

**Silvia Ponce Delgado.**

EPA en EGC y EPA en Diabetes.
Hospital Universitario de Jerez (SAS).

**Ana Domínguez Navarro.**

EPA en Diabetes e Investigadora de Enfermería.
Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cádiz.



Atención integral a mujeres embarazadas con diabetes gestacional

1. INTRODUCCIÓN

La diabetes gestacional (DG) es cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o se reconoce por primera vez du-

rante el embarazo (1). La DG es un precursor de la diabetes mellitus tipo 2 y ambas comparten fisiopatología: resistencia a la insulina y disfunción de las células β del páncreas (2).

La DG se puede clasificar en (1):

- Diabetes gestacional A1: está controlada sin medicación y responde al tratamiento nutricional. También puede >>

- » llamarse diabetes gestacional controlada con dieta.
- Diabetes gestacional A2: está controlada con medicación para alcanzar un control glucémico adecuado.

En España, la prevalencia de la DG es del 32,8% (3) y se encuentra en aumento debido a la edad avanzada en el momento de la gestación y el aumento de la obesidad en la población (2).

2. DIAGNÓSTICO

Se recomienda realizar el cribado de la DG a todas las mujeres embarazadas (sin diagnóstico previo de diabetes tipo 1 o 2) entre las semanas 24 y 28 de embarazo (1) (Tabla 1).

El cribado se realiza mediante el **test de O’Sullivan**, que consiste en determinar la glucemia en sangre una hora después de la administración de 50 gramos de gluco-

sa vía oral. Si la glucemia a la hora es igual o superior a 140 mg/dL, el test de O’Sullivan se considera positivo.

En caso de cribado positivo, es necesario realizar una confirmación diagnóstica con la **sobrecarga oral de glucosa**.

La sobrecarga oral de glucosa consiste en la administración vía oral de 75-100 gramos de glucosa y determinar los niveles de glucosa en sangre antes y después de la administración de la glucosa. Es preciso que haya un ayuno de 8-14 horas y los 3 días previos, realizar una dieta con ingesta mínima de 150g/día de hidratos de carbono y actividad física. Durante la prueba, la mujer debe permanecer en reposo y sentada (2).

Sin embargo, la Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda distinguir a las mujeres con diabetes preexistente que se diagnostican por primera vez durante el embarazo de aquellas mujeres

que manifiestan una transitoria residencia a la insulina relacionada con el embarazo (5,2).

3. CUIDADOS INTEGRALES PRENATALES

Las recomendaciones sobre los cuidados integrales prenatales que una mujer con DG son los siguientes:

- **Control glucémico:** es necesario realizar un seguimiento regular de los niveles de glucemia durante el embarazo para garantizar que se mantengan dentro de los límites seguros para la gestación. Esto es especialmente crucial cuando se inicia un tratamiento con insulina. Se recomienda realizar 4 controles de glucemia capilar al día: desayuno y preprandial y postprandial en almuerzo o cena (en días alternos) o implantar la monitorización continua de glucosa. Los objetivos glucémicos se encuentran recogidos en la **Tabla 2** (6,7).



TABLA 1. Criterios diagnósticos de diabetes (4).

¿CUÁNDO?	¿A QUIEN?	¿CÓMO?	¿DÓNDE?
1 ^{er} trimestre	Gestantes de alto riesgo: <ul style="list-style-type: none"> ● Edad > 35 años. ● Obesidad (IMC > 30). ● Antecedentes personales de DG. ● Antecedentes obstétricos malos. ● Historia familiar de DM en familiares de primer grado. ● Minorías étnicas (sudeste asiático, latinoamericanos...) 	Test de O’Sullivan. Sobrecarga oral de glucosa 50g.	En el centro de salud, siendo pacientes preferentes.
2 ^o trimestre (entre 24-28 semanas)	A todas las gestantes no diagnosticadas previamente.		
3 ^{er} trimestre	Complicaciones asociadas a la DG en gestantes no diagnosticadas previamente.	Sobrecarga oral de glucosa 50g.	En el hospital.

TABLA 2. Objetivos glucémicos en mujeres con diabetes gestacional.

