



TU RINCÓN MÉDICO



DR. RAFAEL MARTÍNEZ HUERTAS.
GINECÓLOGO DEL CENTRO MÉDICO Y DE
REPRODUCCIÓN ASISTIDA QUIRÓN DEXEUS MURCIA

Embarazo y diabetes

La diabetes es un problema de primer orden en las pacientes embarazadas, constituye una alteración metabólica que afecta al pronóstico de la madre y de su futuro hijo. Ante una paciente embarazada deberíamos distinguir la diabetes mellitus pregestacional (que es la entidad que engloba a una paciente que previamente a su embarazo tenían una diabetes) y la diabetes gestacional (tipo de diabetes que debutá con embarazo y suele desaparecer tras la finalización de éste), que afecta hasta un 12% de las embarazadas.

La repercusión de la diabetes engloba las consecuencias sobre la propia gestación con aparición de infecciones urinarias, candidiasis, nefropatía, retinopatía o estados de hipertensión y las consecuencias sobre el feto relacionándose con malformaciones, abortos, crecimiento intrauterino retardado, macrosomía, miocardiopatía fetal o inmadurez fetal en términos globales. Estos niños de madres diabéticas tienen a su vez más riesgo de desarrollar obesidad o alteraciones metabólicas durante su vida adulta.

El cribado de diabetes gestacional se realiza mediante la prueba de O'Sullivan que se realiza entre las 24-28 semanas de gestación en población general y durante el primer trimestre en pacientes con mayor riesgo de diabetes como pueden ser pacientes mayores de 35 años, obesas, con antecedentes familiares de diabetes o con antecedentes de diabetes en embarazos previos. De ser positivo será necesario recurrir a otra prueba que consiste en una sobrecarga oral

La diabetes constituye una alteración metabólica que afecta al pronóstico de la madre y de su futuro hijo

de glucosa para confirmar el diagnóstico de diabetes gestacional.

Una vez establecido el diagnóstico de una diabetes gestacional se debe iniciar tratamiento de manera eficaz y ser remitida a una unidad de diabetes y embarazo.

Cuando a pesar de la dieta y el ejercicio no se alcancen cifras de buen control glucémico será necesario iniciar tratamiento adicional probablemente con insulina.

Por ello, es totalmente recomendable, en mujeres que ya tienen diabetes establecida, un control exhaustivo de la misma desde antes de la concepción con una participación activa y comunicación fluida y eficaz entre médico y paciente.

El control médico con fármacos como insulina por parte de obstetra, endocrino y médico de familia se hace fundamental pero de igual manera es esencial recomendar a las pacientes unos hábitos saludables con ejercicio físico, una dieta adecuada y una automonitorización de glucemias capilares.

Desde el punto de vista obstétrico, se requiere un control cercano pues el riesgo de malformaciones aumenta en la paciente diabética siendo necesario evaluar a la paciente ecográficamente en más ocasiones de lo que se haría en una embarazada sin diabetes, valorando morfología, crecimiento fetal y la evolución del líquido amniótico. De igual modo se recomienda la realización de una ecocardiografía fetal en torno a la semana 28 para descartar problemas cardíacos fetales.

A su vez se deberá establecer el momento idóneo para finalizar la gestación; en términos generales hemos de decir que en una paciente con buenos controles metabólicos y fetales se debe plantear la finalización a partir de la semana 38, la vía de finalización del parto es de entrada vaginal y durante el proceso de parto se deberá establecer un control metabólico estricto y, si es necesario, instaurar un protocolo de insulinoterapia y sueroterapia en función de las circunstancias.

Un adecuado control interdisciplinar de la diabetes en el embarazo mejorará los resultados perinatales y ayudará a conseguir el objetivo que las futuras madres desean: la consecución de un bebé sano en casa.