

CONSEJOS PRÁCTICOS

para mujeres con

DIABETES GESTACIONAL



sanofi

La información que a continuación se detalla tiene fines formativos y educacionales. En ningún momento puede ser interpretado como sustituto del consejo de un profesional Sanitario. Los profesionales sanitarios constituyen la mejor fuente de información en relación a la salud. Te rogamos que consultes a un profesional sanitario si tienes dudas acerca de tu salud o tratamiento.



CONSEJOS PRÁCTICOS
para mujeres con
DIABETES GESTACIONAL

DUE M.^o José Martínez Roldán
DUE Isabel Pujol Jiménez

Enfermeras. Servicio de Endocrinología y Nutrición.
Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Dra. Rosa Corcoy Pla
Profesora Agregada,
Universitat Autònoma de Barcelona, CIBER-BBN



Alberto Alcocer, 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

Ni el propietario del copyright, ni los patrocinadores, pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

CONSEJOS PRÁCTICOS
para mujeres con
DIABETES GESTACIONAL

¿QUÉ ES LA DIABETES GESTACIONAL?



La diabetes gestacional es la diabetes que aparece o se diagnostica durante el embarazo. Se produce **un aumento de los valores de glucosa en sangre**, que pueden ser perjudiciales tanto para la mujer embarazada como para el bebé.



Logrando un buen control de la glucosa en sangre (glucemia) se pueden prevenir en gran medida las posibles complicaciones.

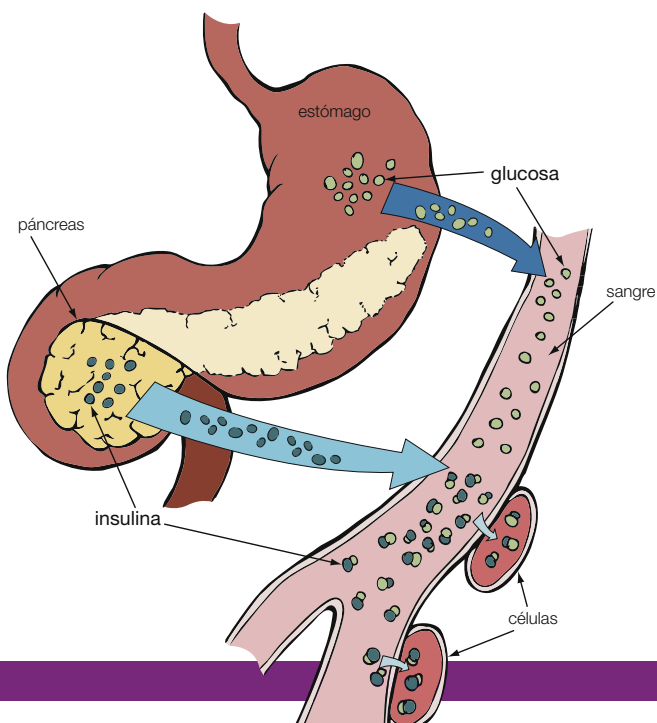




¿POR QUÉ SE PRODUCE?



Nuestro cuerpo transforma una parte de los alimentos que ingerimos en **glucosa**. La **insulina** que segrega el **páncreas** permite que la glucosa entre en las células proporcionando energía. Cuando se tiene diabetes se produce menos insulina de la que el cuerpo necesita.





Conforme avanza la gestación se necesita más insulina, porque las hormonas placentarias crean un efecto contrario a la insulina, obligando al páncreas a trabajar más. Por ello, la diabetes gestacional se produce **sobre todo en la segunda mitad del embarazo.**

¿ES MUY FRECUENTE QUE APAREZCA?



La diabetes gestacional es la alteración metabólica más frecuente en la gestación. Se presenta entre el 5 y el 15% de las gestantes, aunque se puede encontrar en más mujeres, dependiendo de la zona geográfica y de los criterios usados para el diagnóstico.

¿QUÉ CONDICIONES AUMENTAN EL RIESGO DE PADECER DIABETES GESTACIONAL?

