

Diabetes mellitus gestacional (DMG)

Mídase el azúcar en la sangre cuatro veces al día.

- Al levantarse por la mañana.
- 1 o 2 horas después de cada comida (pregúntele a su médico cuál prefiere).

Nivel de azúcar objetivo

- Azúcar en la sangre en ayuna < 95 mg/dL
- 1 hora después del primer bocado <140 mg/dL
- 2 horas después del primer bocado <120 mg/dL

A1C objetivo: <6.5%

Controle su consume de carbohidratos (pero no los elimine).

- Desayuno 15 a 30 gramos
- Merienda 15 a 30 gramos
- Almuerzo 30 a 60 gramos
- Merienda 15 a 30 gramos
- Cena 30 a 60 gramos
- Merienda 15 a 30 gramos

Opte por carbohidratos complejos altos en fibra la mayor parte del tiempo.

Incluya proteína y grasa en cada comida y tome meriendas para mejorar el control de azúcar en la sangre.

No necesita controlar su consumo de proteínas y verduras no almidonosas.

Limite las porciones de las grasas solo si sube demasiado de peso.

Limite el consumo de frutas; no coma ninguna por la mañana y límitelas a una sola porción.

Intente caminar 10 a 20 minutos después de comer si puede.

Lleve un registro detallado de lo que come, sus niveles de azúcar en la sangre y su actividad física.

¿Qué es la DMG?

La **diabetes gestacional** se genera cuando las hormonas producidas durante el embarazo hacen que la insulina sea menos eficaz, una afección conocida como resistencia a la insulina. La glucosa se acumula en la sangre en lugar de ser absorbida por las células. Los síntomas de la diabetes gestacional suelen desaparecer después del parto. Aproximadamente 3 a 8 por ciento de las mujeres embarazadas en los Estados Unidos son diagnosticadas con diabetes gestacional.

¿Qué causa la DMG?

Aunque se desconoce la causa de la DMG, existen algunas teorías de por qué se produce.

La placenta suministra nutrientes y agua al feto en gestación, y también produce una variedad de hormonas para mantener el embarazo. Algunas de estas hormonas (estrógeno, cortisol y lactógeno de placenta humana) pueden tener un efecto que bloquea la insulina. A esto se le llama efecto contra-insulina, que suele comenzar alrededor de las 20 a 24 semanas de embarazo.

A medida que crece la placenta, se producen más de estas hormonas, con lo cual aumenta el riesgo de resistencia a la insulina. Por lo general, el páncreas es capaz de producir insulina adicional para superar la resistencia a la insulina, pero cuando la producción de esta no es suficiente para superar el efecto de las hormonas de la placenta, se produce diabetes gestacional.

¿Cuáles son los riesgos asociados con la DMG?

Aunque cualquier mujer puede desarrollar DMG durante el embarazo, ciertos factores pueden aumentar el riesgo, tales como:

- sobrepeso u obesidad
- historial familiar de diabetes
- haber dado a luz previamente a un bebé que pesara más de 9 libras
- la edad (las mujeres mayores de 25 años tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional que las mujeres más jóvenes)
- raza (las mujeres afroamericanas, indias americanas, asiáticas americanas, hispanas o latinas, o de las islas del Pacífico tienen un mayor riesgo)
- prediabetes, también conocida como tolerancia alterada a la glucosa

¿Cómo se diagnostica la DMG? En las mujeres embarazadas que no tengan un diagnóstico de diabetes, deben realizarse pruebas de DMG a las 24 a 28 semanas de gestación. Además, las mujeres con DMG diagnosticada deben ser evaluadas para diabetes persistente 6 a 12 semanas postparto. También se recomienda que las mujeres con historial de DMG se sometan a evaluaciones el resto de su vida para detectar el desarrollo de diabetes o prediabetes al menos cada tres años.

¿Cuál es el tratamiento para la DMG?

El tratamiento para la diabetes gestacional se centra en mantener los niveles de glucosa en la sangre en un intervalo normal. El tratamiento podría incluir:

- dieta y ejercicios
- controles diarios de la glucosa en la sangre
- medicamentos o insulina

Posibles complicaciones para el bebé

Las complicaciones de la DMG suelen ser manejables y prevenibles. La clave para la prevención es el control cuidadoso de los niveles de azúcar en la sangre.

Los bebés de madres con diabetes gestacional son vulnerables a varios desequilibrios químicos, como bajo calcio sérico y bajos niveles de magnesio sérico; sin embargo, en general, la diabetes gestacional conlleva dos problemas principales: la macrosomía y la hipoglucemia.

- **Macrosomía.** La macrosomía se refiere a un bebé que es de tamaño considerablemente mayor que el normal. Todos los nutrientes que recibe el feto provienen directamente de la sangre materna. Si la sangre materna tiene demasiada glucosa, el páncreas del feto detecta los niveles de glucosa y produce más insulina en un intento por usar esta glucosa. El feto convierte la glucosa adicional en grasa. Aunque la madre tiene diabetes gestacional, el feto puede producir toda la insulina que necesita. La combinación de los altos niveles de glucosa en la sangre de la madre y los altos niveles de insulina en el feto resulta en grandes depósitos de grasa que hacen que el feto crezca excesivamente.
- **Hipoglucemia.** La hipoglucemia se refiere a bajos niveles de azúcar en la sangre del bebé inmediatamente después del parto. Este problema se produce cuando los niveles de azúcar en la sangre de la madre se han mantenido altos de forma constante, lo cual hace que el feto tenga un alto nivel de insulina en su circulación. Después del parto, el bebé continúa teniendo un alto nivel de insulina, pero ya no tiene el alto nivel de azúcar de la madre, por lo que el nivel de azúcar en la sangre del bebé se reduce demasiado. El nivel de azúcar en la sangre del bebé se verifica después de nacer y, si es muy bajo, podría ser necesario darle glucosa al bebé de forma intravenosa.

La glucosa en la sangre se controla cuidadosamente durante el parto. Podría administrarse insulina para mantener el nivel de azúcar en la sangre en un intervalo normal a fin de prevenir que el azúcar en la sangre del bebé caiga en exceso después del parto.