

● durante el embarazo ●

glicemia y presión: *dos controles importantes*

Durante el embarazo, controlar la glicemia y la presión sanguínea permite prevenir, y curar, dos trastornos que podrían causar daños a la mamá y al bebé.

Para cuatro-cinco mujeres de cada cien, el embarazo puede transformarse en un estado demasiado "dulce". La culpable es la diabetes gestacional, una forma particular de la enfermedad que sólo afecta a las futuras mamás, a partir de la

semana número 20. Por su parte, el ocho por ciento de las gestantes corre el riesgo de sufrir hipertensión, un trastorno que consiste en la elevación constante de los valores normales de la presión arterial. Si se identifican a tiempo, estos dos trastornos se pueden mantener bajo control, reduciendo las probabilidades de que provoquen daños a la futura mamá y al bebé que está en camino. Veamos en qué consisten, y cómo podemos prevenirlos y mantenerlos controlados.

El peligro más temido: LA CRISIS DE ECLAMPSIA

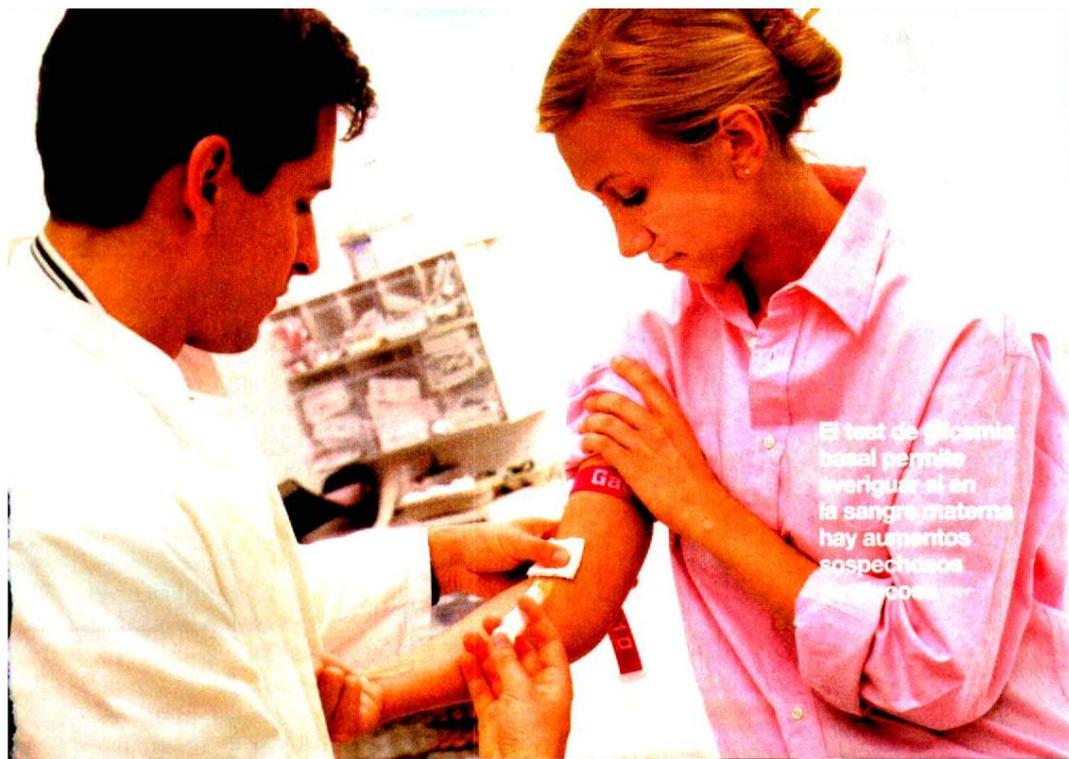
La presión alta y la presencia de proteínas en la orina indican el riesgo de preeclampsia, que a su vez puede desembocar en una eclampsia. Veamos en qué se diferencian estos dos trastornos.

PREECLAMPSIA: es una enfermedad estrechamente relacionada con el embarazo, que se caracteriza por una elevación de la presión arterial y por la presencia de proteínas en la orina. Este último dato indica un funcionamiento anómalo de los riñones. Estos órganos, que actúan de filtro, normalmente, depuran la sangre, eliminando las sustancias de desecho (entre las cuales no se encuentran las proteínas) a través de la orina. Sin embargo, con los tratamientos adecuados, la presión recupera sus valores normales, los riñones restablecen su funcionamiento habitual y la salud de la futura mamá deja de estar comprometida.

