

Guías de abordaje y seguimiento

Diabetes durante la gestación

Coordinación científica y Salud Pública SURA/ Febrero 11 de 2021

Los conceptos y recomendaciones establecidos en esta guía pretenden orientar la atención de los pacientes, sin embargo, todo usuario deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden surgir cambios.

IMPORTANCIA DEL TEMA

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que aparece durante el embarazo en una mujer sin diabetes previa. Se estima que la prevalencia de esta patología está entre el 10%- 15%, y esta prevalencia va en aumento como consecuencia de la obesidad, la edad materna avanzada y el sedentarismo.

Entre las principales complicaciones de esta patología se encuentran la preeclampsia y los trastornos hipertensivos del embarazo (presente en 10 a 25% de casos), la macrosomía fetal que a su vez aumenta la tasa de cesáreas, polihidramnios, prematuridad, mortalidad perinatal, enfermedad de membrana hialina y alteraciones metabólicas del recién nacido.

A largo plazo, las mujeres con diabetes mellitus gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y sus hijos tienen mayor riesgo de padecer obesidad, diabetes, tolerancia anormal a la glucosa, hipertensión o síndrome metabólico. Además, tanto la diabetes mellitus gestacional como la pregestacional (preexistente) se han asociado con un mayor riesgo de autismo y otros resultados adversos del desarrollo neurológico en el menor, sin que actualmente existan estudios concluyentes al respecto.

Principales factores de riesgo:

- Edad materna avanzada: > 35 años
- Antecedentes personales de intolerancia a la glucosa (A1C \geq 5.7 %), alteración de la glucosa en ayunas o diabetes mellitus gestacional en un embarazo anterior
- Antecedentes familiares de diabetes, especialmente en familiares de primer grado
- Obesidad (IMC > 30 kg / m²)
- Aumento de peso gestacional excesivo durante las primeras 18 a 24 semanas de gestación.
- Antecedente de feto/neonato macrosómico, es decir el nacimiento previo de un bebé con peso \geq 4000 gr
- Embarazo múltiple
- Antecedentes de pérdida perinatal previa sin causa definida o nacimiento de un bebé con malformaciones
- Antecedente de síndrome metabólico, HDL < 35 mg/dl, Triglicéridos > 250 mg/dl, LDL < 35 mg / dL (0.90 mmol / L).
- Mujeres pertenecientes a grupos étnicos con alta prevalencia de diabetes tipo 2: hispanoamericanos, afroamericanos, nativos americanos, asiáticos del sur o del este, isleños del Pacífico.
- Hipertensión crónica o enfermedad cardiovascular
- Antecedentes de ovario poliquístico, uso de glucocorticoides en la gestación

