La diabetes gestacional y su cuidado

AVALADO POR

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Recomendaciones del Grupo Español de Diabetes y Embarazo elaboradas sobre un documento realizado por:

Dra. Mª José Picón César
Unidad de Diabetes y Embarazo
Servicio de Endocrinología y Nutrición
Hospital Virgen de la Victoria de Málaga

Con la colaboración de:

Dr. Jose A. Rubio García
Facultativo Especialista de Área en Hospital Príncipe de Asturias, Madrid

Dra. Mercedes Codina Marcet
Facultativo Especialista de Área en H Son Espases, Palma

Isabel Pujol Jiménez
Enfermera educadora en Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

¿Qué es la diabetes gestacional?

Es la diabetes que se diagnostica o se conoce por primera vez durante el embarazo. Podría existir previa al embarazo, pero se desconocía.

Se produce porque el embarazo es una sobrecarga importante para el metabolismo de una mujer a la que el organismo se debe adaptar. Cuando esta adaptación no ocurre adecuadamente se desarrolla la diabetes.

Factores de riesgo que hace que haya mujeres con más probabilidad de desarrollar diabetes gestacional

- Sobrepeso (Índice masa corporal 25-30 kg/m^2)
- Obesidad (Índice masa corporal > 30 kg/m^2)

- Diabetes gestacional en embarazos previos

- Antecedentes familiares de diabetes

- Hijo previo con más de 4 Kg al nacer

- Edad de la madre superior a 35 años

¿ Cómo se diagnostica?

La diabetes gestacional no da síntomas y es necesario "descubrirla" mediante sobrecargas de glucosa. Se utilizan dos tipos de sobrecarga de forma escalonada:

Test de O`Sullivan

- Es sólo un despistaje (no sirve para diagnosticar).
- Se hace determinando la glucemia tras la toma de 50 g de glucosa.
- Una extracción de sangre. No precisa estar en ayunas.
- Se considera positiva si el resultado es ≥ 140 mg/dL .
- Si es positiva habrá que realizar la sobrecarga larga.

Sobrecarga larga

- Es la que nos da el diagnóstico.
- Se hace con 100 g de glucosa.
- 4 extracciones de sangre.
- Se considera positiva si dos o más determinaciones están elevadas según los siguienes puntos de corte:
  - Basal: 105 mg/dL
  - 60 min: 190 mg/dL
  - 120 min: 165 mg/dL
  - 180 min: 145 mg/dL

Si la mujer tiene factores de riesgo, se recomienda realizar la búsqueda de la diabetes gestacional desde el primer trimestre. En caso contrario las sobrecargas se harán entre las semanas 24-28 de gestación.

Una diabetes gestacional que se diagnostica en el primer trimestre puede tener más relevancia, porque incluso es posible que la mujer ya tuviera diabetes sin saberlo antes del embarazo.

Durante la pandemia por SARS-CoV2, en algunos centros en los que no se ha podido garantizar la seguridad de las mujeres durante la realización de las sobrecargas de glucosa o por limitación de personal sanitario en relación con la pandemia, se ha optado por una estrategia diagnóstica más sencilla.

Consiste en una determinación analítica en las que se valora conjuntamente el nivel de glucosa y la hemoglobina glicada (parámetro que nos da una idea de cómo ha estado la glucosa en los últimos 2-3 meses). **Esta estrategia debe ser utilizada sólo en situaciones de emergencia** puesto que es menos sensible y quedarían pacientes sin diagnosticar.

¿Qué consecuencias tiene?

Para la madre, a corto plazo, es un trastorno leve que no provoca síntomas. Pero al feto que le llega demasiada glucosa, le va a pasar como a una persona que coma en exceso, le puede provocar una obesidad fetal. **No se trata de un feto grande sino de un feto obeso**.

