



Artículo de investigación

Diabetes gestacional en mujeres embarazadas

Gestational diabetes among pregnant women

Maira Alexandra Marles MD^a
Andrea Lorena Garzón MD^b
Kateryn Barbosa Cruz MD^c
Santiago Andrés Chaves^c

^a Coord. División de Salud Comunitaria, Equipo de Promoción y Prevención Hospital de San José, Profesor Asistente. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

^b Medicina Familiar, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá DC, Colombia.

^c Facultad de Medicina, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá DC, Colombia.

RESUMEN

Introducción: la diabetes gestacional (DG) es un problema de salud pública, su prevalencia varía según el método diagnóstico y la ubicación geográfica, pero gracias a la tamización temprana entre la semana 24 y 28, es posible prevenir y tratar sus complicaciones. **Objetivo:** estimar la prevalencia de DG y los factores de riesgo en embarazadas que asistieron al programa de control prenatal durante los años 2018 a 2022. **Metodología:** estudio descriptivo transversal por medio de la revisión de historias clínicas en una institución de salud del prestador primario. **Resultados:** se incluyeron 175 gestantes entre 15 y 45 años. La prevalencia de DG fue 7.4% con un IC 95% [3,52-11,28%]. La media de edad fue 24.7 ± 5.9 años, 64% pertenecían al curso de vida juventud y 15.4% habían tenido un embarazo adolescente; 72.6% eran colombianas y 27.4% venezolanas 76.6%. El ciclo vital familiar fue en formación 40%. El único factor estadístico significativo ($P < 0.01$) fue el índice de masa corporal (IMC) previo al inicio de la gestación. Se resalta la importancia de la consulta preconcepcional, ya que juega un papel crucial en la salud materna y fetal al brindar la oportunidad de abordar y gestionar diversos factores de riesgo antes de la

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Fecha recibido: 18 de octubre 2024
Fecha aceptado: 17 de marzo 2025

Autor para correspondencia.
Dra. Maira Alexandra Marles
maira.marles@fucsalud.edu.co

DOI
10.31260/RepertMedCir.01217372.1662

concepción. *Conclusión:* la prevalencia de DG en Mosquera, Colombia, fue similar a la nacional. Se requieren estrategias para el control de factores de riesgo en las mujeres en edad fértil con el fin de prevenir el desarrollo de DG y sus complicaciones a corto, mediano y largo plazo.

Palabras clave: diabetes gestacional, médicos de familia, control prenatal, estudio de prevalencia, factores de riesgo, obesidad, peso corporal, estudios transversales.

© 2025 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ABSTRACT

Introduction: Gestational diabetes (GD) is a public health issue; its prevalence varies according to diagnostic method, and geographic location, but thanks to early screening between weeks 24 and 28, preventing and treating GD and its complications is possible. *Objective:* to estimate the prevalence of GD and risk factors in pregnant women who attended the antenatal care clinic from 2018 to 2022. *Methodology:* a descriptive cross-sectional study using a medical records review in a primary care health institution. *Results:* 175 pregnant women aged between 15 and 45 years were included. The prevalence of GD was 7.4% with a 95% CI [3.52-11.28%]. Mean age was 24.7 ± 5.9 years, 64% were in the youth phase of their life-course and 15.4% became pregnant when teenagers; 72.6% were Colombian and 27.4% were Venezuelan. The family life cycle was in the formation facet in 40%. The pre-pregnancy body mass index (BMI) was the only statistically significant factor ($P < 0.01$). The importance of preconception consultation is underscored, for playing a crucial role in both mother and baby's health by providing the opportunity to address and manage various risk factors before conception. *Conclusion:* the prevalence of GD in Mosquera, Colombia, was like the overall national prevalence. Women of childbearing age risk factor control strategies are required to prevent the risk of developing GD and its short, medium and long-term complications.

Key words: gestational diabetes, family doctors, prenatal control, prevalence study, risk factors, obesity, body weight, cross-sectional studies.

© 2025 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.
This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La diabetes gestacional (DG) es una patología metabólica considerada un problema de salud pública. La Asociación Americana de Diabetes (ADA) la define como “cualquier grado de intolerancia a la glucosa con inicio por primera vez durante el embarazo”.¹ Al inicio de la gestación los tejidos cuentan con sensibilidad a la insulina, la cual disminuye en especial durante el segundo trimestre. El aumento de las hormonas como el lactógeno placentario, estrógeno, progesterona y cortisol, desencadenan una resistencia fisiológica a la insulina a nivel del músculo y tejido graso con el objetivo de tener mayor disponibilidad de hidratos de carbono circulantes para el aprovechamiento del feto.² En las mujeres que inician el embarazo con resistencia a la insulina y células β con respuesta inadecuada a los estímulos, se desarrolla un estado hiperglucémico persistente que tiene implicaciones relevantes en su salud y en la del feto.^{3,4}