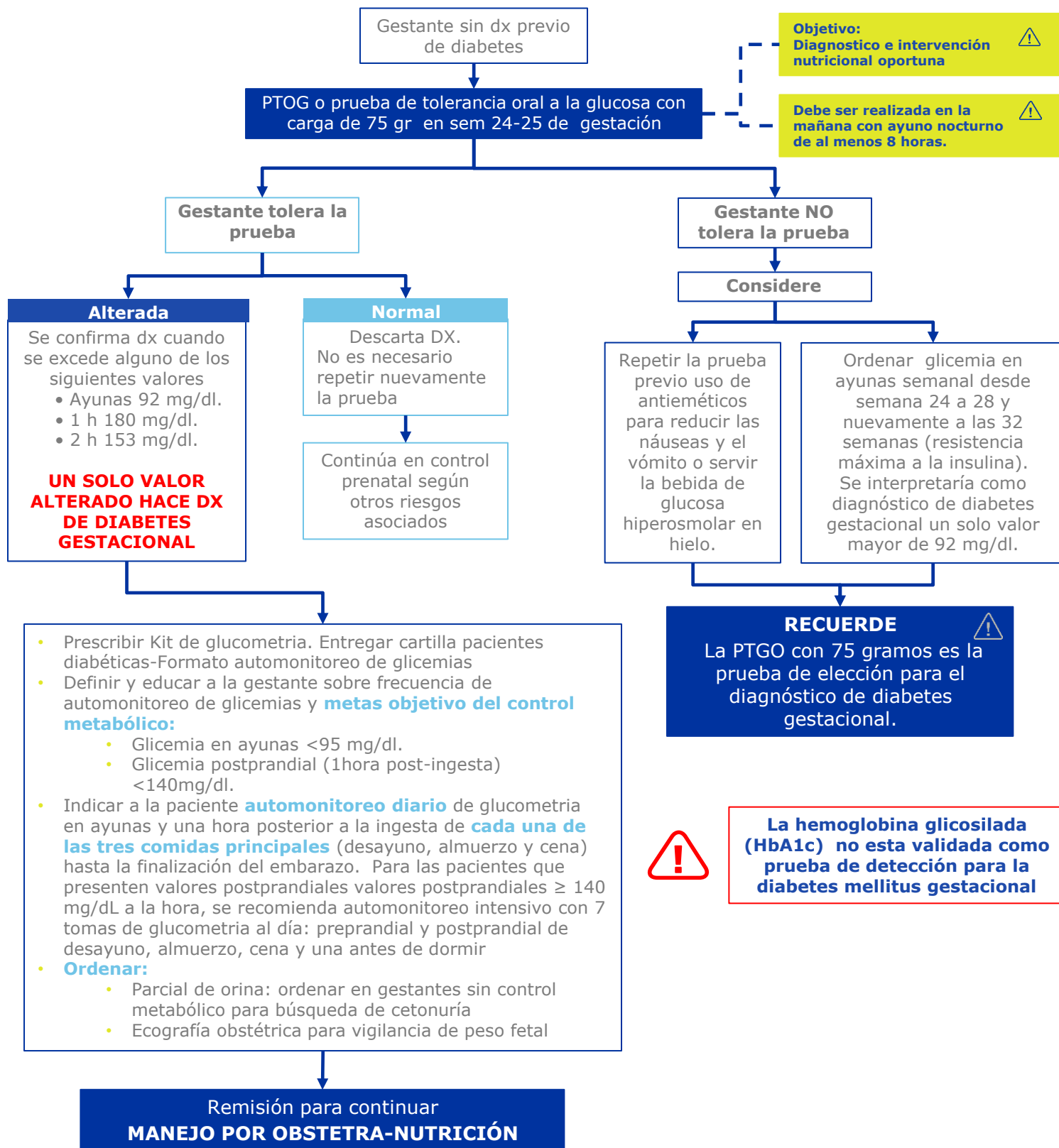
Como parte fundamental de la consejería preconcepcional para las mujeres en edad fértil con factores de riesgo para desarrollo de diabetes gestacional en búsqueda de gestación, se debe recomendar:

- Pérdida de peso en mujeres con sobrepeso y obesidad,
- Actividad física (ejercicio) previo al embarazo y en la etapa temprana de la gestación
- Evitar o suprimir el consumo de tabaco.



Diabetes gestacional

Diagnóstico y enfoque inicial



Por normatividad la **primera evaluación por OBSTETRA** se deberá realizar en los **primeros 5 días** posteriores a la remisión. La periodicidad de otros controles se definirá de manera individual, pero se recomienda que se realicen **semanalmente hasta que la paciente logre el control metabólico**. Posteriormente, los controles pueden continuar realizándose **cada 4 semanas hasta la semana 28**, luego **cada dos semanas hasta la semana 34** y posteriormente **semanal hasta la finalización del embarazo**. Para gestantes sin control metabólico, se debe individualizar la periodicidad de los controles.

Tratamiento y seguimiento diabetes gestacional

Gestante con dx diabetes gestacional

MANEJO CONJUNTO OBSTETRA-NUTRICIÓN

Objetivos

- Lograr control metabólico
- Prevenir la cetosis
- Asegurar un crecimiento y desarrollo óptimo del feto
- Garantizar aumento de peso adecuado para la gestación, basado en índice de masa corporal (IMC) materno

Manejo nutricional

Periodicidad

- Primera evaluación con nutrición: máximo en los **primeros 8 días** posteriores al diagnóstico.
- Seguimiento semanal hasta lograr control metabólico.**
- A partir de este momento, control individualizado garantizando al menos **un control cada 4 semanas** en pacientes que logran metas de glicemias.

Enfoque

- Definición de plan nutricional según EG, estado nutricional, nivel de actividad física y comorbilidades asociadas, **individualizando el plan según el contexto de la paciente**, es decir disponibilidad y acceso a los alimentos, hábitos alimentarios, preferencias y rechazos
- Definición de requerimiento energético y metas de ganancia de peso individualizadas.