La complicaciones más frecuentes son los problemas en el parto, ya que si el feto es más grande de lo habitual **dificultará el parto** con mayor posibilidad de pérdida del bienestar fetal. A largo plazo, este crecimiento fetal excesivo, puede predisponer también a enfermedades metabólicas en la infancia y la edad adulta.

Además, la diabetes gestacional es más frecuente que se asocie a **hipertensión** en el embarazo, lo cual es una complicación añadida que implica riesgo tanto para la madre como para el feto.

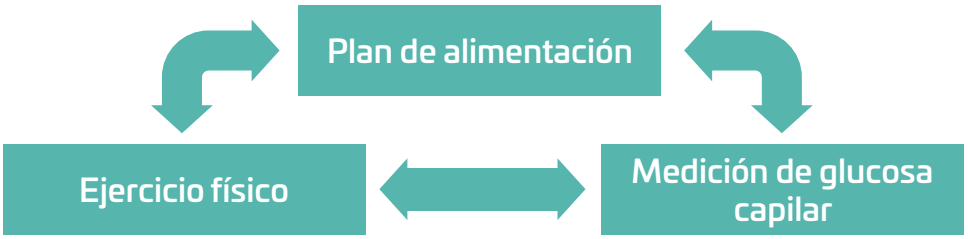
Sin embargo, la frecuencia de estas complicaciones se reduce con un adecuado control de esta nueva situación, por lo que es importante reconocerla a tiempo y actuar de manera adecuada.

Las complicaciones graves son menos frecuentes que en la diabetes previa al embarazo. Pero no hay que bajar la guardia porque los resultados gestacionales desfavorables son más frecuentes que en mujeres sin diabetes gestacional.

A largo plazo, el desarrollo de una diabetes gestacional puede servirnos como marcador muy precoz de posibles alteraciones metabólicas en la madre que aparecerían varios años después, y que pudieran evitarse optimizando las normas de estilo de vida y alimentación y manteniendo un peso adecuado.

¿Me han diagnosticado de diabetes gestacional? ¿Y ahora qué?

Lo primero que vamos a hacer es establecer un **plan de alimentación** junto con **ejercicio físico**, y va a empezar a **medirse la glucosa** en sangre con regularidad para comprobar que los niveles están dentro de los objetivos.



Plan de alimentación

Solemos entender por dieta un plan encaminado a perder peso y éste no es nuestro objetivo (al menos, no ahora), por tanto es preferible hablar de plan de alimentación.

Sin embargo, es importante que la ganancia de peso en el embarazo sea acorde al peso con el que la mujer comenzó el embarazo, más todavía si previamente presentaba sobrepeso/obesidad. Para gestaciones con un solo feto:

IMC previo al embarazo	Ganancia de peso recomendada
Bajo peso (< 18,5 kg/m^2)	12-18 kg
Normal (18,5-24,9 kg/m^2)	11-16 kg
Sobrepeso (25-29,9 kg/m^2)	6-11 kg
Obesidad (> 30 kg/m^2)	5-9 kg

Una buena alimentación durante el embarazo siempre es muy importante y en las mujeres con diabetes gestacional es además una medida para mejorar el ambiente fetal.

Le vamos a pedir que haga simplemente una alimentación equilibrada como la que puede realizar cualquier persona que desee seguir hábitos saludables de alimentación y, además, le recomendaremos que la mantenga a largo plazo más allá del parto. Debe tener ideas sencillas de cómo ha de ser la alimentación.

Recomendaciones generales para la alimentación de la mujer con diabetes gestacional

A continuación tiene unas normas generales para una alimentación sana y equilibrada.

1.- **Coma de forma regular, cada 3-4 horas** durante el día. Realice 3 comidas principales y 2-3 tomas ligeras intermedias (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y antes de acostarse). De esta manera evitará grandes comidas con digestiones pesadas.