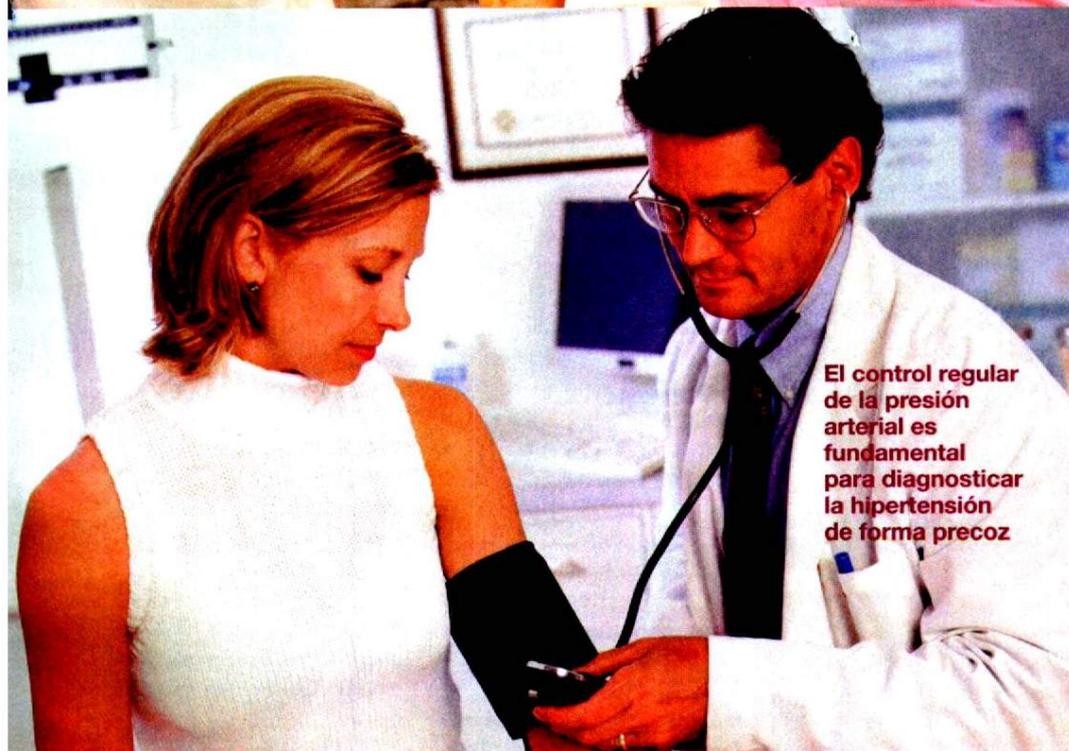
ECLAMPSIA: es la evolución de la preeclampsia, caracterizada por valores de la presión sanguínea constantemente altos, así como por la presencia de proteínas en la orina. A diferencia de la preeclampsia, la eclampsia no sólo afecta al funcionamiento renal, sino también al del hígado. Además, se ven alterados los procesos de coagulación del organismo materno. La enfermedad también puede comportar crisis convulsivas, que se pueden presentar sin previo aviso, con las consiguientes consecuencias graves sobre distintos órganos maternos (riñones, cerebro e hígado). Los fármacos antihipertensivos no son suficientes para mantenerla bajo control y, en numerosas ocasiones, la única solución es provocar el nacimiento del pequeño antes de tiempo. De hecho, su salud y la de la madre ya están en peligro.

Diabetes gestacional

Durante el embarazo, es normal que aumente el índice de azúcar en la sangre materna. La cantidad extra pasa al feto a través de la placenta, y éste la utiliza en su crecimiento. Mientras tanto, en el organismo de la mujer, también aumenta la concentración de insulina, la hormona encargada de la correcta distribución y



El test de glicemia basal permite averiguar si en la sangre materna hay aumentos sospechosos de glucosa.



El control regular de la presión arterial es fundamental para diagnosticar la hipertensión de forma precoz.

asimilación de los azúcares. A pesar de su incremento, en general, no hay peligro alguno de que la glucosa se acumule en la sangre materna, dando lugar a la diabetes, a menos que la gestante sufra una alteración genética que le impida metabolizar el exceso de azúcar. En este caso, se desencadena la diabetes gestacional, un problema más frecuente

entre las futuras madres que ya eran diabéticas o que sufrían sobrepeso antes de la concepción, o bien entre las que ya han dado a luz a niños de peso superior a la media.