- Tener una historia familiar de diabetes, sobre todo en familiares de primer grado (padre, madre o hermanos) y si los antecedentes son múltiples.
- Ser de origen hispano-latino, negro-africano, indio nativo americano, del sudeste asiático o de las islas del Pacífico.

- El riesgo aumenta con la edad.
- Tener sobrepeso u obesidad.
- Tener hipertensión.
- Haber dado a luz a un bebé que pesara 4 kilogramos, o más, al nacer.
- Haber tenido diabetes gestacional en un embarazo anterior.
- Haber tenido glucosa en ayunas alterada o intolerancia a la glucosa, antes de la gestación.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA DIABETES GESTACIONAL?



Habitualmente la diabetes gestacional no presenta síntomas, por lo que es necesario realizar análisis para detectarla, midiendo la glucosa en sangre (**glucemia**).

Se suele hacer el diagnóstico en dos pasos:

1.º La prueba de O'Sullivan:

- Se toman 50 g de glucosa (azúcar).
- Se hace un análisis al cabo de 1 hora.
- Si el resultado es igual o superior a 140 mg/dl (7,8 mmol/l), la prueba se considera positiva y será necesario realizar otra analítica de confirmación (la curva de glucemia de 3 horas).



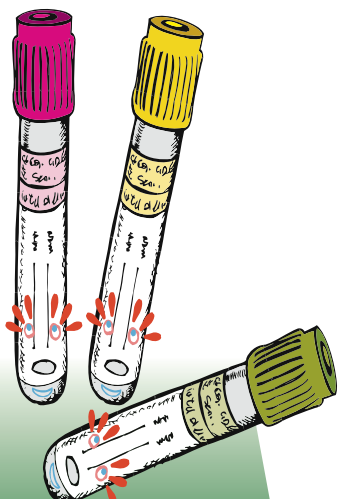
Se recomienda hacer el análisis en el primer trimestre de gestación si existen factores de riesgo. En España, se realiza el análisis a todas las gestantes en el segundo trimestre de gestación (entre las 24 y las 28 semanas). El primer paso puede ser una glucemia basal, utilizando puntos de corte diferentes según el trimestre de gestación.

2.º La curva de glucemia de 3 horas:



Es importante que los 3 días previos no se haga restricción de hidratos de carbono y se realice una actividad física habitual. Es posible que le recomienden un modelo de dieta.

- Se debe acudir al análisis tras un ayuno de 10-12 horas.
- Se hace una extracción de sangre (análisis) en ayunas.
- Se toman 100 g de glucosa (azúcar).
- Se realiza una extracción de sangre (análisis) al cabo de 1, 2 y 3 horas de la toma.
- Después de la toma de glucosa es necesario estar en reposo y abstenerse de fumar.



- Se considera diabetes gestacional cuando se den dos o más de los siguientes resultados:
 - Glucosa basal igual o superior a 105 mg/dl (5,8 mmol/l).
 - Glucosa tras 1 hora igual o superior a 190 mg/dl (10,6 mmol/l).
 - Glucosa tras 2 horas igual o superior a 165 mg/dl (9,2 mmol/l).
 - Glucosa tras 3 horas igual o superior a 145 mg/dl (8,1 mmol/l).

- Se diagnosticará **diabetes franca** si la glucemia basal es igual o superior a 126 mg/dl (7,0 mmol/l). Con estos valores de glucemia basal no es necesario realizar una curva de glucemia para el diagnóstico.

¿CÓMO PUEDE AFECTAR LA DIABETES GESTACIONAL A LA MADRE?



A pesar de no producir síntomas, puede:

- Aumentar el riesgo de **hipertensión arterial** durante el embarazo.
- Aumentar la posibilidad de un parto con **cesárea**.
- Favorecer la aparición de **infecciones** urinarias y/o candidiasis vaginal.
- Favorecer el **parto prematuro**, ya sea espontáneo o indicado por razones médicas.
- Aumentar las posibilidades de **diabetes gestacional** en un nuevo embarazo.
- Aumentar las posibilidades de **diabetes, hipertensión y problemas circulatorios** en un futuro.



¿CÓMO PUEDE AFECTAR LA DIABETES GESTACIONAL AL BEBÉ?