2.- **Evite alimentos con muchas calorías, ricos en azúcar y grasas** como: azúcar refinado, miel, leche condensada o chocolatada, dulce de leche, mermeladas, caramelos, dulces, pasteles, crema pastelera, bollería, bebidas azucaradas, chocolate, bombones, productos precocinados, snacks preparados, helados, batidos, embutidos grasos, mantequilla o nata.

3.- Asegure el consumo de fibra: **verduras, legumbres, productos integrales** y **fruta.**

4.- La **verdura** debe estar presente tanto en la comida como en la cena, ya sea en ensalada, como un primer plato o como guarnición si toma plato único. Es recomendable tomarla al principio de la comida.

5.- Las **legumbres, cereales** y derivados (como el **pan** y la **pasta**), la **patata** y el **arroz**, son alimentos ricos en energía, siendo necesarios en la dieta de una mujer embarazada; sin embargo, dado su contenido en carbohidratos debemos controlar las cantidades. Algunas consideraciones son:

- Las **legumbres** son muy recomendables, ricas en fibra, se deben tomar al menos 2-3 días por semana. Producen una elevación lenta de la glucemia.
- El **pan** y la **pasta**, mejor que sean integrales, se suelen tomar diariamente y es importante controlar su cantidad en cada toma. La elevación de glucemia que producen estos alimentos es más rápida que la de las legumbres (y el pan más que la pasta).
- La **patata** es un alimento común en la dieta y produce una elevación de glucemia intermedia.
- El **arroz**, también es preferible que sea integral y eleva más rápidamente la glucemia que los alimentos anteriores. Se puede mantener su consumo controlando cantidades y la elevación de la glucemia tras su consumo.

6.- **Fruta**: es importante tomar al menos 3 piezas al día, por ejemplo una pieza de postre en comida y cena y otra en la merienda:

- Una porción si la fruta es de tamaño grande (sandía o melón), una pieza si el tamaño es mediano (manzana, pera, melocotón, naranja), un par si son mandarinas, kiwis o albaricoques y si se trata de fruta pequeña (fresas, uvas, arándanos, frambuesas, cerezas) tome lo que cabe en dos manos cerradas.
- La elevación de glucemia que produce la fruta no es muy marcada, pero puede cambiar según su textura.
- Es preferible que la fruta no esté muy madura y que se consuma "comida, masticando" si es posible con la piel.
- Es preferible no tomar la fruta triturada, exprimida o en compota porque el efecto sobre la glucemia es mayor.

7.- **Leche** o **yogur**: Se recomienda el consumo diario de leche o yogur equivalente, pudiendo ser desnatados o semidesnatados si hay problemas de control del peso.

8.- **Grasas**: Usar aceite (preferiblemente de oliva); la cantidad dependerá de las calorías recomendadas. Evite utilizar otras grasas como mantequilla, margarina, tocino, grasas de bollería industrial o de origen animal.

9.- Es recomendable el consumo de **frutos secos oleaginosos**: (nueces, almendras y avellanas). Un puñado pequeño (lo que cabe en un puño cerrado) al día tiene efectos favorables sobre la salud y poca repercusión sobre la glucemia. Controlar las cantidades si hay problemas en el control del peso. Las pasas, dátiles, ciruelas, quicos, habas o garbanzos no forman parte de este grupo y no se aconsejan.

10.- Es mejor tomar más **pescado** que **carne**. No es recomendable tomar pescado más de 3 veces por semana y las carnes han de ser magras (pollo, conejo, ternera o buey). Puede tomar **huevos** como fuente proteica, pudiéndose consumir hasta 1 huevo al día. Se recomienda que los embutidos y quesos sean bajos en grasa (queso fresco, pechuga de pavo o pollo, jamón de York o serrano sin grasa). No tome carne cruda o poco hecha.

11.- Es ideal cocinar de manera simple para no aumentar las calorías, se recomiendan cocciones con poca grasa (plancha, parrilla, hervido, escalfado, al vapor, horno o microondas), limitando los fritos, y evitando salsas que contengan grasas, sobre todo si son diferentes del aceite de oliva. Los **rebozados** y **empanados** no son aconsejables porque tienen repercusión sobre la glucemia. Puede utilizar especias.