En el mundo la prevalencia de DG se estima en 7%, pero es variable de acuerdo con la zona geográfica.⁵ Entre los años 2012 a 2016 en Estados Unidos se describió una prevalencia global de 6%, con máxima de 9.2% en el estado de Dakota del Sur.⁶ En el metaanálisis de Lee y col. en el que

incluyeron estudios de diferentes países asiáticos, se reportó una prevalencia agrupada de 11.5%, siendo 1.5% en Nepal y 38.6% en Taiwán.⁷ La prevalencia en China continental fue de 14.8% (IC95% 12.8–16.7%)⁸ y en África de 13.61% llegando a ser hasta de 20.4% en África central.⁹

En Latinoamérica las prevalencias también son variables como en Perú 16%¹⁰ y Brasil 5.4% (IC95% 4.56–6.45) ubicándose por debajo de la mundial.¹¹ En Colombia ha variado con el paso del tiempo, en los años noventa en Cali era solo 0.34%^{12,13}, en 2000 en Medellín 1.43%, en 2018 Armenia 4.7%¹⁴ y para 2021 alcanzó 16.32%.

Se describen múltiples factores de riesgo para el desarrollo de DG como edad materna >35 años (OR=2.26; IC95% 1.23–4.14), raza indígena (OR=6.60; IC95% 1.17–37.15), índice de masa corporal (IMC) >25 (OR=2.26; IC95% 1.23–4.14), historia de macrosomía fetal (OR=10.07; IC95% 1.50–67.34) y antecedente familiar de diabetes mellitus (DM) (OR=3.17; IC95% 1.39–7.22).⁴ Así mismo, se reconocen como factores protectores ser primigestante (OR: 0,752; IC95% 0,698-0,810), $P < 0,001$ ¹⁵, dieta mediterránea/DASH y realizar actividad física >90 minutos por semana

antes del embarazo.¹⁶ La DG está relacionada con desenlaces desfavorables para el feto como alteraciones cardíacas, macrosomía, aumento en el riesgo de síndrome metabólico en la edad adulta (OR 1.2; IC95% 0.9-1.7) y sobrepeso en el escolar (OR 1.81; IC95% 1.18 - 2.86).¹⁷

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), para junio 2021 cerca de 5,6 millones de venezolanos habían abandonado su país, 85% se desplazaron a países latinoamericanos, siendo Colombia el principal sitio de llegada y establecimiento, con una cifra estimada para 2020 de 1,7 millones. De acuerdo con la consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento (Codhes), esta población al emigrar de su país enfrenta situaciones de riesgo y vulnerabilidad, siendo víctimas de desplazamiento forzado y violación de los derechos humanos.¹⁸ Respecto al derecho a la salud, el DANE estima que 66,6% de los migrantes venezolanos no están afiliados al sistema de salud en Colombia y por ende no tienen acceso al mismo.¹⁹ De ellos una proporción importante son mujeres, por lo cual al entrar en gestación representan un grupo en condición de vulnerabilidad, que conlleva a una mayor necesidad y uso de los servicios de salud, como son las consultas prenatales, atención del parto y puerperio.²⁰

El municipio de Mosquera está ubicado en el departamento de Cundinamarca a 23 km de Bogotá, Colombia, razón por la que tiene un fácil acceso a la población migrante que llega a la capital del país.²¹ El Hospital María Auxiliadora E.S.E de Mosquera (ESEMA), es la principal entidad prestadora de servicios en salud del municipio, en la que se atiende la población afiliada a los diferentes regímenes de aseguramiento en salud, así como los no afiliados y migrantes. Esta institución cuenta con un programa de atención integral a la mujer y la familia gestante diseñado con base en la Ruta Integral de Atención en Salud – RIAS para el grupo de riesgo materno-perinatal.²² Se inicia desde la preconcepción hasta el puerperio y la lactancia, con enfoque en la gestión del riesgo clínico, biopsicosocial, educación e información en salud, liderado por especialistas en medicina familiar en conjunto con un equipo interdisciplinario en salud.

Teniendo en cuenta la variabilidad de la prevalencia de DG en las diferentes regiones del mundo y en Colombia, además del fenómeno de migración que ha sufrido en los últimos años, el objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de diabetes gestacional en embarazadas atendidas en el control prenatal del Hospital María Auxiliadora ESE, en Mosquera-Cundinamarca de 2018 a 2022.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población: estudio descriptivo observacional de corte transversal analítico, en gestantes entre 15 y 45 años que asistieron al programa de control prenatal en el ESEMA entre los años 2018 y 2022. Se excluyeron pacientes con diagnóstico previo de diabetes mellitus o con registros de historias clínicas que no contaban con los datos suficientes

para las variables del estudio, incompletas o con datos inconsistentes.