Si la madre con diabetes gestacional tiene la glucosa en sangre alta, ello puede repercutir en el bebé. Los problemas que puede presentar el hijo de una madre con diabetes gestacional son:

En el parto

- Parto prematuro y dificultades como: sufrimiento fetal, necesidad de cesárea o fórceps.

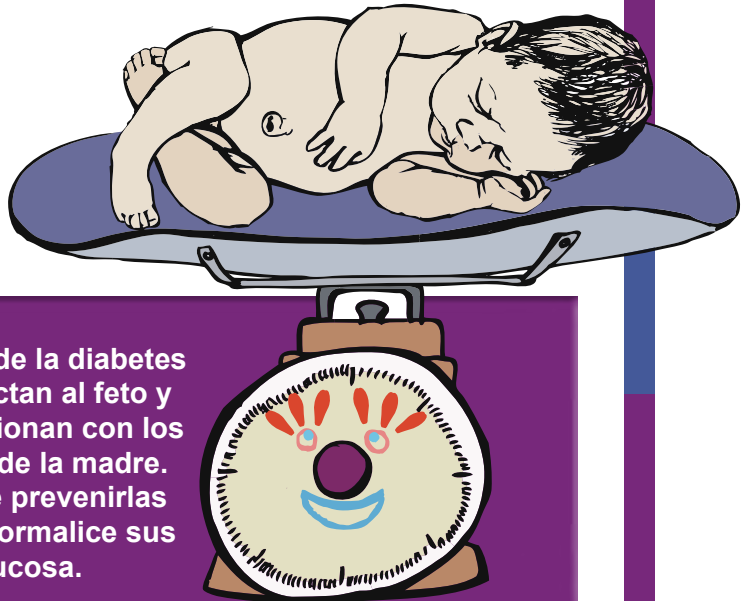
Después del parto, bebé con

- **Peso elevado** para su edad gestacional.
- **Hipoglucemia** (valores bajos de glucosa en sangre).
- **Problemas respiratorios.**
- **Ictericia** (coloración amarillenta de la piel y mucosas).

- **Policitemia** (aumento de los glóbulos rojos en sangre).
- **Hipocalcemia** (disminución de los valores de calcio en sangre).
- Riesgo de **muerte** más alto que en la población general.
- Riesgo de **traumatismo** en el parto, relacionado con el aumento de peso del bebé.

A largo plazo

- Riesgo de que se desarrollen obesidad y diabetes tipo 2.



Las complicaciones de la diabetes gestacional que afectan al feto y al embarazo se relacionan con los valores de glucosa de la madre. La mejor manera de prevenirlas es que la gestante normalice sus valores de glucosa.

¿DEBERÁ EL BEBÉ RECIBIR ALGÚN CUIDADO ESPECIAL CUANDO NAZCA?



El recién nacido de una mujer con diabetes gestacional tendrá vigilancia adicional los primeros días de vida.



En la primera exploración del recién nacido se tendrá en cuenta si el peso y la talla son los adecuados para la edad gestacional y si hay señales de malformación o trauma durante el parto. Se tomarán medidas para prevenir y detectar una hipoglucemia neonatal, procurando un inicio precoz de la alimentación y controlando las cifras de glucemia.

La lactancia materna beneficia tanto al recién nacido como a la madre. Con el amamantamiento se puede dar al bebé un comienzo saludable.



¿MI HIJO TENDRÁ DIABETES?



Los hijos de una mujer con diabetes gestacional no nacen con diabetes, pero el riesgo de desarrollar diabetes en el futuro es más alto que en el resto de la población. Parte de ese riesgo depende del control glucémico durante el embarazo. Por lo tanto, la gestante debe tener en cuenta

que el control de su azúcar durante el embarazo también es importante para la futura salud de su bebé.



Aprender hábitos saludables de alimentación y ejercicio desde la infancia, ayudará a prevenir la obesidad y la diabetes.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL?



El diagnóstico de diabetes gestacional supone un seguimiento obstétrico más frecuente para detectar posibles problemas. Para disminuir su riesgo es necesario mantener unos niveles de glucosa en sangre dentro del rango recomendado.