12.- Para endulzar **puede usar edulcorante no calórico**, preferiblemente el aspartamo, pero es mejor limitar su consumo tanto como sea posible.

13.- **Es importante una hidratación adecuada**, siendo el agua el líquido más recomendable. Si toma algún refresco, debe ser no calórico o light. Evite los **zumos** comerciales.

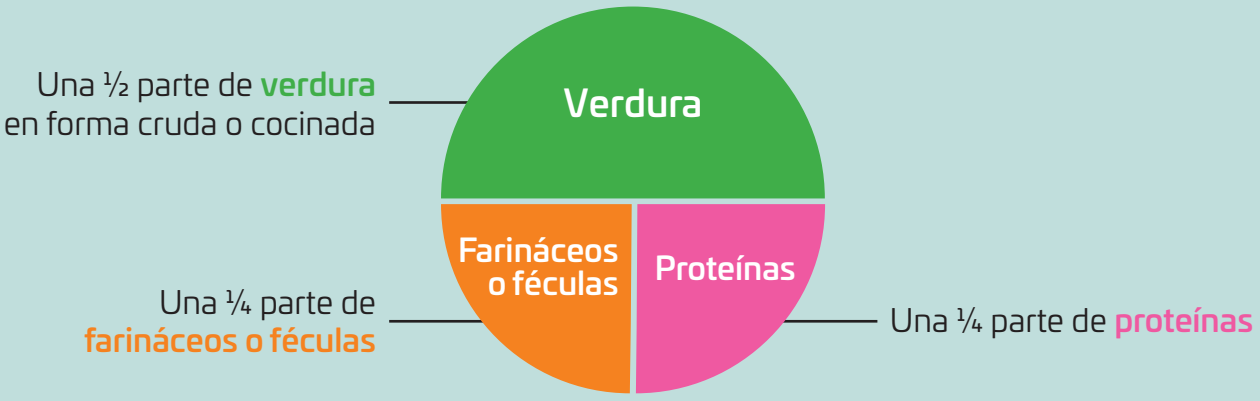
14.- **Evite tomar alimentos procesados o precocinados** así como productos que se venden bajo el epígrafe de "especiales para diabéticos".

Clasificaríamos los alimentos en grupos de

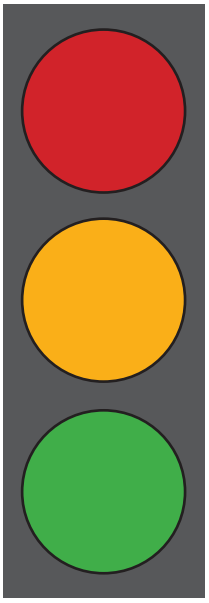
- Verduras
- Féculas
- Proteínas
- Frutas
- Grasas
- Lácteos

Estos grupos de alimentos contienen **Carbohidratos** que influyen en la glucosa sanguínea

Una dieta equilibrada se conseguirá mientras no falte en la comida y en la cena:



Acompañado de un poco de **grasa**, de 1 **fruta** y agua.



PROHIBIDOS. COMER SOLO DE FORMA OCASIONAL.

¡STOP!
Alimentos de baja densidad nutritiva y muchas calorías. Snacks, frituras, dulces, chucherías, miel, mermeladas, caramelos, bollería, bebidas azucaradas, helados.

SE PUEDEN COMER CON MODERACIÓN

¡A DIARIO PERO CONTROLAR!
Alimentos de valor calórico medio y alto valor nutricional. Carnes, queso, pastas, legumbres, cereales, arroz, patata, pan.

SE PUEDEN COMER A DIARIO

¡LIBREMENTE!
Alimentos de alto valor nutricional y bajo valor calórico. Frutas, verduras, leche, yogur.