Selección de la muestra: la población para el estudio se identificó a partir de la base de datos de gestantes atendidas entre los años 2018 y 2022, la cual fue suministrada por el ESEMA y se hizo una selección de 606 registros al azar. El esquema se presenta en la **figura 1**. A partir de los registros médicos y asumiendo una prevalencia de DG de 16.32% evidenciada en la literatura, con un nivel de confianza de 95% y un error máximo de 5%, se estimó el tamaño de la muestra en 173 pacientes. La selección se realizó por medio de muestreo simple aleatorio. La recolección de datos se hizo mediante la revisión de cada uno de los registros de las pacientes en el sistema de historias clínicas del ESEMA y después se procedió con el análisis. Los criterios de selección incluyeron: 1) gestantes entre los 15 y 45 años que asistieron a control prenatal en el ESE, María Auxiliadora de Mosquera; y 2) las gestantes atendidas en el hospital María Auxiliadora de Mosquera ESE, en el periodo 2018 a 2022.

Variables e instrumentos de medición: se construyó un instrumento de recolección de datos el cual contenía las siguientes variables: 1) *sociodemográficas:* edad en el momento del primer control prenatal, nacionalidad, nivel educativo, estado laboral, ingresos del núcleo familiar, estado civil, seguridad social y ubicación de la vivienda; 2) *clínicas:* antecedentes patológicos personales y familiares, peso, talla, IMC previo a la gestación, IMC en el control prenatal y nivel de actividad física; y 3) *del entorno social:* etapa del curso de vida (adolescencia 12 a 17 años, juventud 18 a 28 años y adultez 29 a 59 años), tipología de familia (nuclear, extensa, reconstituida, monoparental, unipersonal), ciclo vital familiar (formación, expansión, consolidación, apertura, posparental), APGAR familiar (función familiar normal 17-20 puntos, disfunción leve 16-13, disfunción moderada 12-10 y severa 9 puntos o menos) y tamizaje para trastornos depresivos con el Patient Health Questionnaire - PHQ2 (normal <3 puntos, alterado) ≥3.

Las gestantes que tuvieran diagnóstico previo de diabetes mellitus, las historias clínicas incompletas o que no contaban con las variables, se excluyeron del estudio.

Procedimiento: la información fue recolectada entre los meses de abril y mayo de 2023 mediante la revisión de los registros del ESEMA. La recolección de datos fue ejecutada por tres de los investigadores usando método de doble verificación y digitación obteniendo así una base de datos en el programa *Microsoft excel®* con los 175 registros clínicos revisados.

Control de sesgos: solo los diagnósticos de DG y otras patologías realizadas por médicos especialistas en ginecoobstetricia y/o medicina familiar y los de médicos generales entrenados, con el fin de controlar un posible sesgo de selección. El sesgo de información se controló al no incluir historias clínicas con datos faltantes o incompletos y se realizó doble verificación y digitación de los datos en especial de los numéricos como edad, peso, talla e IMC para controlar el posible sesgo de medición.

