

Embarazo, anticoncepción, menopausia y diabetes

C. Veyrie, A. Grimaldi

La hiperglucemia materna es tóxica para el feto. En el primer trimestre comporta un riesgo de malformaciones fetales y más tarde, de hiperinsulinismo fetal (macrosomía, etc.). La definición actual de la diabetes gestacional agrupa entidades muy diversas; en primer lugar la hiperglucemia gestacional, que aparece a partir del sexto mes de embarazo y no persiste; hay que tratarla para disminuir la morbilidad neonatal, en particular la macrosomía, pero su estrategia diagnóstica aún se discute. En segundo lugar están las diabetes pregestacionales, que hay que tratar antes y en el curso del embarazo, para disminuir el riesgo de malformaciones fetales y luego la morbilidad neonatal, así como el riesgo de agravamiento de la retinopatía y la neuropatía maternas preexistentes. En la diabetes de tipo 1, la morbilidad maternofetal permanece elevada incluso si se han logrado los objetivos en cuanto a la glucemia. La diabetes de tipo 2 es cada vez más frecuente; a menudo se la desconoce antes del embarazo, pero su pronóstico maternofetal es tan desfavorable como el de la diabetes de tipo 1. En la mujer diabética, un embarazo tiene que programarse. Por consiguiente, las mujeres diabéticas en edad de procrear deben recibir una anticoncepción adaptada tras la evaluación de la relación beneficio-riesgo, teniendo en cuenta factores de riesgo cardiovasculares y complicaciones relacionadas con la diabetes. Del mismo modo que en la población general, no hay que prescribir tratamiento hormonal para la menopausia de manera sistemática o en ausencia de síntomas invalidantes que evoquen una carencia estrogénica.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Embarazo; Diabetes gestacional; Macrosomía; Anticoncepción; Tratamiento hormonal sustitutivo

Plan

■ Embarazo y diabetes	1
Hiperglucemia, organogénesis y crecimiento fetal	1
Utilidad de la atención multidisciplinaria	2
Diabetes de tipo 1 y embarazo	2
Diabetes de tipo 2 y embarazo	3
Atención obstétrica en la diabetes pregestacional	4
■ Hiperglucemia gestacional	5
Definición	5
■ Anticoncepción y diabetes	6
Anticoncepción	6
Medios de anticoncepción y riesgos en la diabetes	6
■ Menopausia y diabetes	6

■ Embarazo y diabetes

La prevalencia de la diabetes gestacional se encuentra en constante aumento, y concierne al 5-10% de los embarazos según las poblaciones que se estudian [1]. Dicho aumento se explica por:

- el gran aumento de hiperglucemias gestacionales, consecuencia del agravamiento de la insulinoresistencia fisiológica al final de embarazos cada vez más tardíos, en pacientes con sobrepeso o pertenecientes a etnias con riesgos;

- la epidemia de diabetes de tipo 2 que aparece en mujeres cada vez más jóvenes en edad de procrear, mientras que la prevalencia de la diabetes de tipo 1 se mantiene.

Hiperglucemia, organogénesis y crecimiento fetal [2]

En las últimas décadas se ha dilucidado mejor el rol perjudicial de la hiperglucemia materna para el feto.

En la diabetes preexistente (tipos 1 y 2), la hiperglucemia está presente desde la concepción y durante la organogénesis, y puede provocar abortos o malformaciones.

Entre las 18-24 semanas de amenorrea (SA), el páncreas fetal es funcional y, por tanto, puede responder a la hiperglucemia materna por un hiperinsulinismo que produce una aceleración del crecimiento fetal o macrosomía, hipoxia tisular, retraso de la maduración pulmonar o también hipertrofia cardíaca al final del embarazo.

La macrosomía fetal corresponde a un peso al nacimiento superior al 90.º percentil para el término. Su riesgo es el de un traumatismo obstétrico con distocia de los hombros, fractura de la clavícula, estiramiento o parálisis del plexo braquial. Además, el feto está expuesto a las complicaciones de la prematuridad espontánea o inducida, con una tasa superior de cesáreas y todas las complicaciones correspondientes. El hipersulinismo fetal puede persistir durante el parto, lo que agrava el riesgo de

hipoglucemia insulínica, grave en el recién nacido, y demás trastornos metabólicos asociados (hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, poliglobulia).

“ Para recordar

Embarazo diabético: riesgos para el niño

- Malformaciones múltiples si la diabetes existe antes del embarazo.
- Macrosomía, traumatismo obstétrico.
- Hipoglucemia.
- Hipocalcemia.
- Hiperbilirrubinemia.
- Poliglobulia.
- Dificultad respiratoria.
- Enfermedad de las membranas hialinas (hoy día excepcional).
- Miocardiopatía con hipertrofia septal.

Utilidad de la atención multidisciplinaria

La presencia de una diabetes impone una vigilancia especialmente frecuente durante el embarazo. En la actualidad, los objetivos glucémicos son de 0,9 g/l antes de las comidas y de 1,2 g/l 2 horas después del comienzo de las comidas. Sea cual sea el tipo de diabetes, es indispensable la autovigilancia glucémica con seis o siete controles diarios y una adaptación terapéutica inmediata (adaptación de las dosis de insulina a las glucemias instantáneas o adaptación de la toma de alimentos según los resultados). Es necesario una autovigilancia urinaria todas las mañanas para buscar una cetosis del ayuno. Si el resultado es positivo, hay que adaptar la insulino terapia e instituir un tentempié al acostarse.