Ejercicio físico

El ejercicio en el embarazo es seguro y beneficioso para la madre y para el feto y debe adaptarse a las condiciones físicas de la gestante.

Tipo: Se aconseja ejercicio aeróbico de moderada intensidad (se debería poder mantener una conversación hablando pero no cantando) y de bajo impacto (actividades acuáticas, bicicleta fija, caminar al aire libre o sobre una máquina).

El yoga adaptado al embarazo es una buena opción pues disminuye además la tensión y la ansiedad, aumenta la resistencia, mejora la postura y el alineamiento reduciendo las molestias propias del embarazo.

Duración y frecuencia: Se debe practicar regularmente, entre 5-7 días a la semana y durante 30-45 minutos. Si no es posible, se puede realizar en dos períodos al día de más corta duración. Las sesiones deben incluir un calentamiento y estiramiento, seguido del programa de ejercicio y terminar con enfriamiento.

Interrumpir ejercicio en caso de: sangrado vaginal, contracciones dolorosas, pérdida de líquido amniótico, dificultad respiratoria de inicio brusco, mareo, dolor de cabeza, dolor torácico, dolor en gemelo o aumento de su diámetro.

Por último, recuerde mantener un estilo de vida activo realizando ejercicio físico diario que incluso puede realizar en domicilio consultando la web **https:/www.embactiva.es/**

Autocontroles de glucosa

Una vez instaurado el tratamiento (alimentación y ejercicio) necesitamos vigilar los niveles de glucosa para saber si estamos alcanzando el objetivo. Esto lo haremos mediante controles de glucemia capilar.

El embarazo es una situación particular y los niveles de glucosa normales para una embarazada no son los mismos que para la población general. Es muy frecuente tener niveles relativamente bajos de glucosa, lo cual no es peligroso para la madre o el feto. Si se está siguiendo tratamiento con insulina, se procurará no tener glucemias cerca del límite bajo para reducir las posibilidades de presentar hipoglucemia.

Por otro lado, esta diabetes, no suele cursar con niveles demasiado altos de glucosa. De hecho, unos niveles muy elevados de glucosa hacen sospechar que la diabetes ya existía previamente al embarazo.

¿Cuáles son los momentos clave para medir la glucosa y cuál es el nivel de glucosa que debo alcanzar? Las recomendaciones generales son las que se indican en el cuadro siguiente:

Antes de desayunar	Objetivo < 95 mg/dL
1 hora después de desayunar	Objetivo < 140 mg/dL
1 hora después de almorzar	Objetivo < 140 mg/dL
1 hora después de cenar	Objetivo < 140 mg/dL

En caso de que se presente aceleración del crecimiento del bebé, los objetivos pueden ser más bajos.

¿Y si no alcanzo los objetivos de glucosa?

