



Diabetes, embarazo, anticoncepción y menopausia

F. Lorenzini-Grandmottet, O. Parant, M. Coustols-Valat, F. Rimareix, B. Guyard-Boileau, M. Grandmottet, P. Gourdy

En la mayoría de los casos, la mejora del tratamiento de la diabetes permite a las mujeres gozar de una vida sexual y familiar normal. Sin embargo, el embarazo en una mujer diabética siempre es un embarazo de riesgo, a pesar de los progresos de los últimos 20 años en el tratamiento de la diabetes, el control obstétrico y la medicina neonatal. Los riesgos dependen del contexto, tanto en la diabetes de tipo 1 (DT1), a veces antigua, complicada o mal controlada, como en caso de la diabetes de tipo 2 (DT2), situación cada vez más frecuente en la que se asocian otros factores de riesgo: obesidad, síndrome de la apnea del sueño, hipertensión arterial, precariedad. Dependen también de la preparación de los embarazos, que todavía es insuficiente, y de los tratamientos, que no permiten un control perfecto. La programación de los embarazos, que implica una elección anticonceptiva adecuada, y el control ginecológico de las mujeres diabéticas desde la pubertad hasta la menopausia requieren pues una coordinación de la atención, en la que la educación terapéutica y la investigación clínica ocupan un lugar importante.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Diabetes; Embarazo; Anticoncepción; Menopausia

Plan

■ Introducción	1
■ Embarazo en la mujer diabética	1
Complicaciones del embarazo en una paciente diabética	1
Prevención de las complicaciones: control preconcepcional	2
Tratamiento de la diabetes durante el embarazo	3
Seguimiento del embarazo	3
Parto	5
Período posparto	5
■ Anticoncepción y diabetes	6
Racionalización para una anticoncepción eficaz en las mujeres diabéticas	6
Métodos disponibles	6
Elección del anticonceptivo en las diabéticas	7
■ Diabetes y menopausia	7
Tratamiento de los trastornos menstruales de la premenopausia	8
Tratamiento de los trastornos de la menopausia	8
■ Conclusión	8

■ Introducción

En 2011, según los datos de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie francesa, 3.300 mujeres quedaron embarazadas en Francia en un contexto de diabetes preexistente, es decir, un 0,4% de los nacimientos, de las cuales un 60% eran mujeres diabéticas de tipo 2 (DT2).

■ Embarazo en la mujer diabética

Complicaciones del embarazo en una paciente diabética

El embarazo en una paciente diabética es un embarazo de riesgo. El tipo de diabetes no influye en el resultado, que depende del control glucémico, las complicaciones o las comorbilidades.

Riesgos modificables con un mejor control preconcepcional y un seguimiento coordinado

Los principales riesgos fetales y maternos dependen de un mal control glucémico, que tiene un impacto sobre la embriogénesis, de ahí el mayor riesgo de malformaciones. También afecta a la placentación, que aumenta el riesgo de enfermedad vascular, y, sin duda, al estado de salud del futuro niño, mediante modificaciones precoces de la metilación de los genes.

Riesgos del inicio del embarazo: malformaciones y abortos

El riesgo relativo de malformaciones fetales es de 3^[1]; depende directamente del valor de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) en período de embriogénesis^[2]. Un punto de HbA1c de más dobla el riesgo de teratogénesis, a partir del umbral del 5,9%. El mecanismo de estas complicaciones todavía se discute, pero se ha reproducido en modelos animales. Se trata de un fenómeno precoz, que afecta principalmente al corazón, al sistema nervioso central y al árbol genitourinario. Un estudio canadiense reciente ha observado un aumento de la parte de las malformaciones debidas a la diabetes, mientras que la incidencia de las malformaciones disminuyó globalmente entre 2001 y 2010^[3].

El riesgo de aborto espontáneo [4] también aumenta, en particular en caso de mal control glucémico.

Riesgos del final del embarazo: macrosomía, hidramnios y muerte in utero

La macrosomía es 5-10 veces más frecuente [5] y puede producir complicaciones obstétricas (distocia de los hombros, lesiones del plexo braquial, lesiones perineales en la madre). Tiene relación con el control glucémico y, por lo tanto, con el valor de la HbA1c al inicio, pero también al final del embarazo, y este efecto es claro a partir del umbral del 6% a las 24 semanas de amenorrea (SA) [6].