Manejo obstetrico

REMISION A RIESGO INMINENTE

- Gestantes con diabetes gestacional con compromiso fetal (perímetro abdominal fetal > P75 o peso fetal >P90 o polidramnios), fetopatía
- Gestantes con más del 10% de las glucometrías alteradas

Periodicidad

- Semanal** hasta control metabólico, luego **cada 4 sem hasta sem 28**, luego **cada dos semanas hasta sem 34** y luego **semanalmente hasta definir terminación del embarazo**. En pacientes con otras comorbilidades o sin control metabólico, se individualizara frecuencia de los controles

Seguimiento fetal

- Ecografía obstétrica cada 3 semanas a partir de sem 28 para vigilancia de peso fetal
- Estudio de bienestar fetal con monitoreo fetal y/o perfil biofísico, según control glucémico y patologías fetales y/o maternas concomitantes, cada dos semanas desde semana 28

Manejo farmacológico

- Se recomienda inicio de manejo farmacológico en gestantes que:
- Luego de dos sem de manejo nutricional **adecuado y supervisado**, o en controles posteriores, presentan más del 10 % de glucometrías por fuera de metas.
 - En cualquier toma durante los primeros 3 días de seguimiento presenten valores > 140 mg/dL en ayunas o > 200 mg/dL 1 hora postprandial.
 - Presenten niveles en ayunas > 140 mg/dL o > 200 mg/dL postprandial en el resultado de la PTGO.
 - Curseen con fetopatía diabética: perímetro abdominal fetal > P75 o peso fetal >P90 o polidramnios

Insulina

Medicamento de elección

- Se recomienda el uso de insulina regular y NPH en:
- pacientes con compromiso fetal (perímetro abdominal fetal > P75 o peso fetal >P90 o polidramnios), o con más del 10% de las glucometrías alteradas.
 - Pacientes que después de dos semanas de iniciar manejo con metformina o en cualquier seguimiento posterior no cumplen con las metas de control glucémico.

IMPORTANTE: utilizar la mínima dosis requerida considerando el riesgo de hipoglicemia.

Hipoglicemiantes orales

Se recomienda el uso de metformina en gestantes con dificultades para la adherencia al uso de insulina **SIEMPRE que las condiciones de la paciente permitan su uso.**

IMPORTANTE: No usar metformina en mujeres con hipertensión, preeclampsia o con riesgo de RCIU.

Terminación del embarazo

- Individualizar la decisión de finalizar el embarazo según las condiciones de la gestante.
- En pacientes con diabetes gestacional controlada sin otras patologías maternas de relevancia, se puede considerar la terminación del embarazo en semana 39.
- En gestantes con mal control metabólico o con fetopatía (perímetro abdominal fetal > P75 o peso fetal >P90 o polidramnios) o con patologías maternas asociadas, considerar terminación entre semana 37 y 38+6, sin desconocer **el riesgo de prematuridad o muerte fetal** en hijos de madres con mal control metabólico a pesar del manejo farmacológico.