Es necesaria una consulta de diabetología cada 15 días para vigilar el aumento de peso, la presión arterial en posición semisentada o en decúbito lateral y para valorar el equilibrio glucémico mediante la autovigilancia de las glucemias capilares y el resultado de un ciclo venoso que sirve de referencia y permite verificar el buen funcionamiento del aparato de medida.

En la atención de las diabetes pregestacionales, son necesarias consultas de diabetología antes de la concepción, para poder programar el embarazo, valorar las complicaciones y garantizar el perfecto equilibrio glucémico. Las complicaciones maternas se valoran regularmente durante el embarazo, así como en el posparto inmediato.

A las pacientes que presentan hiperglucemia gestacional se las sigue a partir del sexto mes. Aunque el trastorno de tolerancia glucídica desaparece tras el parto, es muy importante volverlas a ver por lo menos una vez en el posparto (2 o 3 meses después) con un control de la HbA_{1c} y de la glucemia en ayunas. Esta consulta permite distinguir las auténticas diabetes de tipo 2 reveladas por el embarazo de las hiperglucemias gestacionales transitorias.

Hay que alternar el seguimiento diabetológico y el seguimiento obstétrico.

Las ecografías precoces, realizadas hacia la 11.^a o la 12.^a semana, permiten verificar la fecha del embarazo e, incluso, detectar algunas malformaciones. Una segunda ecografía, entre la 20-22.^a semana, permite la valoración morfológica. Ecografías fetales a 24 y 32 semanas permiten apreciar la morfología cardíaca y el espesor del septum interventricular. La ecografía, como la clínica, aprecia el crecimiento fetal y permite detectar la macrosomía (estimada por la circunferencia abdominal [CA] y el peso fetal estimado [PFE]) o la hipotrofia, así como un exceso de líquido amniótico. El estudio de los flujos fetales placentario y uterino permite apreciar la calidad de los intercambios entre la madre y el niño.

Cuadro I.

Vigilancia de una mujer diabética durante el embarazo.

Antes del embarazo

Serologías habituales (rubéola, toxoplasmosis, sífilis, VIH)

Examen oftalmológico + valoración de la diabetes

Optimización de la insulino terapia

Durante el embarazo

Consulta cada 15 días en diabetología: peso, presión arterial, análisis del diario de vigilancia, tira reactiva urinaria

Una vez al mes: determinación de la HbA_{1c}

Cada tres meses: examen oftalmológico en ausencia de retinopatía, más frecuente si hay retinopatía. Determinación de la microalbuminuria en una muestra

Prescripción de antiagregantes plaquetarios, 100 mg en caso de retinopatía diabética o de hipertensión arterial de la 11.^a a la 34.^a SA

VIH: virus de inmunodeficiencia humana; SA: semana de amenorrea; HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada.

Diabetes de tipo 1 y embarazo

Definición

La diabetes de tipo 1, cuya prevalencia es de 2/1.000, es una enfermedad autoinmunitaria que provoca una insulino dependencia por destrucción de la célula beta del islote de Langerhans. Por consiguiente las pacientes tienen la edad y el morfotipo «normales», sin sobrepeso, en comparación con las demás mujeres en edad de procrear. El tratamiento con insulina es indispensable, vital y jamás hay que interrumpirlo. A pesar de los progresos terapéuticos en cuanto al tipo de insulina (nuevos análogos lentos o rápidos) y en cuanto al modo de administración (bomba, insulino terapia funcional), es difícil lograr un equilibrio glucémico aceptable a largo plazo y son frecuentes las complicaciones microangiopáticas vinculadas a la diabetes (retinopatía y neuropatía) [3].

El problema que, por tanto, plantea el embarazo es doble: el agravamiento de las complicaciones relacionadas con la diabetes durante el embarazo, por un lado, y los riesgos maternofetales en período de hiperglucemia tóxica por otro.

Para obtener un equilibrio periconcepcional satisfactorio es indispensable programar el embarazo [4]. El diabetólogo tiene que realizar una valoración completa de la diabetes y sus complicaciones, eliminar una contraindicación absoluta de embarazo (retinopatía grave que requiera un tratamiento por láser antes del comienzo del embarazo, insuficiencia renal preterminal y, sobre todo, afección cardíaca) y organizar un sistema de seguimiento. En algunos casos difíciles, la toma de decisión y el seguimiento tienen que ser multidisciplinarios. La consulta prenatal también permite interrumpir los tratamientos contraindicados (por ejemplo, estatinas, inhibidores de la enzima convertidora e inhibidores de la angiotensina II), introducir un suplemento de folatos y ayudar a la desintoxicación tabáquica.

Agravamiento de complicaciones preexistentes (Cuadro I)

La prevalencia de retinopatía y neuropatía es variable durante el embarazo. El agravamiento de la retinopatía se explica por las modificaciones hormonales y hemodinámicas generadas por el embarazo, pero es temible sobre todo cuando el equilibrio de la diabetes al comienzo del embarazo se acompaña de una disminución rápida de la HbA_{1c} con aparición de hipoglucemia repetida. El riesgo es mayor en el 2.^o trimestre del embarazo. Dicho agravamiento suele ser transitorio y experimenta una regresión parcial o total en el posparto, al cabo de 3 meses a 1 año. En el estadio proliferante o en caso de edema macular, es posible un tratamiento por láser durante el embarazo que previene el riesgo de ceguera. El agravamiento de la neuropatía durante el embarazo no influye sobre la evolución de la función renal a largo plazo, salvo en caso de insuficiencia renal. En

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465640>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465640>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)