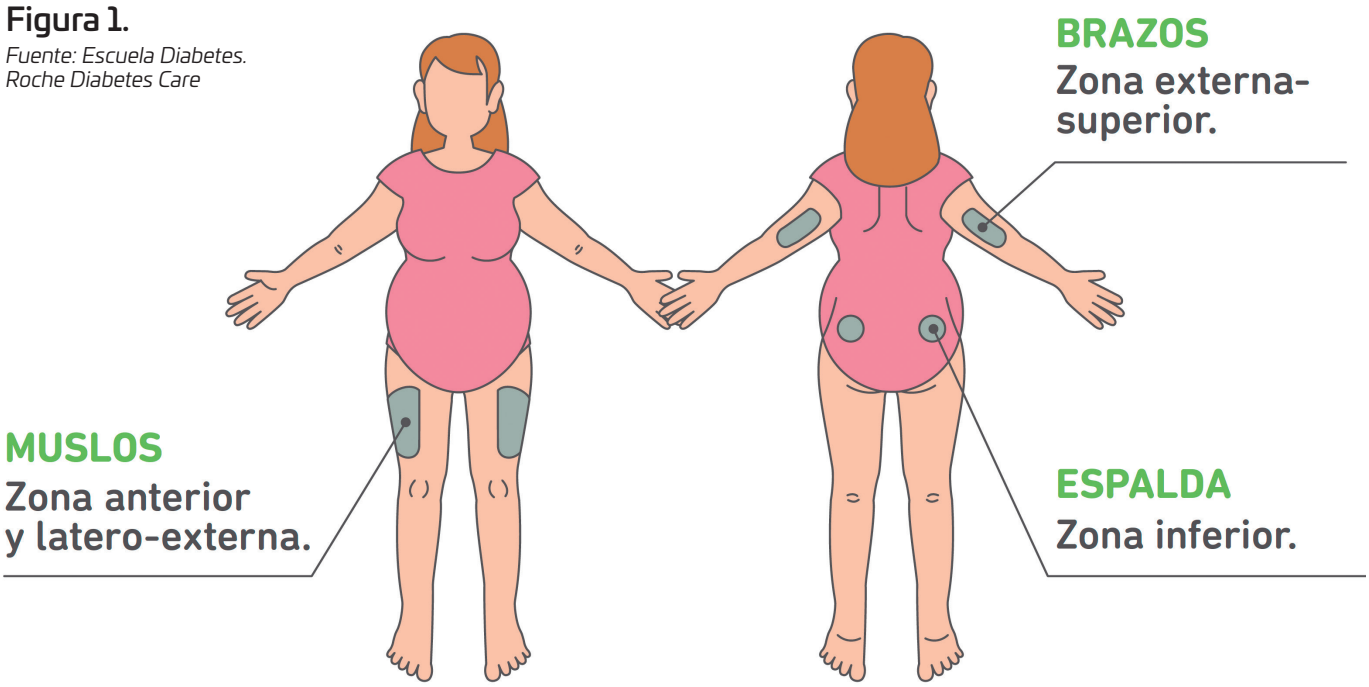
Cuando con la dieta y el ejercicio no son suficientes, necesitaremos recurrir a los fármacos. Tendremos dos posibilidades: insulina o metformina.

De primera elección será insulina, que es un fármaco inyectable y que se puede poner entre 1 y 4 veces al día dependiendo de cada paciente.

El uso de la insulina es transitorio. **El cuerpo no se acostumbra a la insulina**. Después del parto, lo habitual es que deje de necesitarla.

No perjudica al feto puesto que no atraviesa la placenta.

Figura 1.
Fuente: Escuela Diabetes. Roche Diabetes Care



Las dos principales limitaciones de la insulina son: que necesita ser inyectada y que puede producir bajadas de azúcar (hipoglucemias).

