



CÓMO EVITAR QUE EL EMBARAZO Y LA DIABETES SEAN UN CÓCTEL EXPLOSIVO

El control médico antes de concebir es fundamental para que las gestaciones de mujeres con la patología metabólica tengan un final feliz. Cada vez más hospitales disponen de unidades específicas para estas pacientes



Las mujeres diabéticas que quieren darse embarazadas deben someterse a una revisión ginecológica y acudir a su endocrinólogo para averiguar si existen complicaciones asociadas que hagan aconsejable posponer la gestación.

AFP

CRISTINA G. LUCIO

Hace 17 años, la diabetes se cruzó entre Ester Novelles y su deseo de ser madre. Esta catalana nunca había prestado demasiada atención a sus niveles de azúcar en sangre; vivía al día, sin saber muy bien en qué consistía la enfermedad... Pero, cuando después de sufrir un aborto espontáneo, escuchó la advertencia de los médicos -«con esas cifras de glucosa no deberías quedarte embarazada»-, todo cambió. «Me puse en manos de un equipo médico que me siguió muy de cerca y me enseñó toda la educación diabética que me hacía falta hasta que todo estuvo listo para el embarazo», explica Ester, que hoy es madre de Anna e Irene, dos gemelas adolescentes.

Durante más de un año, pasó por controles exhaustivos, cambios en su dieta y muchas visitas a ginecólogos y endocrinos, pero superó la prueba y las niñas nacieron a término y completamente sanas. «Para que el embarazo de una persona diabética tenga un final feliz, es fundamental un control preconcepcional», confirma Luis Felipe Pallardo, jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital La Paz de Madrid. Según explica este especialista, además de a un chequeo ginecológico, to-

das las mujeres con diabetes que quieran ser madres deberían someterse antes de concebir a una revisión para comprobar cuál es el estado de su diabetes -si existen complicaciones asociadas, cómo está su función renal, etc- y en qué medida está manejando adecuadamente la enfermedad.

«Se suele marcar un objetivo de control metabólico antes de dar el visto bueno al embarazo. La idea es conseguir que los niveles de determinados parámetros -como la hemoglobina glicosilada- estén en niveles similares a los que presenta una mujer que no tiene diabetes», aclara Pallardo. De no hacerlo, comenta el especialista, los riesgos de que el bebé nazca con malformaciones congénitas o un peso excesivo -entre otras complicaciones- aumentan significativamente.

A Marta Victorio le costó un poco conseguir que sus niveles de hemoglobina glicosilada bajaran de 7, la cifra límite que le impuso su endocrinóloga. La ansiedad y el estrés por lograr ese objetivo y «recibir pronto el visto bueno» para quedarse embarazada se pusieron en su contra y se convirtieron en un muro emocional difícil de salvar. Pero, gracias al apoyo de su pareja, la inquietud fue desapareciendo. «Me di permiso para no obtener los objetivos deseados, para equivocarme. No me fijé objetivos a largo plazo, sino diarios, sin cargarme de culpa cuando no

estaban en la línea con lo deseado», recuerda Victorio, que no tiene más que buenas palabras para el equipo que la atendió, un grupo médico especializado en la atención de gestantes con problemas metabólicos.

SEGUIMIENTO DE PACIENTES. Las primeras unidades de diabetes y embarazo se crearon en nuestro país hace aproximadamente 30 años. Los hospitales de La Paz de Madrid y de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona fueron pioneros. En estos servicios, ginecólogos, endocrinos y educadores en diabetes trabajan codo con codo para que el seguimiento de las pacientes sea integral. «Hay una comunicación absoluta entre especialistas e incluso se intenta ver cada caso el mismo día, para poner en común cualquier observación», indica Pallardo, quien subraya que, aunque antes era una práctica aislada, esta atención global cada vez es más común en los centros españoles. «Con más o menos éxito, los hospitales la están incorporando», señala.

Sin embargo, Esther Lozano tiene la prueba de que a algunas unidades de diabetes y embarazo todavía les falta mucho camino por recorrer. El centro madrileño don-

de siguen su embarazo tiene un protocolo para atender a mujeres gestantes con diabetes, pero esta asistencia se limita a las que desarrollan diabetes gestacional -un problema con el manejo de la glucosa que puede ser puntual- y no a las que, como ella, llevan varios años viviendo con la enfermedad. «Me obligan a ir cada 15 días para ver mis gráficas de control de glucosa y explicarme cómo tengo que ponerme la glucosa, que es algo que hago habitualmente desde hace años», comenta.

En cambio, lamenta Lozano,

EN AUSENCIA DE CONTROL METABÓLICO, AUMENTA EL RIESGO DE MALFORMACIONES DEL BEBÉ

ALGUNOS CENTROS SANITARIOS NO PROPORCIONAN NI LA ASISTENCIA NI LA INFORMACIÓN MÁS ADECUADA

apenas existe conexión entre su ginecólogo y su endocrinólogo. Es más, por un fallo de comunicación, estuvieron a punto de hacerle la prueba del azúcar, un test que habitualmente se hace a las embarazadas para comprobar si existe algún problema con sus niveles de

azúcar, pero al que no deben someterse quienes ya tienen el diagnóstico de diabetes. «Me paso la vida en el médico, porque tengo que ver por separado a los especialistas y a la enfermera. Ninguno comparte mi historial y, aunque pregunto, nadie me habla de los riesgos que puede tener el bebé, lo que me genera una angustia tremenda», señala.

«La preocupación y los miedos no sólo por la diabetes, sino por lo que puede sucederle al niño, son sentimientos muy comunes en estas mujeres», corrobora Mercedes Galindo, enfermera especialista en educación en diabetes de embarazadas. «Por eso, es muy importante dar información clara desde el principio y aclararles que, con un buen control, no tienen por qué tener ningún problema», insiste esta especialista que se mantiene en contacto con sus pacientes a través del teléfono o por correo electrónico.

Aunque muchas no lo crean, continúa Galindo, el manejo de las gestaciones de mujeres diabéticas ha mejorado mucho en los últimos años. Según explica, cada vez es más frecuente que el parto sea a término y por vía vaginal, en vez de las cesáreas en la semana 38 que se hacían para evitar que los bebés fueran demasiado grandes. «Una diabética puede tener un embarazo completamente normal», concluye.