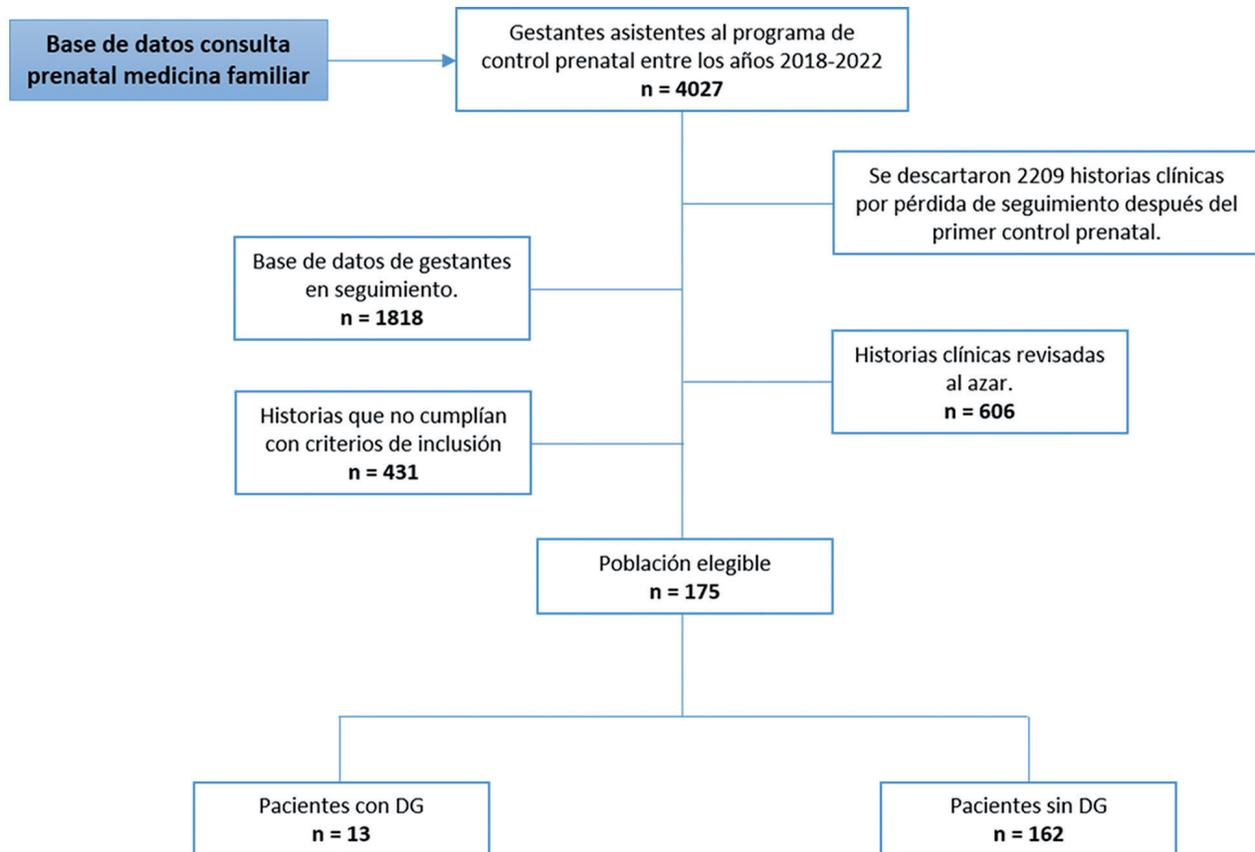


Figura 1. Diagrama de flujo de CONSORT del estudio. Fuente: los autores.

Consideraciones éticas: el estudio fue aprobado por el comité de ética e investigaciones de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y el Hospital de San José de Bogotá con fecha 2 de mayo de 2023. Se respetaron los principios del artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 donde el estudio propuesto corresponde a una investigación sin riesgo, Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales.

Análisis de datos: la prevalencia se determinó como la proporción expresada en porcentaje (%) en la población total, para el análisis univariado de las variables cualitativas se reportaron frecuencias relativas y absolutas. El análisis bivariado se ejecutó mediante construcción de tablas de contingencia $n \times m$ con estadístico X^2 y prueba exacta de Fisher con una significancia estadística p valor menor de 0.05. La información se analizó por medio del estadístico *stata*[®] 17 y *jamovi*[®] 2.3.26, ambos con licencia de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

RESULTADOS

Se obtuvieron los registros clínicos de 175 pacientes entre 15 y 45 años que acudieron al programa de control prenatal, con una media de edad de 24.7 ± 5.90 años y una mediana de 24 años (21-28). Las características sociodemográficas y del entorno social se describen en la **tabla 1**.

En las variables del entorno social, lo cual nos caracteriza a los médicos familiares al realizar una valoración integral, mostraron que 112 (64%) pacientes se encontraban en la etapa del curso de vida juventud, la tipología familiar nuclear más frecuente ($n= 102, 58.3\%$) fue ciclo vital familiar consolidación ($n= 59, 33.7\%$) y con buena función ($n= 125, 71.8\%$). La mayoría de las pacientes tenían el tamizaje para depresión medido mediante el uso de la escala PHQ2 normal (151, 86.3%). A 13 mujeres se les diagnosticó DG calculando así una prevalencia en la población general de 7.4% con un IC 95% [3,52-11,28%] (**figura 2**).

Tabla 1. Características generales de la población en estudio

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	N = 175 - (%)
Nacionalidad	
colombiana	127 - (72.6)
extranjera	48 - (27.4)
Nivel educativo	
bachiller	100 - (57.1)
primaria	53 - (30.3)
técnico	14 - (8)
universitario	8 - (4.6)
posgrado	0 - (0)
Estado laboral	
desempleado	112 - (64)
empleado	47 - (26.9)
estudiante	6 - (3.4)
independiente	10 - (5.7)
Estado civil	
casado	26 - (14.9)
divorciado	4 - (17.1)
soltero	32 - (18.3)
unión libre	113 - (64.6)
Tipo de seguridad social	
contributivo	25 - (14.3%)
especial	1 - (0.6%)
no asegurado	15 - (8.6%)
subsidiado	134 - (76.6%)
Ubicación de vivienda	
rural	9 - (5.1%)
urbana	166 - (94.9%)
Variables relacionadas con entorno social (curso de vida)	
adolescente	27 - (15.4%)
adultez	36 - (20.6%)
juventud	112 - (64%)
Tipología familiar	
nuclear	102 - (58.3%)
extensa	21 - (12%)
reconstituida	28 - (16%)
monoparental	22 - (12.6%)
unipersonal	2 - (1.1%)
Ciclo vital familiar	
formación	70 - (40%)
expansión	37 - (21.1%)
consolidación	59 - (33.7%)
apertura	8 - (4.6%)
posparental	1 - (0.6%)
Apgar familiar	
normal	125 - (71.8%)
disfunción leve	27 - (15.5%)
disfunción moderada	13 - (7.5%)
disfunción severa	9 - (5.2%)
PHQ2	
normal	151 - (86.3%)
alterado	21 - (12%)
no responde	3 - (1.7%)

Fuente: los autores.

