

**ENDOCRINOLOGÍA** LA INSULINA ASPÁRTICA MÁS LA DETEMIR, SEGURAS DURANTE EL EMBARAZO**El tratamiento previo a la gestación con insulina aspártica reduce la frecuencia de hipoglucemias**

■ Ana Callejo Mora

Las mujeres que padecen cualquier tipo de diabetes (1, 2 o gestacional) tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones maternas relacionadas con la gestación, como trastornos hipertensivos, pielonefritis, hidramnios, parto pretérmino y terminación quirúrgica del embarazo.

En concreto, las mujeres

que padecen diabetes pregestacional pueden tener riesgo de experimentar complicaciones específicas de la diabetes tanto graves (hipoglucemia, hiperglucemia y/o cetosis) como crónicas (agravamiento de la retinopatía, de la nefropatía, de la neuropatía y desarrollo de enfermedades cardiovasculares).

Coincidiendo con la cele-

bración de la LXXI Reunión de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), en San Diego (Estados Unidos), Santiago Durán García, de la Unidad de Gestión de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario de Valme, en Sevilla, ha comentado a DIARIO MÉDICO los resultados de estudios realizados en gestantes con diabetes pregestacional (ti-

po 1) con la insulina aspártica y la insulina detemir, que fueron presentados en el VI Simposio Internacional en Diabetes y Embarazo, el pasado mes de marzo en Salzburgo (Austria).

"Estas pacientes estaban obligadas a utilizar exclusivamente insulina humana de origen biosintético (insulina regular e insulina NPH). Sin embargo, las opciones terapéuticas se han ampliado gracias a la incorporación de los nuevos análogos de la insulina".

Durán, que es catedrático de Endocrinología y Nutrición, ha recordado que la aspártica es la insulina rápida de elección que puede ser administrada en forma de múltiples dosis o mediante bomba de infusión continua, mientras que la insulina detemir es la insulina basal de elección durante la



Las diabetes tipo 1, 2 y gestacional pueden complicar el curso normal del embarazo.

gestación, pero sólo puede ser administrada mediante inyección subcutánea; no puede utilizarse por otras vías o mediante bomba de infusión continua.

"La mejor asociación que podemos ofrecer a una paciente diabética tipo 1 que desea quedarse embarazada es ajustar su tratamiento previamente a la gestación utilizando insulina aspártica más insulina detemir. Sólo estas dos insulinas han mostrado en estudios prospectivos y aleatorizados su efica-

cia y seguridad durante el embarazo".

En resumen, "los resultados del estudio presentado en Salzburgo han demostrado que el tratamiento previo a la gestación con insulina aspártica reduce la frecuencia de hipoglucemias que pueden aparecer durante el primer trimestre de embarazo, cuando se utiliza otro tipo de insulina o cuando se transfiere a la paciente a tratamiento con insulina aspártica estando ya embarazada", ha concluido Durán.

MALFORMACIONES EN DIABETES GESTACIONAL

"Existe el concepto de que en la diabetes gestacional el riesgo de malformaciones congénitas es bajo, comparado con lo que sucede en la diabetes tipo 1 y 2", ha explicado Santiago Durán, que ha traído a colación un trabajo de 2005 basado en el Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas. "Los recién nacidos de madres con obesidad pregestacional y diabetes gestacional tienen un riesgo

relativo de malformaciones mayor que los recién nacidos de mujeres con obesidad pregestacional y tolerancia normal a la glucosa". Según Durán, aquel trabajo concluía que la obesidad previa al embarazo predice el riesgo de malformaciones en los recién nacidos de pacientes con diabetes gestacional. Cuanto mayor es el índice de masa corporal previo al embarazo mayor es el riesgo de malformaciones.