Glucemia basal	70-95 mg/dL
Glucemia posprandial (1 hora)	110-140 mg/dL
Glucemia posprandial (2 hora)	100-120 mg/dL
Monitorización continua de glucosa	tiempo en rango (63-140 mg/dL) > 70% tiempo < 63 mg/dL: < 4% tiempo > 140 mg/dL: < 25%
HbA1c en primer trimestre	< 6,5%
HbA1c en segundo y tercer trimestre	< 6,0%

**NO HAY RAZÓN
PARA EVITAR
INTENTAR
UN PARTO VAGINAL,
INCLUSO AUNQUE
LA PROBABILIDAD
DE ÉXITO EN
EL PARTO VAGINAL
PUEDA SER MENOR
QUE EN MUJERES
SIN DIABETES**



TABLA 3. Distribución de nutrientes en la dieta durante el embarazo si DG.

HIDRATOS DE CARBONO	40-50%	175 gramos	Complejos y con un índice glucémico bajo. Principalmente cereales integrales, frutas y verduras.
PROTEÍNAS	20%	71 gramos	Repartir en todas las comidas para saciar.
GRASAS	30-40%	28 gramos	Limitar las grasas saturadas y trans.

- » ■ **Tratamiento farmacológico:** la administración de tratamientos farmacológicos solo debe considerarse si los cambios en el estilo de vida no son suficientes para mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de los límites aceptables después de 1-2 semanas. La opción preferente de tratamiento farmacológico es la insulina (6).
- **Terapia nutricional:** la ingesta calórica debe ser adecuada para promover la salud tanto de la madre como del feto/neonato, así como para alcanzar los objetivos de control glucémico y un aumento de peso adecuado. La mayoría de las mujeres con DG (70-85% pueden lograr niveles de glucemia normales únicamente con la

terapia nutricional. Las mujeres, con frecuencia, requieren una dieta de entre 1.800 a 2.500 kcal/día. La distribución de nutrientes recomendada se encuentra recogida en la **Tabla 3** (8,2).

- **Actividad física:** el ejercicio aeróbico y de resistencia con una intensidad moderada (20-50 min/día, 2-7 días/semana) mejora los resultados de glucosa y reduce la necesidad de iniciar insulina o en las dosis de insulina necesarias (8).
- **Apoyo psicológico:** la DG se relaciona con un mayor riesgo de trastornos de salud mental, como depresión durante el embarazo y después del parto, ansiedad y trastorno de estrés postraumático. Por lo tanto, es funda-

mental proporcionar atención a la salud mental de las mujeres con DG (9).

PREGUNTAS FRECUENTES.

Las mujeres muestran su preocupación en consulta preguntando sobre las consecuencias de la DG en su salud y en la de su bebé. Algunas de las preguntas más habituales son las siguientes:

¿Qué complicaciones se pueden producir durante mi embarazo al tener DG?

- Fetos grandes para la edad gestacional: debido a persistencia de hiperglucemia, tienen un mayor riesgo de desarrollar macrosomía, lo que a su vez está asociado con una mayor probabilidad de parto instrumental. »

- » • Preclampsia: es más frecuente en mujeres con diabetes gestacional en comparación con aquellas sin esta condición. La resistencia a la insulina parece ser el factor subyacente en esta relación
- Polihidramnios: es más común en mujeres con diabetes gestacional, aunque no parece estar vinculado a un incremento significativo en la morbilidad o mortalidad.
- Complicaciones neonatales: los bebés nacidos de embarazos complicados por diabetes gestacional tienen mayor riesgo de presentar hipogluceemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, policitemia, dificultad respiratoria y/o cardiomiopatía, incluso, se puede producir la muerte fetal intrauterina (2).

¿Cómo será mi parto teniendo DG?