Esto se logra mediante

- **Plan de alimentación** saludable, equilibrado e individualizado.
- **Ejercicio.**
- **Ganancia óptima de peso.**
- **Autoanálisis de glucosa en sangre (glucemia),** realizando controles de forma regular para vigilar resultados.



La **educación terapéutica** es esencial para conseguir los objetivos glucémicos. Cuando no se logran, se añade **tratamiento farmacológico**. Habitualmente se prescribe insulina y se requerirá también de educación terapéutica. Es importante ser constante en los cuidados y acudir regularmente a las visitas. A medida que avance el embarazo se irá ajustando el tratamiento según sea necesario.



¿QUÉ DEBO COMER?



Las necesidades nutricionales son las mismas que para cualquier embarazada sin diabetes.



La alimentación ha de ser equilibrada, comiendo de forma variada. El equipo de salud ayudará a desarrollar un plan de alimentación para saber **qué** comer, **cuánto** y **cuándo**. Las opciones de alimentos, cantidades y momentos son importantes para mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de los objetivos.

- Los **hidratos de carbono o azúcares** deben estar presentes en la alimentación porque, si son escasos, se producen cuerpos cetónicos (nocivos para el feto).



La dieta desempeña un papel indispensable en el control de la diabetes y puede utilizarse para modificar el perfil glucémico y nivelar las cifras de glucosa.



No deje de comer para tratar de controlar la glucosa en la sangre, ya que esto puede resultar dañino tanto para la madre como para el bebé.



- Los alimentos con hidratos de carbono son los que suben la glucemia en el organismo, por ello se deben controlar. Conviene pesarlos, medir la cantidad con cucharas, tazas o porciones y, si el producto es envasado, leer el etiquetado. El equilibrio entre los azúcares que se comen, la insulina que actúa y el ejercicio que se hace, determina el nivel de glucemia tras la comida.
- Los alimentos que contienen hidratos de carbono son: féculas (pan, galletas, cereales, arroz, pasta, harinas, patata, legumbres); fruta; leche y productos lácteos y verdura. Las féculas son las que mayor cantidad contienen y que, por tanto, más habrá que controlar.
- Deberían limitarse los alimentos muy ricos en azúcares naturales como la miel o aquellos que contengan azúcar refinado (mermeladas, bombones, chocolate, caramelos, pasteles, bollería, crema pastelera, dulce de leche, helados, batidos, leches chocolatadas, refrescos). También hay que tener presente que muchos de estos alimentos aportan calorías adicionales.
- Se pueden usar edulcorantes (sacarina, aspartamo, estevia), pero se aconseja limitar su consumo.

Los “alimentos para diabéticos” no controlan mejor los niveles de azúcar.



- Los alimentos ricos en **fibra** retardan la entrada de glucosa en la sangre y retardan el vaciado del estómago, provocando una sensación de saciedad. Por lo tanto,

comer estos alimentos será beneficioso. Algunos alimentos ricos en fibra son: verduras frescas o cocidas, legumbres, fruta y productos integrales.

- El consumo elevado de **grasas** favorece el aumento de peso. Se recomienda utilizar preferentemente aceite de oliva y frutos secos oleaginosos (del tipo de nueces y no pasas o ciruelas) y limitar otras grasas (mantequilla, leche entera, carne grasa).
- Las **proteínas** son esenciales para el crecimiento del bebé y es muy importante que la dieta de una mujer embarazada las incluya. Los alimentos ricos en proteínas son carnes, pescados, huevos, lácteos y legumbres. Al mismo tiempo que se procurará tomarlas varias veces al día, será importante limitar los alimentos proteicos con elevado contenido en grasa (carnes grasas, embutidos o quesos grasos).

Horario de las comidas

En general, se recomienda comer cada 2-4 horas. Las tomas frecuentes y en pequeñas cantidades disminuyen las variaciones del nivel de azúcar durante el día y la formación de cetonas.

Una distribución habitual es: desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y pequeño suplemento antes de acostarse.



¿QUÉ PUEDO BEBER SI TENGO DIABETES GESTACIONAL?



