

Guía de manejo de la paciente con diabetes gestacional

Autores: Aguilera Enrique ¹, Álvarez Cristina ², Baier Mario ³, Basualdo María Natalia ⁴, González Alcántara Ma. Mónica ⁵, Leguizamón Gustavo ⁶, Messina Analía ⁷, Nicolotti Ana ⁸, Salcedo Liliana ⁹.

1. Jefe de Unidad Obstetricia, Hospital Penna.
2. Médica de Planta de Obstetricia, Hospital D. F. Santojanni.
3. Jefe de Unidad Tocoginecología, Hospital Carlos G. Durand.
4. Médica de Planta de Obstetricia, Maternidad Sardá.
5. Médica de Planta de Obstetricia, Hospital Juan A. Fernández.
6. Jefe de la Unidad de Embarazo de Alto Riesgo, CEMIC.
7. Jefa del Servicio de Obstetricia, Hospital T. Álvarez.
8. Médica de Planta de Obstetricia, Hospital C. Argerich.
9. Ex Jefa del Servicio de Obstetricia, Hospital C. Argerich

Definición:

La diabetes gestacional (DG) es una alteración en la tolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable, que comienza, o es diagnosticada por primera vez, en el embarazo en curso.

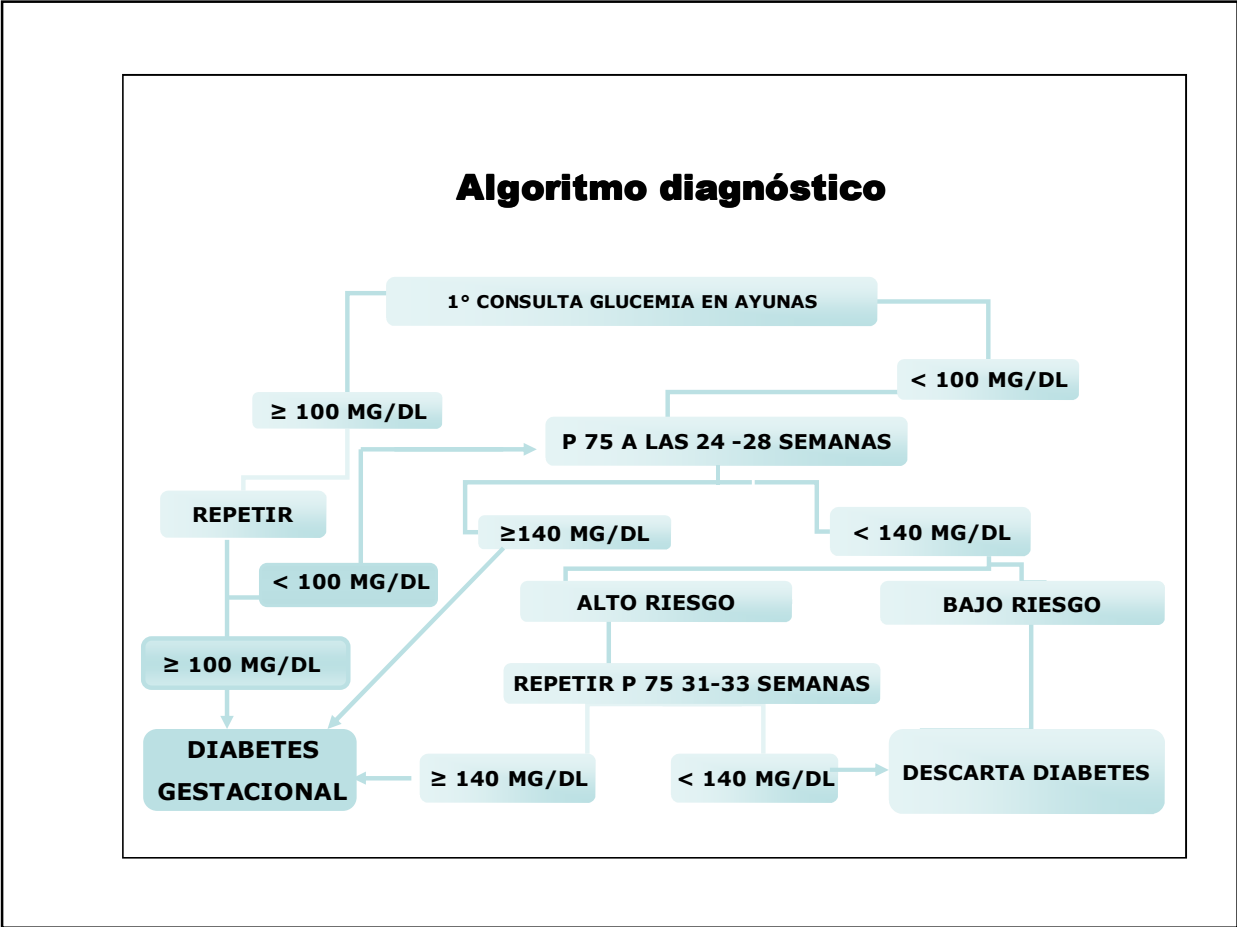
Criterios diagnósticos:

- **2 valores de glucemia plasmática luego de al menos 8 horas de ayuno de 100mg/dl o más (5,5 mmol/l).**
- **Un valor de glucemia plasmática a los 120 minutos de una prueba de tolerancia con 75 gramos de glucosa (P75) de 140 mg/dl o más (7,8 mmol/L).**

Nota: el diagnóstico requiere determinaciones de glucemia plasmática en sangre venosa.

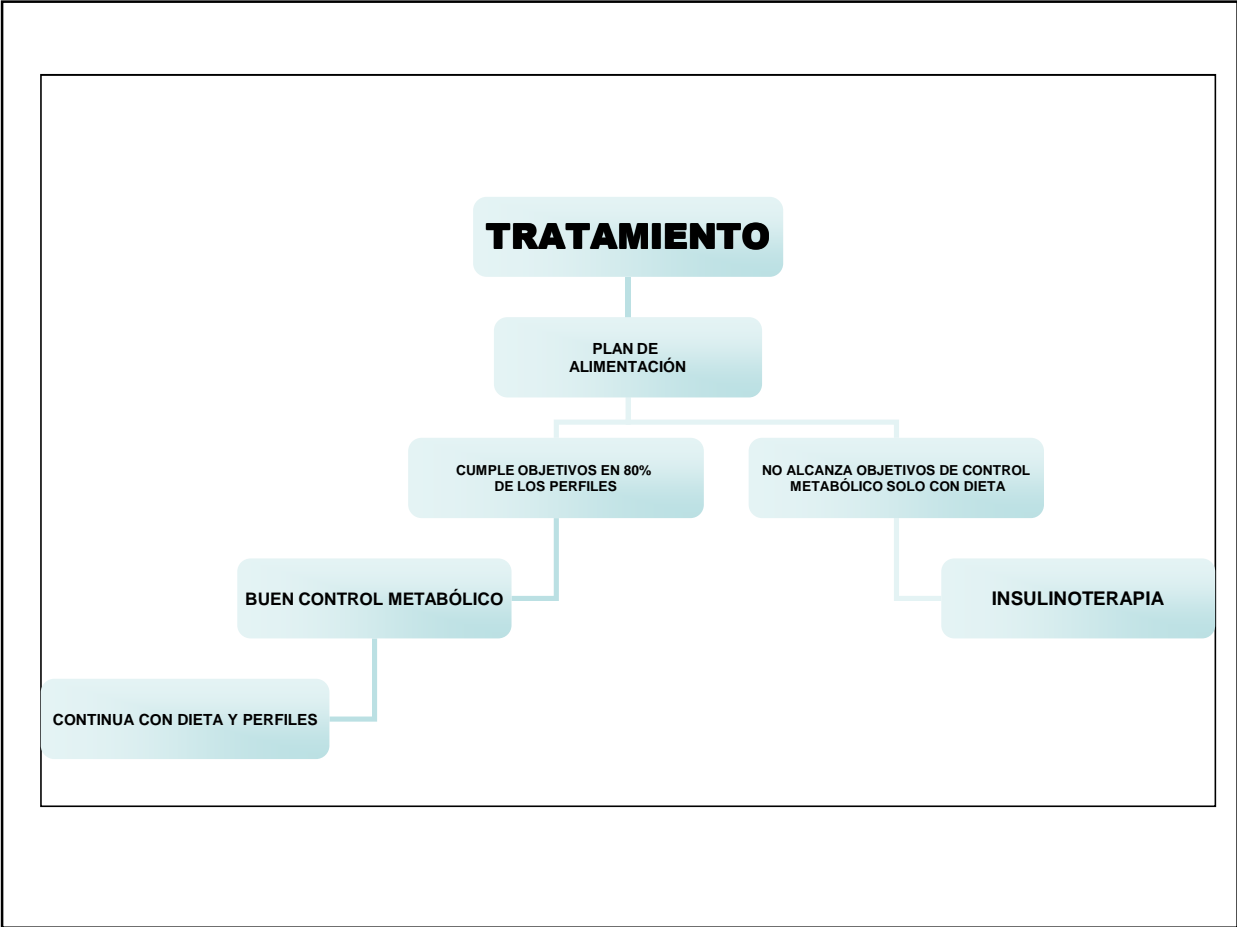
Factores de riesgo:

- **Antecedente de diabetes gestacional en embarazos anteriores.**
- **Edad mayor o igual a 30 años.**
- **Índice de masa corporal preconcepcional o al inicio del embarazo mayor o igual a 25.**
- **Antecedentes de familiares en 1er grado con diabetes.**
- **Antecedentes de recién nacidos macrosómicos.**
- **Antecedentes de morbi-mortalidad perinatal previa inexplicada.**
- **Antecedente de madre de alto o bajo peso al nacer.**
- **Antecedente de síndrome de ovario poliquístico o insulinoresistencia preconcepcional.**
- **Preeclampsia, hipertensión inducida por el embarazo sin preeclampsia y/o antecedentes de hipertensión preconcepcional.**
- **Multiparidad.**
- **Circunferencia abdominal fetal superior al percentilo 75 a partir de la semana 28.**
- **Pertenencia a grupos étnicos con alta prevalencia de diabetes gestacional (hispanas, asiáticas, afro-americanas, indias nativas de América del Sur o Central).**
- **Embarazo múltiple.**
- **Utilización durante el embarazo de drogas hiperglucemiantes (glucocorticoides, betamiméticos, etc)**



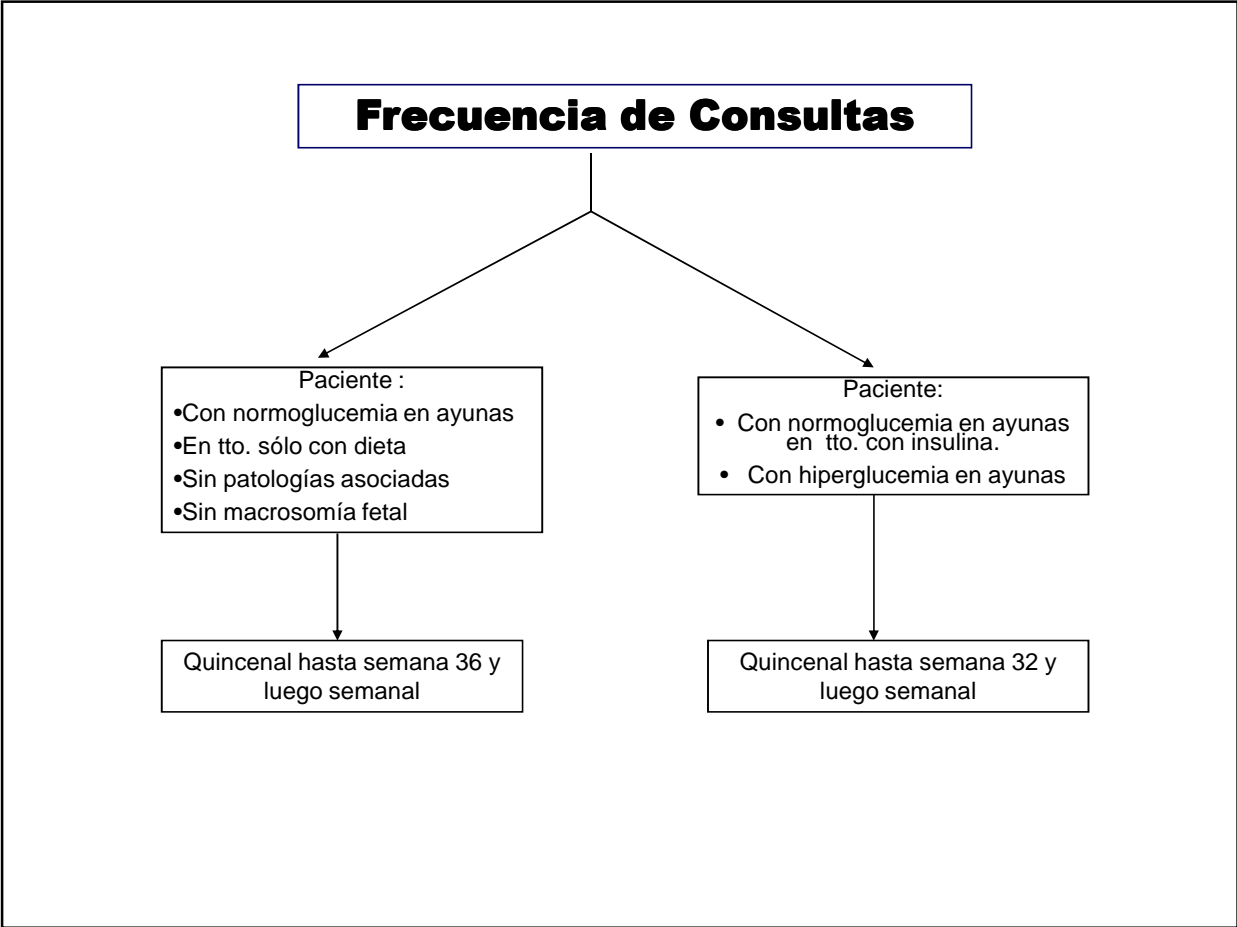
Objetivos de control metabólico

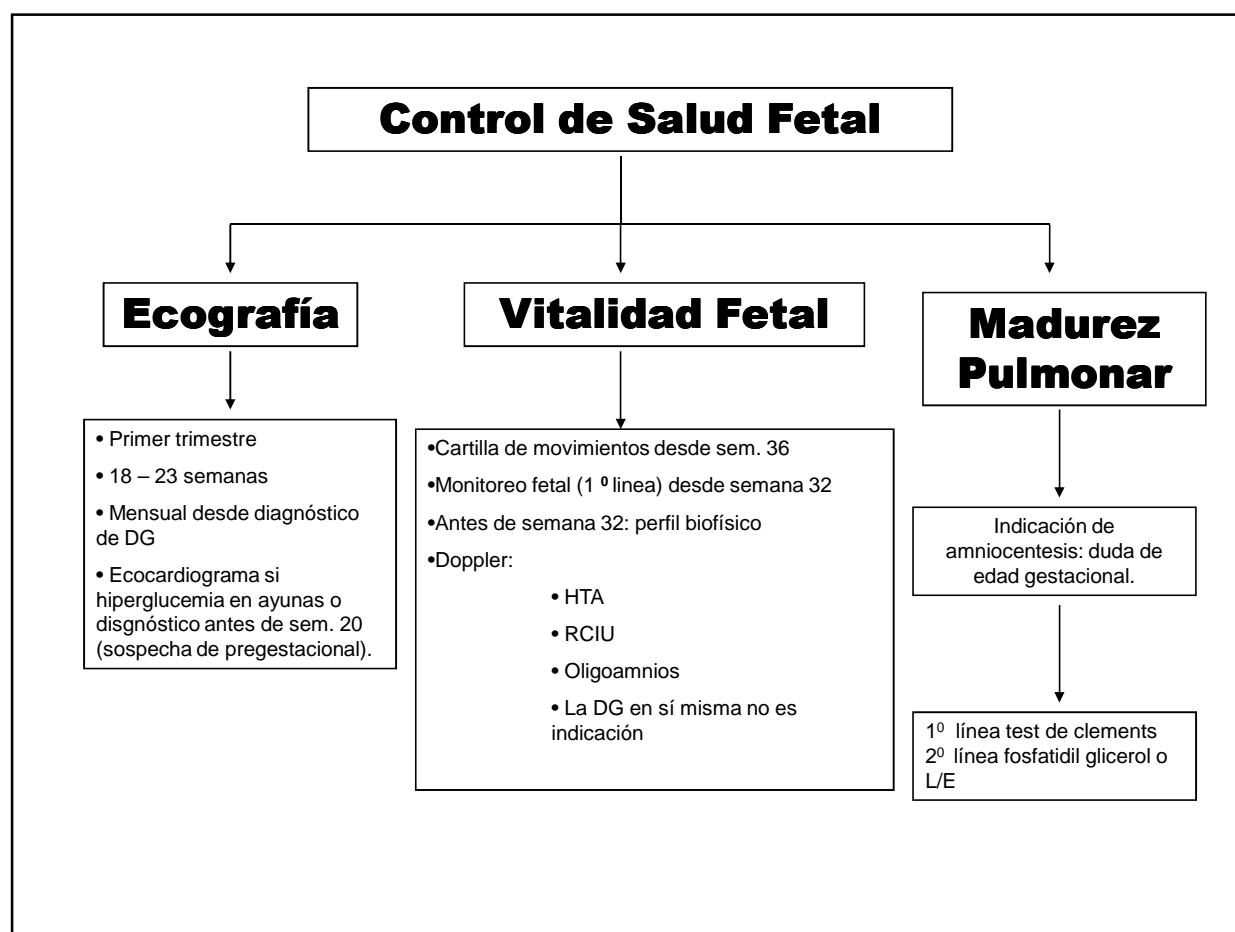
Glucemia en ayunas 70 – 90 mg/dl	70 – 90 mg/dl
Glucemia post-prandial 120'	< 120 mg/dl
Cetonuria	negativa
Fructosamina	<280 umol/l
Hemoglobina glicosilada A1c	< 6,5%
Sin hipoglucemias	< 60 mg/dl
Incremento ponderal	adecuado



Incremento Ponderal

ESTADO NUTRICIONAL PREVIO	GANANCIA DE PESO RECOMENDADA (mujeres > 19 años)
Bajo peso (IMC ≤ 19,9)	12,5 a 18 kg.
Peso normal (IMC ≤ 20-24,9)	11 a 12,5 kg.
Sobrepeso (IMC ≤ 25-29,9)	7 a 11,5 kg.
Obesidad (IMC ≥ 30)	7 kg.





Monitoreo Fetal

Normoglucemia en ayunas, tto. sólo con dieta, sin patología asociada y con buen control metabólico	Semanal desde semana 38.
Normoglucemia en ayunas en tto. con insulina, mal control metabólico, malos antecedentes o patologías asociadas	Dos veces por semana desde semana 34 – 36.
Hiperoglucemia en ayunas	Dos veces por semana desde semana 32.