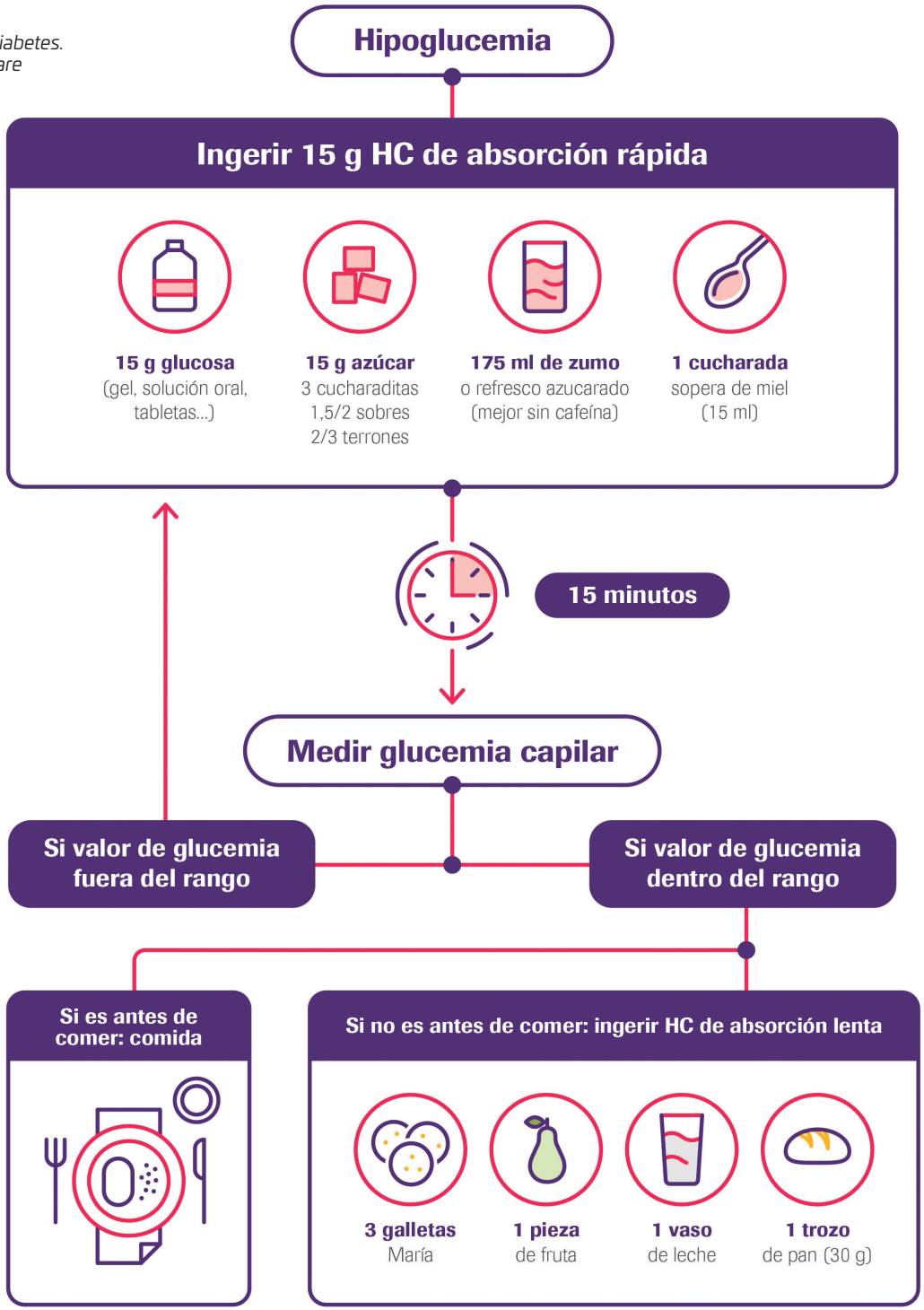
En la **Figura 1** podemos ver las zonas de inyección. La zona del brazo puede ser un poco más difícil para la inyección de forma que puede inyectarse sólo en los muslos y zona superior del glúteo si le es más cómodo siempre y cuando no lo haga en el mismo sitio siempre. En los primeros meses de embarazo, la zona del abdomen también se podría utilizar.

Consideramos hipoglucemia a un valor de glucosa <70 mg/dL en una mujer que está bajo tratamiento con insulina. Si no recibe insulina, este valor puede ser normal.

- **Para evitar hipoglucemias**, es importante **respetar las horas de las comidas**. Si tiene vómitos procure tomar líquidos con contenido en hidratos de carbono en pequeñas cantidades.

- **Para tratar hipoglucemias** se recomienda **tomar azúcar en forma líquida**: un vaso de agua (o leche desnatada) con un sobre de azúcar, un zumo de frutas, el sobre de azúcar directamente, un refresco (no light). Pero no en cantidades excesivas. Deberá seguir la regla del 15 **(Figura 2)**: 15 gramos de azúcar cada 15 minutos.