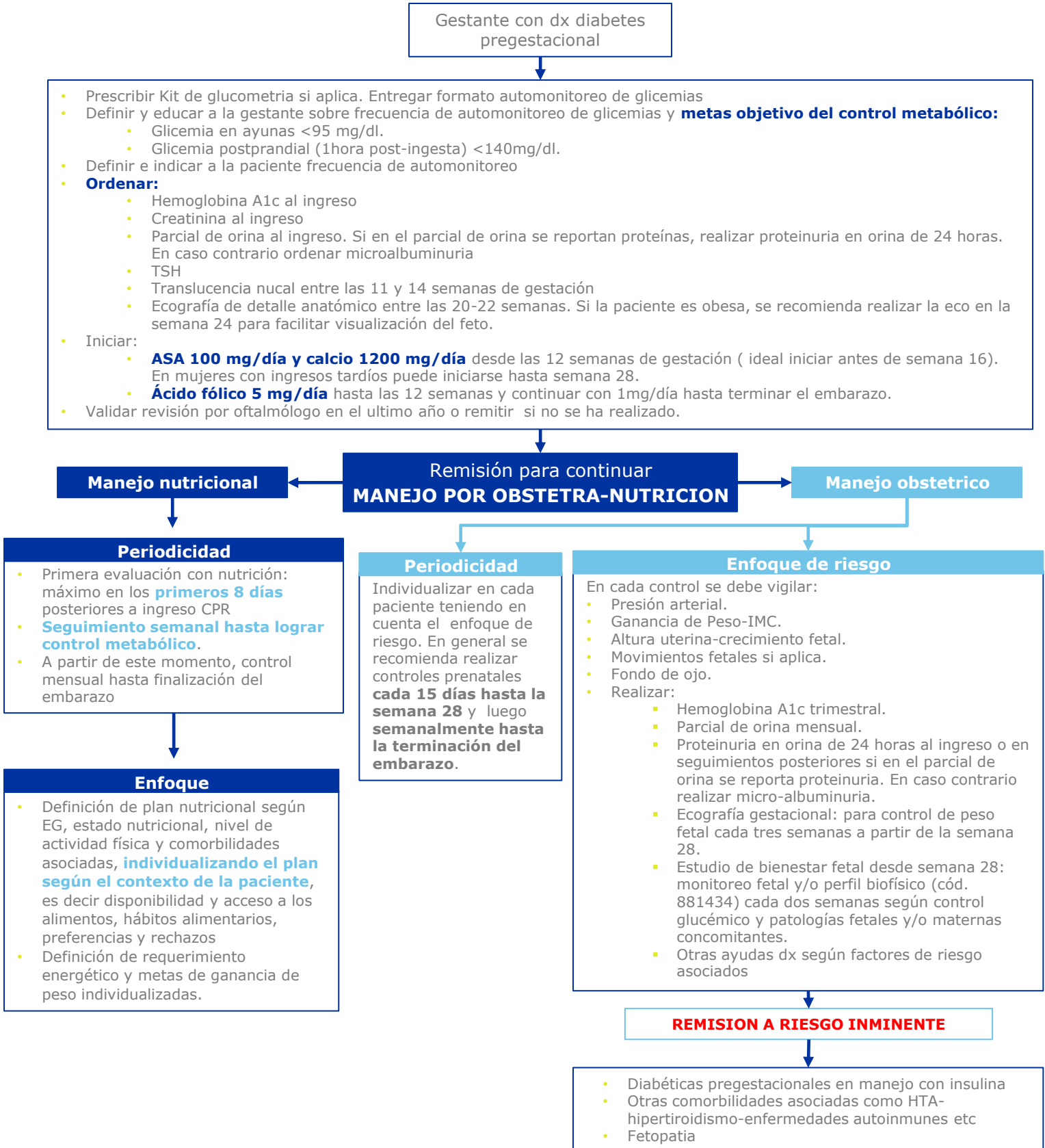
El 70 a 85 % de mujeres con diabetes gestacional, pueden alcanzar el control metabólico con sólo modificar estilo de vida.

- En gestantes con IMC >30kg/m², se recomienda hacer un seguimiento clínico y paraclínico más frecuente, para identificar oportunamente inicio tratamiento farmacológico

