

### ¿Cómo debe ser el control del embarazo?

A lo largo del embarazo se vigilarán tres aspectos fundamentales en la evolución del niño:

La posible presencia de malformaciones congénitas. Para su detección precoz es imprescindible la realización de los correspondientes controles ecográficos seriados.

El crecimiento del niño, que se valorará mediante sucesivos estudios ecográficos. La ecografía va también a informar de la situación y morfología de la placenta y de la cantidad de líquido amniótico.

El bienestar y la madurez fetal. El bienestar fetal se comprueba en el tercer trimestre de la gestación mediante la percepción de movimientos fetales, el empleo de la ecografía y de doppler para valorar la circulación sanguínea uteroplacentaria y la realización de registros de la frecuencia cardíaca del feto.

### ¿Cuándo y cómo debe finalizar el embarazo?

La terminación del embarazo, siempre que exista un buen control metabólico de la diabetes, en ausencia de complicaciones maternas vasculares u obstétricas y con la presencia de un adecuado bienestar fetal, puede tener lugar hacia la semana 39 de gestación.

En ausencia de problemas obstétricos se intentará la vía vaginal. En algunas circunstancias (macrosomía, retinopatía grave u otras) será precisa la cesárea.

### ¿Precisa algún cuidado el hijo de madre con diabetes en el momento del nacimiento?

Es imprescindible en el momento del nacimiento la presencia de un pediatra neonatólogo para examinar correctamente al recién nacido.

### ¿Qué cuidados necesita la mujer con diabetes en el posparto?

Desde el punto de vista obstétrico la mujer precisará de las mismas atenciones recomendadas para la mujer sin diabetes.

En cuanto al control metabólico de la diabetes en el posparto inmediato, es preciso recordar la necesidad de reducir a la mitad la dosis diaria de insulina que la gestante se venía administrando durante el tercer trimestre, con objeto de evitar la posible aparición de hipoglucemias.

Conviene insistir en el beneficio de la lactancia materna tanto para el bebé como para la madre. Una vez establecida ésta, deberá tenerse en cuenta un incremento de 300 kcal/d en la dieta materna. No debe descuidarse el autocontrol glucémico.

# RECOMENDACIONES EN EL EMBARAZO CON DIABETES PREGESTACIONAL



**E**NDOCRINOLOGÍA Y  
**N**UTRICIÓN

### **¿Cuál es la posible repercusión del embarazo sobre la diabetes?**

El embarazo a través de diversos factores, especialmente de la secreción de una hormona placentaria (lactógeno) induce una acción diabética por lo que aumentan las necesidades de insulina conforme avanza la gestación. Por otra parte, existe una mayor tendencia a hipoglucemias por aumento del volumen circulante efectivo y por una mayor sensibilidad a la insulina en el primer trimestre y que puede reaparecer en las últimas semanas de gestación. En la segunda mitad de la gestación predomina una tendencia a hiperglucemia y cetosis por el aumento de la resistencia a insulina que genera el embarazo.

La gestación puede a su vez agravar ocasionalmente el desarrollo de las complicaciones vasculares renales (nefropatía) y oculares (retinopatía) específicas de la diabetes y habitualmente existentes de forma previa al embarazo.

### **¿Cómo repercute la diabetes sobre el organismo materno durante el embarazo?**

Con respecto a los abortos, solo parece existir una mayor frecuencia en las pacientes con diabetes descontroladas.

Parece confirmado que la diabetes favorece la aparición de partos prematuros, infecciones vaginales (candidiasis) o urinarias, polihidramnios (aumento del líquido amniótico), hipertensión arterial o preeclampsia.

Cuando la diabetes está mal controlada es más frecuente la mortalidad fetal y del recién nacido que en la población

general. Esta diferencia desaparece cuando la diabetes se trata de manera correcta.

Puede a su vez encontrarse en hijos de madre con diabetes un mayor aumento de peso al nacimiento (macrosomía), aunque a veces en el caso de mujeres con vasculopatía grave (afectación renal, hipertensión grave o tabaquismo) pueden surgir niños de bajo peso o con crecimiento retardado intrauterino.

Al nacimiento existe mayor frecuencia en el neonato de hipoglucemia, ictericia, descenso de los niveles de calcio (hipocalcemia), aumento del número de glóbulos rojos (policitemia), síndrome de dificultad respiratoria y traumatismos obstétricos (fractura clavicular).

No obstante la complicación más importante en el hijo de madre con diabetes es el desarrollo de malformaciones congénitas. El cuidadoso control de la diabetes previo al embarazo y estricto durante las primeras semanas ayuda a reducir el riesgo de este problema.

### **¿Cómo va a vigilarse y controlarse la evolución del embarazo?**

Para conseguir un feliz término de la gestación es imprescindible la participación de un equipo multidisciplinario formado por diabetólogo y educador, obstetra, neonatólogo, oftalmólogo, bioquímico, nefrólogo, neurofisiólogo y cardiólogo.

Pero es ciertamente la propia gestante, la que con su esfuerzo y responsabilidad va a influir más decididamente sobre la buena marcha del embarazo.

Normalmente las revisiones clínicas durante el embarazo se llevan a cabo de manera conjunta por el obstetra y el diabetólogo.

### **¿Cómo debe tratarse la diabetes en el embarazo?**

El diabetólogo marcará las pautas de tratamiento basadas en:

- Una alimentación adecuada. Las necesidades son idénticas a las de cualquier mujer gestante. Habrá que adaptar el tratamiento insulínico a las mismas. El reparto de calorías comprenderá un 50% de hidratos de carbono, un 30% de grasas y un 20% de proteínas.
- Un programa de insulina terapia intensivo. Dado que a lo largo del embarazo las necesidades de insulina varían, es fundamental la participación activa de la mujer en el ajuste de la dosis de insulina.
- Ejercicio físico adaptado a las condiciones específicas de la gestación.

En general el control de cetonurias se debe hacer diariamente en ayunas, y ocasionalmente ante la presencia de niveles glucémicos superiores a 250 mg/dl.

En lo referente al autocontrol glucémico se recomienda su realización diariamente con un total de 5 a 7 determinaciones/ día.