Figura 2.
Fuente: Escuela Diabetes. Roche Diabetes Care



En ocasiones se puede considerar el uso de la metformina en embarazo pero es importante tener en cuenta que:

- Es un fármaco que no está aprobado en ficha técnica para su uso en el embarazo. Sin embargo, dado que los resultados perinatales son satisfactorios, algunas sociedades científicas lo consideran el fármaco de primera elección en el tratamiento de la diabetes gestacional.
- La medicación atraviesa la placenta, aunque los datos actuales no indican que esto perjudique al feto.
- Existen pocos datos a largo plazo. Parece que incrementa sensiblemente el peso en la infancia sin conocerse aún si esto tiene repercusiones metabólicas en la edad adulta.
- En aproximadamente el 40 % de las mujeres, habrá que añadir insulina porque el control no será suficiente, aunque habitualmente será en menor dosis y menor número de inyecciones que sin metformina.

Sin embargo puede facilitar el manejo de la diabetes gestacional en algunos casos teniendo algunas ventajas sobre la insulina:

- Es útil en situaciones de dificultades para el seguimiento de la paciente.
- En caso de rechazo expreso de la embarazada a la inyección de insulina ya que es de administración oral.
- Es un fármaco que NO produce hipoglucemias.
- Se tolera aceptablemente bien.

En caso de que su endocrino/obstetra considere adecuada esta opción de tratamiento es importante que valoren conjuntamente los pros y los contras. Incluso, dependiendo del equipo que le atienda, se le puede solicitar un consentimiento por escrito.

¿Y tras el parto?

Si ha necesitado insulina o metformina durante el embarazo, en la mayoría de las ocasiones, se podrá suspender. También se suspenderán los controles de glucemia capilar puesto que no es necesaria la monitorización diaria.

Lo que debería perdurar SIEMPRE son los hábitos saludables que ha iniciado, de forma que evite o retrase la aparición de diabetes en el futuro y en sucesivos embarazos.

Una persona que ha tenido diabetes en el embarazo siempre será una persona de riesgo de desarrollar diabetes en el futuro. En algunos estudios a los 10 años del parto el 50 % de las mujeres que han tenido diabetes en sus embarazos presentan diabetes. En este sentido, tenga en cuenta que la lactancia materna durante, por lo menos 6 meses, se ha visto que disminuye el riesgo de desarrollar diabetes.

Por esto, debería realizarse una revaluación metabólica que incluya sobrecarga oral de glucosa al menos en los 6-12 meses tras el parto y en función de los resultados hacer la evaluación con una frecuencia de entre 1-3 años. Háblelo con su médico de familia. El hecho de que todo sea normal en un primer momento no implica que nos podamos olvidar de mantener hábitos saludables en cuanto a forma de vida y alimentación. Pero recuerde que la forma de prevenir la diabetes es cuidar su alimentación y llevar una vida activa.

Preguntas frecuentes

- **¿Por qué se hacen dos sobrecargas?** Porque la mayoría de las mujeres no necesitan hacerse la segunda que es más molesta.

- **¿Podría haberse evitado esta diabetes gestacional?** Es posible que si antes de quedarse embarazada no hubiera tenido sobrepeso la diabetes no hubiera aparecido o al menos se controlaría mejor. Reflexione sobre ello si planea futuros embarazos.

- **La insulina no me hace efecto**: casi siempre empezaremos con dosis más bajas para evitar hipoglucemias y habrá que ir subiendo a medida que avanza el embarazo. Esto no significa que no haga efecto.

- **¿El parto será normal?**: habitualmente no será necesario adelantar el parto ni ingresar antes pero su equipo le indicará en determinadas circunstancias la posibilidad de tener que adelantarlo según la situación.

- **¿Podré dar el pecho?** sin ningún problema, es muy recomendable que lo haga.

- En embarazos siguientes tiene usted más posibilidades de sufrir una diabetes gestacional de nuevo. De manera que debe indicárselo a su médico para que le realice un test de despistaje ya desde la primera visita.