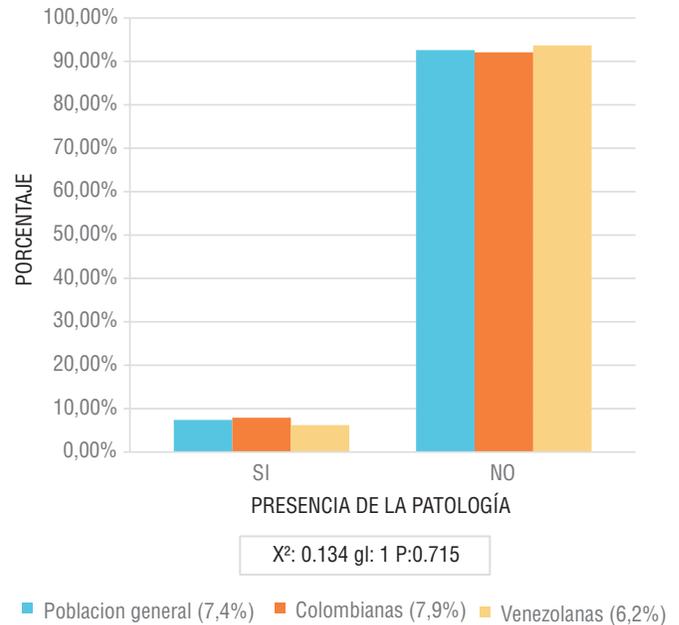


Figura 2. Diagrama de flujo de CONSORT del estudio. Fuente: los autores.

En el grupo de pacientes con diagnóstico de DG, la mayoría se encontraban en el grupo de 26 a 35 años ($n=7$, 53.8%) y eran de nacionalidad colombiana ($n=10$, 77%) versus venezolanas ($n=3$, 23%). Se encontró que 12 (92.3%) de ellas tenían sobrepeso u obesidad antes del embarazo ($p < 0.01$) y solo 1 (7.6%) realizaba actividad física, pero de ligera intensidad. Las 13 (100%) pacientes con diagnóstico de DG, fueron clasificadas con sobrepeso u obesidad en su primer control prenatal mediante el uso del nomograma de Atalah ($p < 0.01$), y una paciente (7.6%) tenía antecedente de hipotiroidismo. Ninguna de las que tenía historia de hijos macrosómicos desarrolló DG (**tablas 2 y 3, ver siguiente página**).

DISCUSIÓN

Se describe la prevalencia de diabetes gestacional (DG) y la presencia de factores de riesgo en una población de mujeres que asistieron al programa de control prenatal en una institución de salud de baja complejidad. Dado que el escenario en el que se realizó este trabajo se ha convertido en uno de los principales centros de atención en salud para la población migrante, es relevante destacar la cantidad de pacientes de origen venezolano participantes y la prevalencia de DG. Aunque esta fue más baja que la de las colombianas, no es despreciable considerando el potencial riesgo de complicaciones perinatales y cardiovasculares a largo plazo en una población con altos niveles de vulnerabilidad y sin garantía de acceso continuo a los servicios de salud. Es importante recalcar que la mayoría de las gestantes habían

Tabla 2. Factores de riesgo asociados con diabetes gestacional

Variables factores de riesgo	N=175(%)	Diabetes gestacional N=175		Estadístico	Valor P
		SI	NO		
IMC CPN					
bajo peso/normal	96(54.9)	0	96	P. Fisher	<0.01
obesidad/sobrepeso	79 (45.1)	13	66		
IMC previo gestación					
bajo peso/normal	84(48)	1	83	P. Fisher	<0.01
obesidad/sobrepeso	91(52)	12	79		
Ejercicio					
ligero	143(81.7)	12	131	P. Fisher	0.467
moderado	32(18.3)	1	31		
Ant. hipotiroidismo					
si	5(2.9)	1	5	P. Fisher	0.323
no	170(97.1)	12	158		
Ant. familiar DM2					
si	52(29.7)	5	47	X ² :0.514 gl:1	0.47
no	123(70.3)	8	115		
Ant. hijos macrosómicos					
si	2(1.1)	0	2	-	-
no	173(98.9)	0	173		
Edad					
>36 años	12(6.9)	1	11	P. Fisher	0.124
26-35 años	52(29.7)	7	45		
15 -25 años	111(63.4)	5	106		
Número gestaciones					
> 4	7(4.0)	1	6	P. Fisher	0.212
2 a 4	93(53.1)	9	84		
1	75(42.9)	3	72		
Nacionalidad					
colombiana	127(72.6)	10	117	P. Fisher	1.000
extranjera	48(27.4)	3	45		
Nivel educativo					
bachiller/primaria	153(87.4)	9	144	P. Fisher	0.123
técnico/profesional	22(12.6)	4	18		
Ingresos del núcleo familiar					
< 1 SMMLV	90(51.4)	5	85	X ² : 0.945 gl:1	0.331
> 1 SMMLV	85(48.6)	8	77		
APGAR familiar					
normal	125(71.8)	11	114	P. Fisher	0.940
disfunción leve	27(15.5)	1	26		
disfunción moderada	13(7.5)	1	12		
disfunción severa	9(5.2)	0	9		

Fuente: los autores.

