales
- Gastrointestinales
- Pulmonares
- Otras



Hipoglicemia

- Problema más frecuente de HDM (27– 50%)
- Secundaria a hiperinsulinismo
- Agravada por el stress perinatal
- Periodo de mayor riesgo hasta las 48 hrs de vida.
- Clínica: desde asintomática – síntomas inespecíficos



Diagnóstico



Diagnóstico:

- HMD comprobado: antecedentes maternos.
- Sospecha de HMD: Todo RN GEG, especialmente si tiene características físicas “típicas”: Obeso con panículo adiposo aumentado, aspecto pletórico, facie abultada “mofletuda”, abdomen globuloso, aumento de la circunferencia de hombros, con CC normal

Manejo

1. Tras el parto: exploración física para descartar malformaciones
2. Evaluación inicial determina conducta a seguir.
3. Control de glicemia a las dos horas y seriada en las primeras 24 horas.
4. Control de hematocrito a las dos horas.
5. Calcemia en los RN hospitalizados.
6. Ecocardiografía en los RN que requieren hospitalización o con sospecha prenatal de cardiopatía.

**¡¡PESQUISAR Y
PREVENIR
HIPOGLICEMIA!!**

1. Diabetes gestacional

- HGT precoz: 1 – 2 hrs de vida. Control 6 – 8 hrs.
- Glicemia si HGT < 45 mg/dL
- Hematocrito primeras 48 hrs o a las 2 horas de edad si se hospitaliza
- Calcemia si hay síntomas o a las 8 – 24 horas si se hospitaliza
- Inicio precoz alimentación

2. Diabetes insulino dependiente

- Monitoreo HGT: 1 – 2 hrs , 4 – 6 hrs según clínica
- Hospitalización: infusión de SG 10%, carga inicial de glucosa 6 – 8 mg/kg/min
- Glicemia estable por 12 hrs: disminuir aportes en 1 -2 mg/kg/min cada 3 – 6 hrs
- Control: Hto, calcemia, magnesemia...
- Inicio precoz alimentación
- ¡Observar si presenta síntomas hipoglicemia!

Criterios de hospitalización preventiva:

- Todo HMD < 2000 g y/o < 34 semanas
- HMD PEG
- HMD GEG insulinodependiente

Iniciar con glucosa parenteral 4 – 6mg/kg/min, idealmente < 30 min de vida.

Pronóstico

- Secuelas neurológicas: depende de historia prenatal, perinatal y neonatal
- Mayor riesgo de DM2, enfermedad coronaria en la edad adulta y obesidad en adolescencia



HIJO DE MADRE DIABÉTICA

Interna Meriem Manghi
Docente Dr. Gerardo Flores
Mayo, Puerto Montt

