8.2. Embarazo en la diabetes tipo 2

PUNTOS CLAVE

1. Toda mujer con DM2 en edad fértil debe recibir consejo preconcepcional de forma periódica, no una sola vez: es la intervención que más reduce las malformaciones y la mortalidad perinatal.
2. Objetivo preconcepcional: HbA1c < 6,5 % sin hipoglucemias. Durante la gestación: < 6 %, relajable a < 7 % si hace falta para evitarlas.
3. La insulina es el tratamiento de elección. Antes de la concepción hay que retirar todos los antidiabéticos no insulínicos, las estatinas, los IECA, los ARA II y los ARM.
4. Ácido acetilsalicílico 100-150 mg/día desde la semana 12 hasta la 36+6 para prevenir la preeclampsia; umbral de tratamiento antihipertensivo, 140/90 mm.Hg.
5. El posparto no es el final: retirar la insulina. Reajustar el tratamiento, apoyar la lactancia y ofrecer anticoncepción son tareas de Atención Primaria.

La diabetes pregestacional es la diabetes tipo 1 o tipo 2 diagnosticada antes del embarazo; la diabetes gestacional es la que se diagnostica a partir del segundo trimestre. Una hiperglucemia detectada en el primer trimestre corresponde casi siempre a una DM2 preexistente no diagnosticada (SEGO-GEDE, 2022; ADA, 2026, secc. 15). Este capítulo se ocupa de la primera situación: la mujer con DM2 conocida que planifica un embarazo o que ya está gestante.

El embarazo en la DM2 o se planifica o se complica; no hay término medio. La hiperglucemia de las primeras semanas —cuando muchas mujeres todavía no saben que están embarazadas— aumenta el riesgo de malformaciones congénitas y de aborto. Por eso el consejo preconcepcional no es una consulta puntual, sino un contenido que debe reaparecer en las revisiones de toda mujer con DM2 en edad fértil (Tabla 1; SEGO-GEDE, 2022).

Tabla 1. Manejo de la diabetes tipo 2 antes y durante la gestación

	Antes de la gestación	Durante la gestación
Objetivos glucémicos	HbA1c < 6,5 % sin hipoglucemias significativas. Objetivos de glucemia capilar: los mismos que durante la gestación.	HbA1c < 6 %; puede relajarse a < 7 % si es necesario para evitar hipoglucemias. Basal: 70-95 mg/dl. Posprandial 1 hora: 110-140 mg/dl. Posprandial 2 horas: 100-120 mg/dl.
Fármacos que hay que retirar	Todos los ADNI, los arGLP-1 y los agonistas duales GIP/GLP-1: usar anticoncepción mientras se toman y suspender antes de la concepción (semaglutida, al menos 2 meses antes). Estatinas y otros hipolipemiantes, salvo hipertrigliceridemia grave u otro alto riesgo valorado caso a caso. IECA, ARA II y ARM.	Si la gestación no se ha planificado, retirarlos en la primera visita y pasar a insulina sin demora.
Suplementación	Ácido fólico ≥ 400 µg/día y yodo ≥ 200 µg/día. Muchos protocolos hospitalarios españoles usan dosis más altas (hasta 5 mg/día) en la diabetes pregestacional; ambas pautas son aceptables, y conviene seguir el protocolo del centro de referencia.	Mantener durante toda la gestación.

	Antes de la gestación	Durante la gestación
Complicaciones y comorbilidades	Fondo de ojo, creatinina y cociente albúmina/creatinina, TSH y anti-TPO, ECG o valoración cardiológica si hay factores de riesgo cardiovascular. Deshabituación tabáquica y pérdida de peso si hay obesidad.	Fondo de ojo en la semana 28 y también en el primer trimestre si no hay uno reciente. Creatinina y cociente albúmina/creatinina cada trimestre.
Seguimiento	Anticoncepción hasta alcanzar los objetivos y completar la evaluación.	HbA1c cada 4-8 semanas, siempre como medida secundaria: la decisión clínica se toma con la glucemia. Seguimiento conjunto de obstetricia y diabetología cada 2-4 semanas.
Monitorización continua de glucosa	Valorar iniciarla ya en el periodo preconcepcional.	Tiempo en rango (63-140 mg/dl) > 70 %; < 63 mg/dl, < 4 %; > 140 mg/dl, < 25 %. En la DM2 mejora el control glucémico frente a la glucemia capilar, con pocos estudios y sin datos sobre resultados perinatales. No colocar el sensor en el abdomen (recomendación de buena práctica, sin evidencia publicada específica).

ADNI: antidiabéticos no insulínicos; anti-TPO: anticuerpos antiperoxidasa tiroidea; ARA II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; ARM: antagonistas del receptor mineralocorticoide; arGLP-1: agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1; DM2: diabetes mellitus tipo 2; ECG: electrocardiograma; GIP: polipéptido insulinotrópico dependiente de glucosa; GLP-1: péptido similar al glucagón tipo 1; HbA1c: hemoglobina glicada; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; TSH: tirotropina.

Fuente: Elaboración propia a partir de SEGO-GEDE, 2022; Ye S, 2024; ADA, 2026, secc. 15.

