

## SITUACIONES ESPECIALES

# Diabetes y embarazo. Homeostasis glucémica y diabetes gestacional.

## INFORMACIÓN PARA PACIENTES

**Cristina López Tinoco.** Profesora Contratada Doctora. Universidad de Cádiz. Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INIBICA).

### ¿Qué es la diabetes gestacional?

Es la diabetes diagnosticada por primera vez en el segundo o tercer trimestre de la gestación. Se produce porque la célula  $\beta$  del páncreas es incapaz de incrementar la secreción de insulina necesaria para contrarrestar la resistencia insulínica propia del embarazo.

### ¿Qué consecuencias tiene?

La asociación entre diabetes y embarazo puede implicar un mayor riesgo de complicaciones para la madre y el feto. La macrosomía o feto grande es la complicación más frecuentemente asociada y aumenta la probabilidad de parto por cesárea, distocia de hombro o traumatismo obstétrico. No suele provocar complicaciones más graves del tipo de abortos, pérdidas fetales y malformaciones, puesto que es una diabetes que aparece después del primer trimestre y la hiperglucemia es menos grave que en la diabetes previa al embarazo.

### ¿Cómo se diagnostica?

A través de una prueba que consiste en tomar 50 g de glucosa (O'Sullivan) y una extracción de sangre a la hora, donde se determina la glucemia. Si el resultado de la glucemia es  $\geq 140$  mg/dl, habrá que realizar la prueba larga. Este es el que nos da el diagnóstico. Se hace con 100 g de glucosa y 4 extracciones de sangre. Se considera positivo si dos o más determinaciones están elevadas según los siguientes puntos de corte: basal: 105 mg/día; a los 60 min: 190 mg/dl; a los 120 min: 165 mg/dl y a los 180 min: 145 mg/dl.

La prueba inicial o de cribado se efectúa a todas las gestantes en el segundo trimestre entre las semanas 24 y 28 de gestación, excepto si se considera de "alto riesgo", que es cuando se tiene alguno de los siguientes factores: obesidad (índice de masa corporal  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>), hijo previo con macrosomía (4,5 kg de peso o más), diabetes mellitus gestacional (DMG) en embarazo anterior o antecedentes de primer grado en la familia de DM tipo 2 (DM2). En todos estos casos se realizará en el primer trimestre.

### ¿Cómo se trata?

El tratamiento incluye modificaciones en los hábitos dietéticos y un aumento de la actividad física. 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. En general se recomienda una dieta equilibrada normocalórica. En caso de que el aumento de peso sea mayor a lo recomendado, se pueden considerar menos calorías, pero nunca por debajo de las 1700 calorías. En el anexo 1 se recogen las principales recomendaciones dietéticas.

Tendrán que realizarse al menos 4 controles de glucemia capilar al día: uno en ayunas y el resto 1 o 2 h tras el desayuno, almuerzo y cena. Los objetivos del control glucémico son: glucemia basal  $< 95$  mg/dl, glucemia 1 h postingesta  $< 140$  mg/dl y 2 h postingesta  $< 120$  mg/dl.

Si con dieta y ejercicio no se logra un control glucémico adecuado, puede ser necesario el uso de insulina, que es la opción preferida. La insulina es un fármaco inyectable que puede ponerse entre 1 y 4 veces al día dependiendo de las necesidades de

cada paciente. Además, su uso será transitorio y cuando dé a luz, lo esperable, es que deje de necesitarla. El cuerpo no se acostumbra a la insulina y no perjudica al feto, puesto que no atraviesa la placenta.

En los casos leves que no requieren tratamiento insulínico, tanto el control ecográfico del crecimiento fetal como la finalización de la gestación será, en líneas generales, similar al resto de la población. En aquellas que tienen un control glucémico inadecuado, feto grande, obesidad y otras comorbilidades se realizarán un seguimiento y control más estrictos.

## ¿Y tras el parto?

Tras el parto se suspenderá el tratamiento con insulina, si fuera el caso, y los controles de glucemia capilar.

Las recomendaciones dietéticas se deben mantener, ya que la mejora de los hábitos alimentarios mejora el riesgo de desarrollar DM2 en el futuro. Debido a la alta probabilidad de que vuelva a ocurrir en embarazos posteriores y de desarrollar una DM2 (hasta en la mitad de las mujeres), se recomienda realizar una curva con 75 g de glucosa con medición de glucemia a las 2 h durante las 4-12 semanas posparto y determinaciones analíticas cada 1 a 3 años según el resultado.

Es recomendable la lactancia materna para conseguir una mayor pérdida de peso posparto y porque reduce el riesgo de desarrollar DM2.