



¡Evidencia que Fortalece!

Escrito por Rebecca Dekker, PhD, RN

Pregunta: ¿Qué es la diabetes gestacional?

Respuesta: La diabetes mellitus gestacional (DMG) es un nivel alto de azúcar en sangre que se desarrolla durante el embarazo. Las personas embarazadas con DMG se enfrentan a la decisión de inducir el trabajo de parto o de usar el manejo expectante. Elegir la administración expectante significa que rechaza la inducción electiva y en su lugar planea esperar a que el trabajo de parto comience por sí solo. Con el manejo expectante, también podría elegir una inducción electiva más adelante, o ser inducido más tarde por razones médicas.

Pregunta: ¿Es necesaria la inducción con diabetes gestacional?

Respuesta: Algunos proveedores de atención médica animan a las mujeres con DMG a planificar una inducción electiva, ya que tienen un mayor riesgo de complicaciones por niveles elevados de azúcar en sangre. No hay evidencia de ensayos aleatorizados para apoyar la inducción del trabajo de parto para todas las personas con DMG. El único ensayo de inducción para DMG no encontró ningún beneficio para la madre o el bebé de la inducción electiva entre 38 semanas, 0 días y 39 semanas, 0 días de embarazo frente a la espera de que el trabajo de parto comience por sí solo hasta 41 semanas, 0 días, siempre y cuando no se desarrollen problemas médicos (Alberico et al., 2017). Por otro lado, algunos estudios observacionales han encontrado beneficios de la inducción a las 39 semanas, como discutiremos a continuación.

Pregunta: ¿La inducción reduce el riesgo de muerte fetal con DMG?

Respuesta: Un gran estudio retrospectivo encontró que el manejo expectante a las 39 y 40 semanas conllevaba un 80% más de riesgo relativo de muerte fetal o neonatal en comparación con dar a luz en ese momento (Rosenstein et al., 2012). El riesgo relativo es el riesgo de que algo le suceda en comparación con otra persona. El riesgo absoluto de muerte perinatal, o la posibilidad real de que ocurra, era bajo si una mujer con DMG optaba por ser inducida o siguió el manejo expectante.

- A las 39 semanas, el riesgo absoluto de muerte fetal o neonatal fue de 9 muertes por cada 10.000 personas que dieron a luz frente a 15 muertes por cada 10.000 con un manejo expectante durante una semana más.
- A las 40 semanas, el riesgo absoluto de muerte fetal o neonatal fue de 10 muertes por cada 10.000 personas que dieron a luz frente a 17 muertes por cada 10.000 con un manejo expectante durante una semana más.

El número de mujeres con DMG que tendrían que ser tratadas con inducción para prevenir una muerte a las 39 o 40 semanas de gestación fue de 1.500 y 1.300 respectivamente.

Pregunta: ¿La inducción reduce el riesgo de cesárea con DMG?

Respuesta: El mayor estudio observacional en examinar este resultado encontró que inducir el trabajo de parto a las 39 semanas está relacionado con una tasa más baja de cesáreas y menos casos de pre eclampsia e hipertensión en comparación con esperar hasta al menos 40 semanas para dar a luz (Melamed et al., 2016).

Pregunta: ¿Los bebés de madres con DMG se benefician de la inducción?

Respuesta: Los estudios observacionales han demostrado que los recién nacidos de madres que son inducidas durante su semana 39 de embarazo son menos propensos a ser muy grandes (pesar más de 4.000 gramos) y menos propensos a tener problemas respiratorios en comparación con los nacidos a las 40 semanas (Melamed, 2016). Sin embargo, la inducción de 38 semanas está relacionada con más problemas de salud en los recién nacidos.

Es importante destacar que no está claro si los beneficios potenciales de la inducción electiva (por ejemplo, menor riesgo de muerte fetal, menos bebés muy grandes) se aplican a las madres con niveles de azúcar en sangre bien controlados, ya que estos datos no se incluyeron en los estudios.

Pregunta: ¿Puede el tratamiento para la DMG reducir el riesgo de complicaciones?

Respuesta: Hay pruebas sólidas de ensayos aleatorizados de que el tratamiento (consejería nutricional, monitoreo de azúcar en sangre, ejercicio y medicamentos según sea necesario) reduce el riesgo de un gran peso al nacer en un 50% y distocia del hombro (cuando los hombros del bebé se atascan durante el nacimiento) en un 60% (Farrar et al., 2017).

Descargo de responsabilidad y derechos del autor:

Esta información no sustituye a una relación de proveedor de cuidado-paciente y no se debe confiar en ella como un consejo médico personal. No se debe actuar sobre ninguna información sin la aportación profesional de su propio proveedor de atención médica. © 2020. Todos los derechos reservados. Evidence Based Birth[®] es una marca registrada. Se concede permiso para reproducir este folleto impreso con el crédito completo otorgado al autor. Los folletos se pueden distribuir libremente en forma impresa pero no vendidos. Este PDF no puede publicarse en línea.

“ Si está sopesando los pros y los contras de inducción para la DMG, también considere su control de azúcar en sangre desde que comenzó el tratamiento”.