No hay razón para evitar intentar un parto vaginal, incluso aunque la probabilidad de éxito en el parto vaginal pueda ser menor que en mujeres sin diabetes (7). Sin embargo, se recomienda considerar la inducción electiva entre las semanas 38 y 40 para reducir el riesgo de mortalidad neonatal. Además, se sugiere realizar una cesárea si el embarazo se prolonga más de 40 semanas y 6 días, pero puede ser necesaria antes para prevenir

complicaciones maternas o fetales. La enfermera durante el trabajo de parto y el parto en mujeres con DG monitorizará su glucemia cada hora o cada 30 minutos para prevenir la hipogluceemia neonatal, resultado de la hiperinsulinemia fetal debido a la hipergluceemia materna (6). La glucemia capilar durante el parto será entre 70-110 mg/dL. Además, se administrará suero glucosado al 5% - 10% y, en los casos que se requieran insulina, se administrará insulina de acción rápida por vía intravenosa, preferentemente (7).

¿Desaparece la DG después del parto?

En la mayoría de los casos, la DG desaparece poco después del parto. En aquellos casos en los que persiste, se clasifica como diabetes tipo 2. Casi el 50% (una de cada dos) de las mujeres que han tenido DG desarrollan diabetes tipo 2 en el futuro (10).

Se aconseja que las mujeres diagnosticadas con diabetes gestacional se sometan a pruebas de tolerancia oral a la glucosa de 75 gramos entre 6 y 12 semanas después del parto, y luego periódicamente cada 1 a 3 años (1).

Asimismo, es crucial que quienes hayan padecido DG mantengan un régimen de ejercicio y una dieta saludable después del embarazo para prevenir o posponer el desarrollo de la diabetes tipo 2 (10). **D**

CONCLUSIONES

Las mujeres con DG enfrentan un mayor riesgo de trastornos mentales durante y después del embarazo, como depresión y ansiedad. La atención prenatal debe ser integral, incluyendo control glucémico, terapia nutricional, actividad física y apoyo psicológico. Durante el parto, se requiere un seguimiento cuidadoso del control glucémico para prevenir complicaciones neonatales. Después del parto, es crucial realizar pruebas de seguimiento para detectar la persistencia de la diabetes tipo 2 y mantener un estilo de vida saludable. En definitiva, la atención integral durante el embarazo, el parto y el período postparto es esencial para garantizar la salud óptima tanto de la madre como del bebé en mujeres con DG.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Quintanilla Rodríguez, B. S., & Mahdy, H. Gestational Diabetes. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2023.
2. Muño López-Álvarez, X. L., Meleiro Rodríguez, L., Modroño Freire, M. J., Plana Pintos, R., García Soidán, F. J., Malo García, F., ... Martínez Vidal, Á. Guía clínica: Diabetes gestacional. [Internet]. Fisterra; 2022. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diabetes-gestacional/>
3. International Diabetes Federation (IDF). Atlas de la Diabetes. 10th ed. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://diabetesatlas.org/data/en/country/187/es.html>
4. Fundación REDGPS. Abordaje integral del paciente con DM2 en enfermería y medicina. [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.redgps.org/gestor/upload/colecciones/Guia%20de%20enfermeria_web.pdf
5. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care. 2020;43(Suppl 1):S14-S31.
6. Mensah, G. P., ten Ham-Baloyi, W., van Rooyen, D., & Jardien-Baboo, S. Guidelines for the nursing management of gestational diabetes mellitus: An integrative literature review. Nursing Open. 2020;7(1):78-90.
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, & Grupo Español de Diabetes y Embarazo. Diabetes mellitus y embarazo. Guía de práctica clínica actualizada 2021. Progresos en Obstetricia y Ginecología. 2022;65:35-41. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v65-2022/n1/05%20Diabetes%20mellitus%20y%20embarazo_gpca_2021.pdf
8. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2024;47(Supplement_1):S282–S294. DOI: 10.2337/dc24-S015
9. Delanerolle, G., Phiri, P., Zeng, Y., Marston, K., Tempest, N., Busuulwa, P., ... Hapangama, D. K. A systematic review and meta-analysis of gestational diabetes mellitus and mental health among BAME populations. EClinicalMedicine. 2021;38:101016. DOI: 10.1016/j.eclinm.2021.101016
10. Gestational Diabetes. In: Mother To Baby | Fact Sheets. Organization of Teratology Information Specialists (OTIS); 2023.