1. Tratamiento farmacológico

La insulina es el tratamiento de elección, antes y durante la gestación (SEGO-GEDE, 2022; ADA, 2026, secc. 15). Las pautas concretas de insulinización se detallan en el Capítulo 5.5.

La metformina merece un matiz, porque la pregunta aparece en la consulta cada vez que una mujer con DM2 bien controlada con metformina se queda embarazada. La guía española admite que puede estar justificada en la gestante con DM2 junto con la insulina, para evitar dosis muy altas de esta (SEGO-GEDE, 2022). El ensayo MOMPOD, con 794 gestantes con DM2 preexistente o diagnosticada antes de la semana 23, comparó metformina 1000 mg cada 12 horas frente a placebo, ambas añadidas a la insulina: no redujo el resultado compuesto neonatal adverso (*odds ratio* ajustada 0,86; intervalo de confianza [IC] del 95 % 0,63-1,19) y se detuvo por futilidad, aunque sí redujo la proporción de recién nacidos grandes para la edad gestacional (*odds ratio* ajustada 0,63; IC del 95 % 0,46-0,86) (Boggess KA, 2023; Feig DS, 2023). La lectura práctica es que la metformina no es tratamiento de primera línea, pero puede añadirse a la insulina en casos seleccionados.

2. Prevención de la preeclampsia y control de la presión arterial

La ADA ha modificado en 2026 su recomendación sobre la presión arterial en la gestante con diabetes: fija 140/90 mmHg como umbral para iniciar o titular el tratamiento y ya no mantiene el objetivo previo de 110-135/85 mmHg (Tabla 2; ADA, 2026, secc. 15).

Tabla 2. Prevención de la preeclampsia y manejo de la hipertensión en la gestante con DM2

Actuación	Recomendación
Ácido acetilsalicílico	100-150 mg/día desde la semana 12 (idealmente 12-16) hasta la 36 + 6. Indicado en toda gestante con DM2. Si se dispone de cribado de preeclampsia en el primer trimestre, se indica según su resultado.
Umbral de tratamiento antihipertensivo	≥ 140/90 mmHg para iniciar o titular el tratamiento. Desintensificar si la presión arterial baja de 90/60 mmHg.
Antihipertensivos	De elección: alfametildopa, labetalol o antagonistas del calcio (nifedipino de acción prolongada). Contraindicados: IECA, ARA II y ARM.

IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; ARA II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; ARM: antagonistas del receptor mineralocorticoide.

Fuente: Elaboración propia a partir de ADA, 2026, secc. 15; SEGO-GEDE, 2022.

3. Parto, posparto y anticoncepción

El objetivo intraparto es una glucemia capilar de 70-110 mg/dl. Tras el parto se suspende el tratamiento insulínico, se realizan controles glucémicos para confirmar la situación metabólica y se recomienda activamente la lactancia materna (SEGO-GEDE, 2022).

Aquí vuelve el protagonismo de la Atención Primaria. Hay que reintroducir o reajustar el tratamiento de la DM2 teniendo en cuenta la lactancia, recuperar las estatinas y los IECA o ARA II cuando proceda y, sobre todo, abordar la anticoncepción: los anticonceptivos combinados son seguros en la DM2, pero si existe vasculopatía son preferibles los métodos con gestágeno solo —píldora, DIU de levonorgestrel o implante subdérmico— o el DIU de cobre, por su menor riesgo trombótico (SEGO-GEDE, 2022).

PARA LLEVARSE A LA CONSULTA

1. Preguntar por el deseo gestacional en cada revisión de toda mujer con DM2 en edad fértil, y registrar la respuesta.
2. Antes de retirar la anticoncepción, comprobar HbA1c, fondo de ojo, creatinina con cociente albúmina/creatinina y la lista de fármacos que suspender.
3. Cambie los antidiabéticos no insulínicos, las estatinas y los IECA o ARA II por insulina y alternativas seguras antes de la concepción, no cuando llegue el test positivo.
4. Prescribir ácido fólico ≥ 400 ïg/día, yodo ≥ 200 ïg/día y ácido acetilsalicílico 100-150 mg/día desde la semana 12.
5. En el posparto, reajustar el tratamiento, apoyar la lactancia y ofrecer anticoncepción antes de dar el alta del proceso.

Bibliografía

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 15. Management of diabetes in pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S321-38. doi:10.2337/dc26-S015
2. Boggess KA, Valint A, Refuerzo JS, Zork N, Battarbee AN, Eichelberger K, et al. Metformin plus insulin for preexisting diabetes or gestational diabetes in early pregnancy: the MOMPOD randomized clinical trial. JAMA. 2023;330(22):2182-90. doi:10.1001/jama.2023.22949
3. Feig DS. Metformin for diabetes in pregnancy: are we closer to defining its role? JAMA. 2023;330(22):2167-9. doi:10.1001/jama.2023.18589
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE). Diabetes mellitus y embarazo. Guía de práctica clínica actualizada 2021. Prog Obstet Ginecol. 2022;65:35-41.
5. Ye S, Shahid I, Yates CJ, Kevat D, Lee IL. Continuous glucose monitoring in pregnant women with pregestational type 2 diabetes: a narrative review. Obstet Med. 2024;17(4):194-200. doi:10.1177/1753495X241258668