LOS RIESGOS PARA MAMÁ Y BEBÉ

● Si no se controla, la diabetes representa un problema serio para la salud de la ma-

dre y del niño. De hecho, el pequeño tiende a aumentar de peso más de lo normal. En el momento de nacer, puede superar, incluso, los cuatro kilos. La salida a través del canal del parto puede, por tanto, ser traumática para el bebé, especialmente para las articulaciones de los hombros y las clavículas. También sus pulmones no alcanzan, como

sucedería normalmente, una madurez funcional, de manera que, en el parto, pueden presentarse problemas respiratorios. Por último, pueden aparecer crisis de malestar general, relacionadas con un repentino descenso del nivel de azúcar en la sangre, y el pequeño puede presentar una ictericia neonatal.

● Los riesgos para la madre también son reseñables: por un lado, aumentan las posibilidades de que se produzca una crisis de preeclampsia, un trastorno que se manifiesta a través de una constante elevación de la presión sanguínea, así como con la presencia de proteínas en la orina. Por otro lado, aumenta la probabilidad de sufrir lesiones durante el parto o de tener que afrontar una cesárea de urgencia.

LAS PRUEBAS PARA DETECTARLA

¿Cómo puedes saber si corres el riesgo de sufrir una diabetes gestacional? Los exámenes que ayudan a identificar el problema son sencillos y están al alcance de todas las gestantes.

● En primer lugar, existe un análisis de sangre de rutina, efectuado para mantener controlada la marcha de la gestación: se trata del test de glicemia basal, que se realiza al inicio del embarazo y se repite entre la semana 20 y la 30. Sirve para averiguar si en la sangre materna hay aumentos sospechosos de glucosa.

● También existe otro análisis más certero: la minicarga de sobrecarga. Es un análisis que debe efectuarse entre las semanas 24 y 28, que consiste en dos extracciones sanguíneas, antes y después de la in-

● durante el embarazo ●

gestión de 50 gramos de glucosa. El test es positivo si los valores de glucosa de la segunda muestra de sangre son superiores a 140.

● En caso de que la minicurva dé un resultado positivo, para diagnosticar la enferme-

dad con certeza, se debe realizar una prueba más exhaustiva: la curva de sobrecarga, con 100 gramos de glucosa.

LA DIETA

● Para curar este trastorno, en general, es suficiente con

seguir una dieta adecuada, que no consiste en la reducción de la cantidad de calorías diarias, sino del aporte de azúcares simples (contenidos en los dulces, por ejemplo). En el 85 por ciento de los casos, la dieta es suficiente y, sólo en determinadas ocasiones, es necesario recurrir a la administración de medicamentos.

HIPERTENSIÓN

Normalmente, en el embarazo, la presión arterial tiende a descender. Sin embargo, a veces, puede elevarse, por ejemplo, cuando la placenta se adhiere de forma anómala a la pared del útero.

En este caso, la presión mínima puede superar los 90 milímetros y la máxima los 140. El riesgo de hipertensión aumenta si el embarazo es gemelar o múltiple, si la mujer tiene una edad avanzada o si ya sufría diabetes antes de la concepción. El problema se presenta a partir de la semana 20 y, en los casos más serios, puede desembocar en una preeclampsia.

LOS RIESGOS

● La preeclampsia puede obstaculizar el funcionamiento de los riñones maternos, y también del hígado y del cerebro. Además, puede provocar un desprendimiento de retina. En casos extremos, la sangre del organismo materno no es capaz de coagular correctamente, de manera que cualquier trauma se traduce en una peligrosa hemorragia.

● Por su parte, el niño no crece con normalidad, puesto que no recibe el oxígeno y el

alimento necesarios. De hecho, la preeclampsia reduce la cantidad de líquido amniótico en la que el bebé está sumergido.

CÓMO PREVENIRLA

● La primera forma de prevención es el diagnóstico precoz, garantizado por el control regular de la presión arterial, que se debe llevar a cabo cada cuatro semanas durante los primeros cuatro meses de gestación, durante el control ginecológico de rutina, y cada 7-15 días a partir de la semana 20.

● También está previsto un análisis de orina cada 30-60 días, con el fin de identificar la presencia de proteínas en la orina (proteinuria), que constituye la primera señal de alarma de la preeclampsia.

LOS DISTINTOS TRATAMIENTOS

● Si la presión supera los valores normales, es necesario consultar al tocólogo, que puede prescribir fármacos antihipertensivos.

● Si se confirma la presencia de proteínas en la orina, el médico decidirá el ingreso de la madre.

● Si el niño todavía no ha alcanzado la semana 34, se intenta proteger la gestación el máximo tiempo posible. La primera medicina es el reposo absoluto de la futura mamá.

● Por último, si la gestación ya ha llegado a las 34 semanas, se suele provocar el nacimiento del bebé. Con esta edad gestacional, el niño va debería estar preparado para afrontar la vida fuera del útero. ■