Ante dos monitoreos no reactivos



Según edad gestacional y antecedentes obstétricos:

- Perfil biofísico.
- Perfil biofísico modificado.
- Prueba de tolerancia a contracciones.

Maduración Pulmonar fetal con Glucocorticoides

- Internación en centro de complejidad adecuada.
- Indicaciones muy estrictas.
- Un sólo ciclo entre 24 y 34 semanas.
- Usar betametasona de absorción rápida.
- No usar betamiméticos. Se sugiere atosiban o bloqueantes cálcicos.
- **Estricto control metabólico: considerar bomba de infusión de insulina o correcciones subcutáneas según el caso.**

Administración de insulina humana corriente con bomba de infusión continua:
En 500 ml. de S.F. o Dext. 5% / 50 U de insulina corriente.
(10 ml = 1 unidad)

- Iniciar infusión a 1 u / hora ajustando dosis según monitoreo.
- Monitoreo glucémico con reflectómetro c/ 1 a 2 horas.
- Óptimo: 80 – 120 mg/dl.

Protocolo para la infusión de insulina durante la maduración pulmonar

Automonitoreo glucémico (cada 1-2hs.)

Insulina corriente

90 a 110 mg/dl	5 ml / hora (0.5 unidades / hora)
111 a 140 mg/dl	10 ml / hora (1 unidad / hora)
141 a 170 mg/dl	15 ml / hora (1.5 unidades / hora)
171 a 200 mg/dl	20 ml / hora (2 unidades / hora)
>200 mg/dl	25 ml / hora (2.5 unidades/hora)

Mantener por 72 horas luego de finalizada administración de glucocorticoides.

Consenso Latino Americano de Diabetes y Embarazo 2007

Manejo de la embarazada durante el trabajo de parto y cesárea

Trabajo de parto

- Aporte permanente de dextrosa endovenoso (a razón de 6 a 10 g/hora de dextrosa).
- Mantener glucemias maternas entre 70 y 120 mg/dl.
- Control con tiras reactivas:
 - Pacientes con dieta: cada 3 a 4 horas.
 - Pacientes con insulina: cada 2 a 3 horas.
- Correcciones con insulina corriente o aspártica a partir de 120 mg/dl.

Operación cesárea

- Si es programada se sugiere realizarla por la mañana.
- Suspender la dosis de insulina previa a la cesárea (si la paciente la recibe).
- Mantener el aporte de dextrosa en el post operatorio hasta alimentación por vía oral.
- Se sugiere realizar profilaxis antibiótica.

Manejo metabólico en el puerperio

- Dieta general.
 - Suspensión de dosis de insulina (si la recibía durante el embarazo).
 - Monitoreo glucémico 48 a 72 hs. post parto (durante internación):
 - Paciente tratada sólo con dieta: 2 perfiles diarios.
 - Paciente tratada con insulina : 4 a 6 perfiles diarios.
- ↓
- ❖ Glucemia en ayunas < 100 mg/dl: normal
 - ❖ Glucemia en ayunas entre 100 y 125 mg/dl: metabolismo de la glucemia alterado
 - ❖ Glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl o glucemia al azar ≥ 200 mg/dl: diabetes.
- No utilizar anticonceptivos progestínicos.
 - Reclasificación a partir de sexta semana post parto a toda la pacientes que no se haya clasificado como diabéticas en el puerperio inmediato.

Reclasificación post parto

A partir de la sexta semana después del parto se realizará una P75 y las pacientes se clasificarán de acuerdo al siguiente esquema



- Diabetes Mellitus: valor ≥ 200 mg/dl a las 2 hs.
- Alteración de la Tolerancia a la Glucosa: 140 a 199 mg/dl a las 2 hs.
- Metabolismo de la Glucosa Normal: <140 a las 2 hs.