

ABC 6 de octubre de 2001

► Cambios hormonales

El embarazo es, por sí mismo, una situación que predispone a la diabetes. Los cambios hormonales que lo acompañan hacen que el organismo de la mujer gestante sea más resistente a la acción de la insulina, la hormona pancreática que controla los niveles de glucosa en sangre. Para contrarrestar esta resistencia es necesario un incremento en la producción de insulina. Que el páncreas pueda hacer frente a esta situación depende de varios factores, entre ellos la edad (con el tiempo las células beta del páncreas envejecen y producen menos insulina) o la predisposición genética (familiares directos con diabetes, sobrepeso, etc.).

Entre la semana 24 y 28 de embarazo, cuando tienen lugar estos cambios hormonales, se realiza un «test de cribaje» a la mujer gestante para ver si padecen diabetes gestacional. La prueba consiste en administrar 50 gramos de glucosa por vía oral y valorar los niveles de glucemia a la hora. No obstante, en algunos hospitales, como La Paz, este

control se lleva a cabo en la primera visita, sin esperar a la mitad del embarazo, explica el doctor Luis Felipe Pallardo Sánchez, jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición del citado hospital, que cuenta con una Unidad de Diabetes y Embarazo que lleva funcionando 25 años.

Concluido el embarazo, la situación hormonal se normaliza y la diabetes gestacional desaparece en más del 90 por ciento de los casos. No obstante, no hay que bajar la guardia, porque esta alteración es un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus de tipo 2 o diabetes del adulto. Ésta es, en opinión de este especialista, la principal y más importante repercusión a largo plazo para la mujer. De ahí la recomendación de realizar controles periódicos donde se revisen no sólo los niveles de azúcar, sino también el peso y la presión arterial.

Algunos estudios indican también que los hijos de madres con esta alteración gestacional son más propensos a desarrollar obesidad o diabetes.

de todo los niveles de glucosa continúan siendo altos, se recurre a la administración de insulina. Los antidiabéticos orales están contraindicados durante el embarazo porque atraviesan la barrera placentaria (lo que no ocurre con la insulina) y podrían producir efectos hipoglucémicos en el feto.

► **¿CÓMO AFECTA UN NIVEL ELEVADO DE GLUCOSA AL BEBÉ DURANTE LA GESTACIÓN?** Si la madre tiene más glucosa en sangre de lo aconsejado, también pasa al bebé a través de la placenta. Como éste no tiene ningún problema en su secreción de insulina, utiliza todos los alimentos que le lleguen con mayor facilidad, no sólo el azúcar sino también proteínas y grasas. De manera que cuanto más le llega, más utiliza y, por tanto, se hace más grande de lo que le corresponde por su edad de gestación. Esto puede dar lugar a problemas de espacio en el último trimestre de embarazo y desembocar, como se ha indicado previamente, en un parto prematuro. El resultado sería un neonato con peso correcto, pero inmaduro, que está expuesto a mayores complicaciones. Aunque éstas habitualmente son solventables, pueden hacer necesaria su estancia en una unidad de cuidados intensivos para recién nacidos.

► **¿Y A LA MUJER GESTANTE?** Para la madre, a corto plazo hay pocas consecuencias. Únicamente las molestias derivadas de seguir la dieta restrictiva (una de ellas, no poder satisfacer los «antojos» de dulce que pueda tener) y las ocasionadas por los controles de glicemia que debe realizarse diariamente. A largo plazo, existe un mayor riesgo de desarrollar diabetes, sobre todo si no se mantiene unos cuidados dietéticos unidos a la práctica regular de ejercicio, que es muy recomendable en general y en particular en estos casos.



► Por Pilar QUIJADA

Sin bajar la guardia

Entre un 5 y un 10 por ciento de las embarazadas padecen diabetes gestacional, alteración que se detecta en la segunda mitad del embarazo y puede ocasionar un parto prematuro. **El control de la dieta y el ejercicio suelen ser suficientes para mantener a raya los niveles de glucosa en este periodo.** Aunque desaparece tras el embarazo, incrementa el riesgo de desarrollar diabetes con posterioridad

La diabetes gestacional es una alteración de fácil diagnóstico, cuyo tratamiento evita el riesgo de un parto prematuro y las complicaciones asociadas a éste. Los doctores Isaac Levy, consultor de Endocrinología del Hospital Clínico de Barcelona, y Luis Felipe Pallardo, jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición de la Paz, responden algunas preguntas relacionadas con esta dolencia.

► **¿CUÁL ES LA CAUSA DE LA DIABETES GESTACIONAL?** A partir de la semana 22 ó 24 de embarazo la placenta induce cambios hormonales que el organismo de la mujer gestante debe contrarrestar con la secreción propia de insulina. Si esto no ocurre se desarrolla la diabetes gestacional. Los factores que influyen en su aparición son los antecedentes familiares (parientes en primer grado con diabetes y obesidad) y la edad de la madre gestante (mayor riesgo en embarazos tardíos).

► **¿HAY ALGÚN SÍNTOMA QUE PERMITA DETECTARLA?** No, porque es una situación preclínica o subclínica sin sintomatología, y por tanto no nos podemos fiar de las sensaciones, sino que hay que objetivar mediante la práctica de los controles adecuados.

► **¿EXISTEN DIFERENCIAS CON RESPECTO A LA DIABETES MELLITUS?** Una característica fundamental de la diabetes gestacional es que se pone de manifiesto durante el embarazo y desaparece al finalizar éste. En el sentido estricto no se trata de una verdadera diabetes. Es más exacto hablar de una alteración temporal en el metabolismo de los hidratos de carbono. Como resultado de esta alteración, el organismo es incapaz de metabolizar los azúcares adecuadamente y los

niveles de glucosa en sangre -especialmente después de las comidas- permanecen más altos de lo aconsejado. Hay que tener en cuenta que durante el embarazo el baremo para hablar de un nivel de azúcar normal es más bajo de lo habitual, y se sitúa como límite en los 90-95 mg/ml, en ayunas, frente a los 110 que marcan la barrera en la población general. Una hora después de las comidas no deben sobrepasar los 120 mg/ml.

► **¿POR QUÉ LOS NIVELES DE GLUCOSA DEBEN SER MÁS BAJOS DE LO HABITUAL DURANTE EL EMBARAZO?** Como resultado de diversos estudios se ha establecido una relación entre el peso de los recién nacidos a término (40-42 semanas de gestación) y los niveles de azúcar en sangre de sus madres durante el embarazo. Se ha comprobado que para un peso normal del recién nacido (hasta cuatro kilos), los valores de glucosa en sangre de la madre no deben sobrepasar los mencionados anteriormente. Valores superiores dan lugar a bebés con exceso de peso (lo que se denomina macrosomía), y el consiguiente riesgo de un parto prematuro.

► **¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO INDICADO?** Fundamentalmente reducir el aporte de azúcares, especialmente los de más rápida absorción, es decir, los refinados. Aunque también se controlan los azúcares complejos, como harinas, pasta, arroz, las restricciones no son tan severas; de forma que los hidratos de carbonos constituyan como mínimo el 45 por ciento de las calorías de la dieta. En caso contrario, se puede producir acetona, que también es perjudicial para el bebé en gestación. Las proteínas y grasas, salvo que exista un problema de sobrepeso, no se suelen limitar. Estas medidas dietéticas se completan con la práctica de ejercicio adaptado a cada fase del embarazo. Si a pesar