Tabla 3. Factores protectores asociados con baja probabilidad de desarrollar DG

Variables factores de riesgo	N=175(%)	Diabetes gestacional N=175		X ²	Valor P
		SI	NO		
Ejercicio					
ligero	143(81.7)	12	131	P. Fisher	0.467
moderado	32(18.3)	1	31		
Número gestaciones					
> 4	7(4.0)	1	6	P. Fisher	0.212
2 a 4	93(53.1)	9	84		
1	75(42.9)	3	72		

Fuente: los autores.

cursado solo hasta bachillerato, y 30.3% de ellas tenían la primaria como el nivel más alto de escolaridad, lo cual está por encima del reportado en el estudio "Metodología de análisis de las consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente" desarrollado por UNFPA. La educación sigue siendo un factor importante de considerar en la intervención o prevención de los embarazos adolescentes que en este estudio fue de 15.4%, hecho que impacta la brecha educativa para lograr educación terciaria, así como en los ingresos económicos generados por las mujeres.²³ El desempleo reportado en la población fue de 64%, valor muy por encima de lo reportado por el DANE²⁴, lo que revela una población en edad productiva pero económicamente inactiva, sin contar que por lo general realizan trabajos domésticos y cuidado del hogar que no son remunerados. Se ha demostrado que las mujeres con mayores niveles de educación tienen mejores oportunidades económicas y académicas.²³ Esto no solo impacta en la salud individual sino también la salud pública, por tanto es necesario trabajar en estrategias para promover la educación y la prevención de embarazos en las adolescentes, ya que sigue siendo un factor de riesgo importante para el desarrollo de DG y otras enfermedades. En cuanto al estado civil, la mayoría se encontraba en unión libre o casada. Aunque en otros estudios esta variable no se incluyó, se identificó que más de 50% de los casos con o sin DG tenían una relación de pareja estable.⁴

La prevalencia de DG en este estudio fue de 7.4% concordante con la establecida para el mundo que se estima según la literatura en 7%.¹⁵ En Colombia, la literatura reporta diferentes prevalencias en diferentes momentos y regiones. El estudio de Ruiz-Hoyos y col. realizado en Armenia reveló una prevalencia de 4.7%¹⁴, mientras que en el trabajo de España-Dorado y col. en el que se incluyó población indígena fue de 16.32%, cifra que se podría explicar por el hecho de que la raza indígena está descrita como un factor de riesgo para el desarrollo de DG (OR = 6.60; 95%CI: 1.17 – 37.15).⁴ Se considera que la prevalencia de DG en la población del presente estudio concuerda con las descritas en otras poblaciones de Colombia y no muestra aumento como se reportó en la tendencia en otros reportes. Se podría inferir que el comportamiento es similar al de la prevalencia mundial de DG y este el dato del aumento en los últimos años podría estar dado por la inclusión de población de raza indígena en otros trabajos, lo cual indica que se requieren más estudios para aclarar el fenómeno.⁴

En cuanto a los factores de riesgo, se encontró que no hay relación estadística significativa entre la mayoría de variables y el desarrollo de DG, a diferencia del IMC previo a la gestación que si la tenía ($P = <0.01$), concordante con el metaanálisis de Giannakou y col. el estudio de España-Dorado y col.^{4,25} y otra literatura, donde se ha propuesto que mujeres susceptibles inician el embarazo con mayor riesgo de DG o de patologías que aumentan el riesgo cardiovascular, en lugar de que el embarazo induzca nuevos efectos vasculares o metabólicos o que incluso el IMC

preconcepcional tenga un mayor impacto que la ganancia de peso durante la gestación en el desarrollo de desenlaces adversos durante y después de esta.²⁶⁻²⁸

Otro dato importante que arrojó este estudio fue que de las pacientes con DG solo 2.9% tenían antecedente de hipotiroidismo, hallazgo que difiere del metaanálisis de Giannakou y col. publicado en 2019, en el que se encontró que el hipotiroidismo al igual que la historia familiar de diabetes mellitus tipo 2 son factores de riesgo.²⁵ Respecto al antecedente de macrosomía fetal fue de 1.1%, sin embargo ninguna de las que lo tenían desarrolló DG, mientras que en el estudio de España-Dorado y col. la DG se relacionó con un peso al nacer >4.000 g (OR=3,22; IC95%: 1,14-9,13) y macrosomía $>$ percentil 90 (OR=2,78; IC95%: 1,29-5,98).⁴