Como cualquier gestante, una embarazada con diabetes gestacional puede beber agua, infusiones y café o té con moderación. Siempre limitando el uso de azúcar, edulcorantes y bebidas *light*.



Igualmente, como en toda gestante, se desaconseja el consumo de alcohol.



Hay que tener en cuenta que las bebidas calóricas (zumos, batidos, leches, refrescos no *light*) aportan hidratos de carbono y no pueden tomarse libremente.

¿QUÉ EJERCICIO SE RECOMIENDA?



Se recomienda que toda gestante (a menos que tenga una contraindicación médica) realice una vida activa y haga 30 minutos o más de ejercicio moderado al día, la mayoría de días.



En la mujer con diabetes gestacional, el ejercicio después de las comidas, ayudará a controlar la glucemia después de comer.



En las clases de preparación al parto se informará sobre otros ejercicios, consulte con un profesional sanitario. Si se practica algún deporte, coméntelo con el profesional de la salud.

Las recomendaciones serán las mismas que para cualquier mujer embarazada.



La actividad física puede ayudar a lograr los niveles deseados de glucosa en sangre.



El cuentapasos puede ayudar a ser más consciente del ejercicio que se realiza diariamente.



¿DEBO BAJAR DE PESO?



El embarazo es un mal momento para bajar de peso. Lo normal es aumentar de peso de manera apropiada y gradual, según el peso previo.



En una mujer con peso adecuado se recomienda una ganancia de peso entre 11 y 16 kg. En una mujer con sobrepeso, se recomienda una ganancia inferior.

¿ES NECESARIO MEDIR LA GLUCOSA Y LA CETONA?



Para conocer los niveles de glucemia (glucosa en sangre), serán necesarias mediciones de glucosa capilar. Se enseñará a usar un pequeño dispositivo llamado medidor de glucosa en sangre y a pincharse en un dedo para obtener la gota de sangre. Si cada vez que mide la glucemia, anota el resultado en un diario junto con las circunstancias acompañantes, le ayudará a entender lo que afecta a sus valores de glucemia. Será necesario realizar controles de glucemia en diferentes horas del día (unos antes y otros después de las comidas) para valorar la tendencia y la evolución de la glucemia día tras día, semana tras semana. La valoración de esos resultados servirá para modificar el plan de alimentación (alimentos y/o cantidades) y/o de ejercicio, en busca de los objetivos. Según los niveles de glucosa (azúcar), se pueden aumentar o reducir el número de mediciones.



La orina se controlará para detectar si hay cetona, en diferentes momentos del día, siempre antes de una ingesta. Durante el embarazo, no conviene tener cetonuria (cetona en orina) frecuentemente, porque su presencia podría afectar al desarrollo psicomotor del feto. Aparece cetonuria cuando:

- No se come suficiente o hay largos periodos de ayuno (acompañados de glucemias bajas).
- Hay falta de insulina (acompañados de glucemias altas).

¿CUÁLES SON LOS VALORES DE GLUCEMIA QUE DEBEN LOGRARSE?



La mayoría de las guías sobre diabetes gestacional recomiendan los siguientes objetivos de glucemia capilar:

- Glucemias antes de la ingesta, menores de 95 mg/dl.
- Una hora después de iniciar la ingesta, menores de 140 mg/dl.
- Dos horas después de iniciar la ingesta, menores de 120 mg/dl.
- En algunos centros hay pequeñas variaciones de objetivos.



Cada uno o dos meses se realizarán otros análisis para comprobar el grado de control glucémico.



En la medida en que nos apartemos de los valores de normalidad glucémica, aumentará el riesgo de complicaciones.



Las cifras de glucosa que se consideran normales son distintas dentro y fuera del embarazo. No se pueden comparar las de una persona embarazada con las de otra que no lo esté.



¿PUEDE EL TRATAMIENTO SER UNA PASTILLA? SI ME RECETAN INSULINA, ¿QUIERE DECIR QUE ESTOY GRAVE?



Si a pesar de modificar la alimentación y el ejercicio, las cifras de glucemia no están dentro de los objetivos, probablemente indicará la necesidad de insulina. Durante la gestación se inicia el tratamiento insulínico con niveles glucémicos que serían aceptables fuera del embarazo.