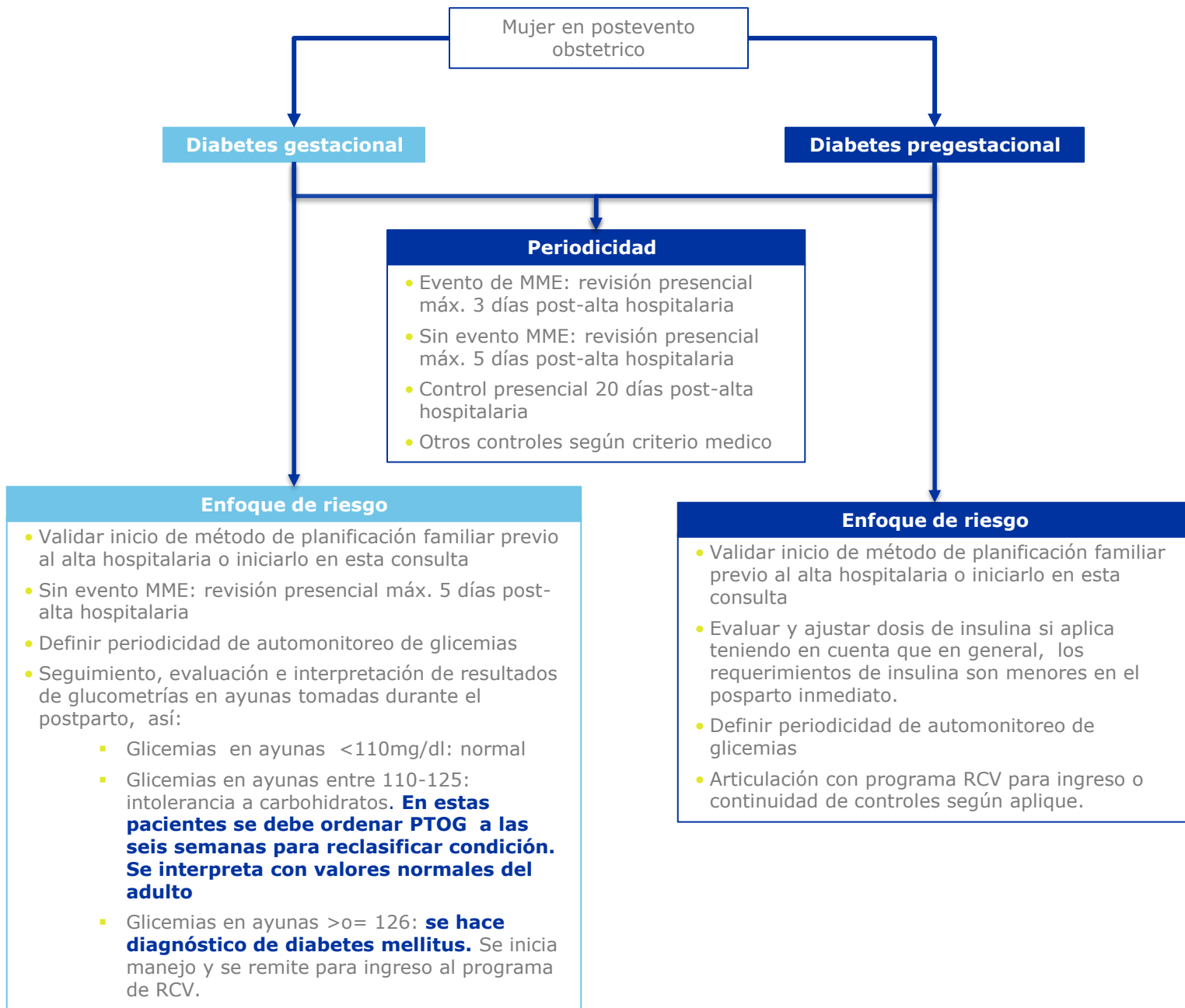
Diabetes Pregestacional

Es la diabetes diagnosticada en una paciente previo a embarazarse. En la diabetes pregestacional existe mayor riesgo de presentar complicaciones como preeclampsia-eclampsia, abortos, malformaciones congénitas, RCIU, prematuridad, enfermedad de membrana hialina, mortalidad perinatal y alteraciones metabólicas del recién nacido.

Enfoque y seguimiento durante la gestación



Enfoque y seguimiento en el postevento obstetrico



Referencias bibliográficas.

1. Celeste Durnwald, MD, David M Nathan, MD, Erika F Werner, MD, MS, Vanessa A Barss, MD, FACOG. Diabetes mellitus in pregnancy: Screening and diagnosis. UpTo Date. last updated: Nov 12, 2020.
2. Celeste Durnwald, MD, David M Nathan, MD, Erika F Werner, MD, MS, Vanessa A Barss, MD, FACOG. Gestational diabetes mellitus: Glycemic control and maternal prognosis. UpTo Date. last updated: Nov 12, 2020.
3. Bayron Manuel Ruiz-Hoyos, MD, MSc ; Ángela Liliana Londoño-Franco, MD, PhD; Rosa Amparo Ramírez-Aristizábal, Prevalence of gestational diabetes mellitus based on glucose tolerance test on weeks 24 to 28. Prospective cohort in Armenia, Colombia, 2015-2016. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 69 No. 2 ,Abril-Junio 2018 (108-116)
4. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes Gestacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación – Colciencias; Bogotá, Colombia, marzo de 2016
5. <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/diabetes%20pregestacional.pdf>