



ARTURO NÚÑEZ
GINECÓLOGO

«TRAS EL PARTO, HAY QUE CONTROLAR A LAS MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL»

por **MARTA MENÁN**
y **XESÚS PONTE**

¿Qué es la diabetes gestacional?

Pues, como su propio nombre indica, una alteración en el metabolismo de asimilación de la glucosa que aparece en el embarazo y, en un 90% de los casos, desaparece tras el parto.

¿Qué controles se realizan para detectarla?

A todas las embarazadas se les hace un 'screening' de diabetes en la semana 26. Consiste en administrar una sobrecarga de glucosa para ver si el organismo la tolera. En casos de riesgo —por ejemplo, si hay antecedentes familiares— se realizan pruebas en la semana 12 de gestación.

¿Cómo se trata?

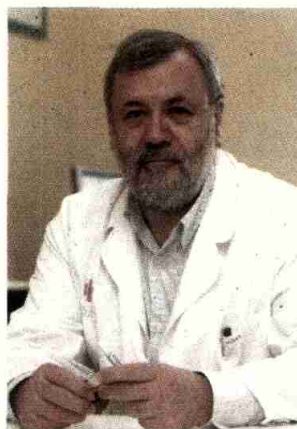
Un 50% de las pacientes, aproximadamente, debe seguir una dieta para controlar su nivel de azúcar, mientras que el otro 50% restante requerirá la administración de insulina.

¿Cuáles son los factores de riesgo que pueden influir en la aparición de una diabetes gestacional?

Tenemos varios. Citaría, en primer lugar, los antecedentes familiares, el peso y la edad, ya que al cumplir años se incrementan las posibilidades de padecer este problema.

¿Se puede tomar alguna medida preventiva para evitar su aparición?

Aquí no se puede hablar de una medicina preventiva sino, simplemente, de reducir los factores de riesgo que la desencadenan. Si una mujer llega al embarazo en su peso, controla el aumento de kilos durante la gestación y vigila su alimentación, disminuyen las posibilidades de que se desencadene una diabetes gestacional.



¿Qué riesgos implica, tanto para la madre como para el feto?

Para el feto, el mayor riesgo es el de un excesivo aumento de peso y, para la madre, el de sufrir hipertensión. Además, un mal control de la diabetes gestacional puede ocasionar complicaciones graves durante el parto y, en consecuencia, un incremento de la morbilidad y mortalidad perinatal.

Recientes estudios sugieren que hay un porcentaje mayor del que se pensaba de mujeres que desarrollan una diabetes de tipo 2 tras haber padecido la gestacional.

Bueno, tal y como comentaba antes, hay un 90% de casos en los que este problema desaparece, pero queda el restante 10%, que son las que desarrollan una diabetes de tipo 2. Aquí es importante que el médico de cabecera conozca esta situación para que haga una vigilancia de la paciente y, si es necesario, la derive al endocrino. Nosotros, en el Xeral en Lugo, llevamos diez años haciendo una consulta conjunta con el endocrino a las embarazadas para prevenir este tipo de problemas.

Cómo se desencadena

La placenta le suministra nutrientes y agua al feto en crecimiento y produce también varias hormonas para mantener el embarazo. Algunas de esas hormonas (estrógeno, cortisol y el lactógeno de la placenta humana) pueden tener un efecto bloqueador de la insulina, que suele comenzar entre las semanas 20 y 24 del

embarazo.

A medida que la placenta crece, se producen más de estas hormonas y la resistencia a la insulina aumenta. Normalmente, el páncreas es capaz de producir la insulina adicional necesaria para sobreponerse a la resistencia de la insulina, pero cuando la producción de insulina no es suficiente para sobreponerse del efecto de las hormonas placentales, el resultado es una diabetes gestacional.