Ponerse insulina no implica mayor gravedad. Si la madre consigue una glucemia correcta, la tendrá también el bebé y ayudará a prevenir las complicaciones del embarazo. La insulina no es extraña para el organismo y no llega directamente al feto, pero modifica la cantidad de glucosa que recibe. No perjudica a la madre, pero puede producirle alguna hipoglucemia o bajada de azúcar en sangre, que debe aprender a reconocer y tratar. El profesional sanitario es quien informará convenientemente.



¿CONTINUARÁ LA DIABETES DESPUÉS DEL PARTO?



La buena noticia es que **la diabetes gestacional suele desaparecer tras el parto**. Una vez que nazca el bebé, lo más probable es que los niveles de glucemia (azúcar) vuelvan a ser normales. Al no estar la placenta, desaparecen las hormonas que tenían una acción contraria a la insulina y el metabolismo de los hidratos de carbono vuelve a la normalidad.



Sin embargo, dos de cada tres mujeres podrán tener diabetes gestacional en un nuevo embarazo.



La dieta inadecuada, el exceso de peso, la vida sedentaria y el hábito tabáquico son factores que influyen en el riesgo de padecer diabetes, hipertensión y problemas circulatorios en el futuro.

¿CÓMO PUEDO PREVENIR LA DIABETES TIPO 2 EN UN FUTURO Y CUÁL ES EL SEGUIMIENTO?



Dos o tres meses después del parto se practicará una curva de glucosa para revalorar si el metabolismo de la glucosa es normal o continua alterado. Junto con la glucosa, se valorarán otros factores de riesgo como el peso, la tensión arterial, el colesterol y los hábitos de vida.



Podrá prevenir o retrasar la aparición de diabetes siguiendo una alimentación sana y equilibrada (rica en fibra y pobre en azúcares refinados), realizando ejercicio físico regular (al menos 30 minutos la mayoría de los días o 3 veces / semana) y evitando tóxicos como el tabaco.



Para detectar precozmente si una mujer que ha tenido diabetes gestacional tiene diabetes o riesgo de diabetes, se recomienda realizar por lo menos cada tres años, ya sea una analítica en ayunas o una prueba de tolerancia oral a la glucosa.



Su equipo de salud puede darle más información y apoyo.

¿PUEDO UTILIZAR ANTICONCEPTIVOS TRAS LA DIABETES GESTACIONAL?



Se pueden utilizar métodos contraceptivos después del parto, incluso los orales. Su médico le recomendará el método más adecuado para usted.

REFERENCIAS

- Acosta D, Balsells M, Ballesteros M, Bandres MO, Bartha JL, Bellart J, et al. Asistencia a la gestante con diabetes. Guía de práctica clínica actualizada en 2014. Av Diabetología. 2015;31(2):45-59.
- Centros para el control y la prevención de enfermedades. Diabetes gestacional y embarazo. CDC. 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/pregnancy/spanish/diabetes-gestacional.html>.
- Codina M, Corcoy R, Goya MM, en representación del GEDE Consenso del Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE). Actualización urgente: alternativa temporal para el diagnóstico de hiper-glucemia gestacional y el seguimiento de estas mujeres y aquellas con diabetes pregestacional durante la pandemia COVID-19. Consenso del Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE) de la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed). 2020;67(8):545-52.
- Picón MJ, Rubio JA, Codina M, Pujol I. La diabetes gestacional y su cuidado. Recomendaciones del Grupo Español de Diabetes y Embarazo. 2021. Disponible en: <https://www.sediabetes.org/wp-content/uploads/Diabetes-Gestacional-y-su-cuidado.pdf>.
- Prados M, Flores-Le Roux JA, Benaiges D, Llauradó G, Chillarón JJ, Paya A, et al. Incidencia y factores asociados al metabolismo alterado de la glucosa un año después del parto en una población multiétnica de mujeres con diabetes mellitus gestacional en España. Endocrinol Diabetes Nutr. 2019;66(4):240-6.



sanofi