Se encontró que 18.3% realizaban actividad física de moderada intensidad y 81.7% ligera, lo que estaba relacionado con las labores de la vida diaria, por lo que el sedentarismo en esta población es considerable, lo cual indica que en la atención primaria en salud es importante continuar trabajando para dar consejería a mujeres desde la preconcepción sobre la importancia de la práctica regular de actividad física. Hay estudios que demuestran que la actividad física prenatal 90 minutos a la semana es un factor protector importante para no desarrollar la enfermedad y tener consecuencias a largo plazo¹⁶, en especial en quienes se encuentran en sobrepeso y obesidad.^{4,25}

En cuanto a las variables relacionadas con el entorno social, aunque no son la causa de presentar o no DG, se ha visto que tener una adecuada red de apoyo para los pacientes diabéticos en cuanto el autocuidado en conjunto con las intervenciones en el estilo de vida son importantes para el manejo de la enfermedad, por ella es necesaria la evaluación psicosocial y de su entorno según ADA 2022.¹

Se considera que una de las limitaciones del estudio es que en nuestro país es la alta tasa de embarazos no planeados con mínima asistencia a la consulta preconcepcional, lo que conlleva al inicio de controles prenatales tardíos, como se evidenció. En un estudio de casos y controles se observó que uno de los factores que motivan a que las mujeres asistieran a la consulta preconcepcional, fue que conocieran la repercusión de la diabetes en el embarazo (87,5% vs. 58,8%; $p = 0,029$).²⁹

Por todo lo descrito, destacamos la importancia del papel no solo del médico especialista en medicina familiar sino también de todo personal de salud que está vinculado con la atención primaria en salud, para hacer la detección oportuna y las actividades para evitar enfermedades que puedan alterar el curso de la gestación. Hay que estimular la consulta preconcepcional y la planificación familiar efectiva, educar a las pacientes sobre las complicaciones y desenlaces desfavorables en caso de un embarazo no planeado, en especial cuando existen factores de riesgo, pues podría ser una herramienta eficaz para preservar los derechos sexuales y reproductivos y así evitar patologías como la diabetes mellitus gestacional.

CONCLUSIONES

La prevalencia de DG en Mosquera es similar a la nacional. Se requieren estrategias para el control de los factores de riesgo en la población de mujeres en edad fértil con el fin de prevenir el desarrollo de DG y sus complicaciones a corto, mediano y largo plazo.

AGRADECIMIENTOS

A la entidad E.S.E Hospital María Auxiliadora de Mosquera, por su colaboración en el proyecto, facilitando a su personal asistencial para la obtención de la información.

Al Dr. Omar Segura, Profesor Asociado de la Vicerrectoría de Investigaciones FUCS, por su asesoría y acompañamiento.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores, declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigaciones de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y el Hospital de San José de Bogotá con fecha 2 de mayo de 2023. Se respetaron los principios del artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 donde el estudio propuesto corresponde a una investigación sin riesgo, Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales.

DECLARACIÓN DE FINANCIACIÓN

Los investigadores declaran no haber recibido ningún tipo de financiación para desarrollo de la investigación.

REFERENCIAS

1. American Diabetes A. Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*. 2021;45(Supplement_1):S1-S2. <https://dx.doi.org/10.2337/dc22-Sint>
2. Egan AM, Dow ML, Vella A. A Review of the Pathophysiology and Management of Diabetes in Pregnancy. *Mayo Clin Proc*. 2020;95(12):2734-46. <https://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.02.019>
3. Modzelewski R, Stefanowicz-Rutkowska MM, Matuszewski W, Bandurska-Stankiewicz EM. Gestational Diabetes Mellitus-Recent Literature Review. *J Clin Med*. 2022;11(19). <https://dx.doi.org/10.3390/jcm11195736>
4. España-Dorado SA, Riascos-Melo JJ, Ortiz-Martínez RA, Chagüendo-García JE. Prevalencia de diabetes gestacional e identificación de factores asociados y desenlaces materno-perinatales en Colombia, tras la implementación de los nuevos criterios de la IADPSG criteria. *Rev Fac Med*. 2021;69(2):e80195. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v69n2.80195>
5. Bauzá-Tamayo G, Bauzá-López J, Vázquez-Gutiérrez G, de-la-Rosa-Santana J, García-Díaz Y. Incidencia y factores de riesgo de la diabetes gestacional. *Acta Médica del Centro*. 2022;16(1):79-89.
6. Deputy NP, Conrey EJ, Bullard KM. Prevalence and changes in preexisting diabetes and gestational diabetes among women who had a live birth - United States , 2012-2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018;67(43):1201-7. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6743a2>
7. Lee KW, Ching SM, Ramachandran V, Yee A, Hoo FK, Chia YC, Wan Sulaiman WA, Suppiah S, Mohamed MH, Veettil SK. Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):494. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2131-4>
8. Gao C, Sun X, Lu L, Liu F, Yuan J. Prevalence of gestational diabetes mellitus in mainland China: A systematic review and meta-analysis. *J Diabetes Investig*. 2019;10(1):154-162. <https://doi.org/10.1111/jdi.12854>
9. Muche AA, Olayemi OO, Gete YK. Prevalence and determinants of gestational diabetes mellitus in Africa based on the updated international diagnostic criteria: a systematic review and meta-analysis. *Arch Public Health*. 2019;77:36. <https://doi.org/10.1186/s13690-019-0362-0>
10. Larrabure-Torrealva GT, Martínez S, Luque-Fernández MA, Sánchez SE, Mascaró PA, Ingar H, Castillo W, Zumaeta R, Grande M, Motta V, Pacora P, Gelaye B, Williams MA. Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus: findings from a universal screening feasibility program in Lima, Peru. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Jul 18;18(1):303. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1904-0>
11. Dos Santos PA, Madi JM, da Silva ER, Vergani DOP, de Araújo BF, Garcia RMR. Gestational Diabetes in the Population Served by Brazilian Public Health Care. Prevalence and Risk Factors. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(1):12-18. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1700797>
12. Gómez G, Mesa JC. Diabetes y Embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 1997;48(4):239-42. <https://doi.org/10.18597/rcog.1249>
13. Campo-Campo MN, Betancur-Bermúdez LC, Jaramillo-Quiceno DM. Factores de riesgo para diabetes gestacional en población obstétrica en tres instituciones de Medellín, Colombia: Estudio de casos y controles. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2012;63(2):114-118. <https://doi.org/10.18597/rcog.187>

14. Ruiz-Hoyos BM, Londoño-Franco ÁL, Ramírez-Aristizábal RA. Prevalencia de Diabetes Mellitus Gestacional por curva de tolerancia a la glucosa en semanas 24 a 28. Cohorte prospectiva en Armenia Colombia, 2015-2016. Colombia: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2018;69(2):108-16. <https://doi.org/10.18597/rcog.3056>
15. Zhang Y, Xiao CM, Zhang Y, Chen Q, Zhang XQ, Li XF, Shao RY, Gao YM. Factors Associated with Gestational Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis. *J Diabetes Res.* 2021;2021:6692695. <https://doi.org/10.1155/2021/6692695>
16. Mijatovic-Vukas J, Cheng S, Stamatakis E, Louie J, Cheung N. Associations of Diet and Physical Activity with Risk for Gestational Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients* 2018;10(6):698. <https://doi.org/10.3390/nu10060698>
17. Cerón NA GO, Cerón OM, Ortiz RA. Complicaciones cardiovasculares en relación con la programación fetal. *Repert Med Cir.* 2021;30(1):7-12. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217273.943>
18. Steven MMK. Migración Venezolana en Colombia Estado actual y principales retos -Policy Brief. Oportunidad estratégica; 2022. p. 11.
19. Caracterización de la fecundidad en mujeres procedentes de Venezuela con nacidos vivos en Colombia. In: Estadística Id, Sociodemográfica, línea. DANE; 2021. p. 41.
20. Fernández-Niño JA R-BM, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Sobczyk RA, Acosta-Reyes JI, et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Rev Univ Ind Santander Salud.* 2019;51(3):208-19. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019004>
21. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2021. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2021. p. 318.
22. Lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; (2018).
23. UNFPA .Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Colombia. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – Milena 1.0. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina de país en Colombia. Bogotá; 2020.
24. Estadística-DANE DANd. Principales indicadores del mercado laboral Marzo de 2023: Boletín Técnico. Bogotá D.C.: Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE; 2023.
25. Giannakou K, Evangelou E, Yiallourous P, Christophi CA, Middleton N, Papatheodorou E, et al. Risk factors for gestational diabetes: An umbrella review of meta-analyses of observational studies. *PLoS One.* 2019;14(4):e0215372. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215372>
26. Harville EW, Crook CE, Bazzano LA, Woo JG, Burns TL, Raitakari O, et al. Cardiovascular risk factors before and during pregnancy: Does pregnancy unmask or initiate risk? *J Obstet Gynaecol Res.* 2021;47(11):3849-3856. <https://doi.org/10.1111/jog.14971>
27. Omaña-Guzmán LI, Ortiz-Hernández L, Ancira-Moreno M, Morales-Hernández V, O'Neill MS, Vadillo-Ortega F. Association of pre-pregnancy body mass index and rate of weight gain during pregnancy with maternal indicators of cardiometabolic risk. *Nutr Diabetes.* 2021;11(1):36. <https://doi.org/10.1038/s41387-021-00178-9>
28. Dikaiou P, Björck L, Adiels M, Lundberg CE, Mandalenakis Z, Manhem K, et al. Obesity, overweight and risk for cardiovascular disease and mortality in young women. *Eur J Prev Cardiol.* 2021;28(12):1351-1359. <https://doi.org/10.1177/2047487320908983>
29. Carrasco Falcón S, Vega Guedes B, Alvarado-Martel D, Wägner AM. Control preconcepcional en la diabetes: factores predisponentes y barreras. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2018;65(3):164-71. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2017.10.014>