El hidramnios es una complicación clásica y grave de la diabetes materna. Su fisiopatología se conoce mal, pero correlaciona con un mal control de la diabetes y es reversible con un mejor tratamiento. Un exceso de líquido importante aumenta el riesgo de parto prematuro.

La muerte in utero es dos veces más frecuente y está relacionada con enfermedades vasculorrenales del embarazo o con el desequilibrio glucémico en fetos macrosómicos, con miocardiopatía obstructiva. Justifica el mayor control propuesto a las mujeres diabéticas al final del embarazo, aunque sus modalidades no están unánimemente aceptadas.

Riesgos maternofetales: enfermedad vascular

El riesgo relativo de preeclampsia es de 3-5; aumenta con la antigüedad de la diabetes en la diabetes de tipo 1 (DT1), las complicaciones renales y la hipertensión arterial (HTA), pero también con el desequilibrio de la diabetes, desde la concepción, el índice de masa corporal (IMC) preconcepcional y el aumento de peso gestacional.

Complicaciones del parto

La cesárea y el parto prematuro son más frecuentes, a causa de enfermedades vasculares añadidas y de la macrosomía. En Francia, en 2010, se registraba todavía un 50-60% de nacimientos por cesárea frente al 21% en la población general.

Recién nacido de madre diabética

Presenta riesgo de hipoglucemia neonatal, de hipocalcemia y de insuficiencia respiratoria por inmadurez del surfactante, y necesita con más frecuencia un ingreso en neonatología.

Riesgos debidos al contexto

Las enfermedades vasculares placentarias [7] están claramente aumentadas en el caso de DT1 antigua, complicada con nefropatía, pero también de DT2, asociada a obesidad y HTA. Conducen a menudo a una hospitalización y a parto prematuro.

Influencia del embarazo sobre la diabetes y el estado materno

La mortalidad materna se duplica en las mujeres diabéticas. El desequilibrio de la diabetes y la cetoacidosis eran antaño las principales causas, pero la calidad del seguimiento, el autocontrol glucémico y los esquemas de insulino terapia optimizada han modificado claramente este pronóstico. La enfermedad tromboembólica aumenta en caso de insuficiencia renal, obesidad o enfermedad autoinmune asociada. La HTA maligna y los accidentes vasculares son más frecuentes. El riesgo de hemorragia del alumbramiento es mayor por la macrosomía.

Empeoramiento de las complicaciones microangiopáticas

La retinopatía empeora en el 20% de los embarazos [8]. El principal factor de riesgo es el desequilibrio crónico con mejoría rápida de la HbA1c al principio del embarazo.

La nefropatía aumenta el riesgo de preeclampsia [9]. Empeora, en general, durante el embarazo, con un aumento de la proteinuria, pero la restitutio ad integrum es la regla en los 6 meses siguientes al embarazo [10]. En caso de insuficiencia renal grave, si el aclaramiento de creatinina es inferior a 30 ml/min, el embarazo se desaconseja, a causa del mayor riesgo de gran prematuridad y de fallecimiento neonatal en el niño, pero también de empeoramiento del estado materno, con diálisis durante el embarazo. Puede considerarse después de trasplante.

“ Punto importante

Elementos del estudio preconcepcional en una paciente diabética

- Examen del fondo de ojo dilatado o retinograma no miódrático.
- Presión arterial, medición ambulatoria de la presión arterial (MAPA) si es necesario.
- Electrocardiograma, detección de la isquemia miocárdica silenciosa ante evolución superior a 20 años, tabaquismo, HTA, nefropatía.
- Determinación de la creatinemia, microalbuminuria/g, creatinuria o en 24 horas.
- HbA1c.
- Tirotropina (TSH).

Prevención de las complicaciones: control preconcepcional

Este control es económicamente eficaz, como señala el grupo Atlantic Dip [11], que comparó 415 embarazos en diabéticas de tipos 1 y 2, el 36% de los cuales estaban programados. La preparación permite un mejor equilibrio (HbA1c: 6,8 frente al 7,7%), una toma de ácido fólico y un cese del tabaco más frecuentes, y correlaciona con un porcentaje de malformaciones (0,81 frente al 5,34%) y de hospitalizaciones en neonatología (44 frente al 62%) significativamente menores. Este control tiene tres objetivos.

Conseguir que la mujer diabética sea capaz de manejar lo mejor posible su diabetes durante el embarazo

Informándola:

- del riesgo relacionado con el desequilibrio en período preconcepcional;
- de las adaptaciones del tratamiento que son necesarias a lo largo del embarazo;
- del necesario control médico multidisciplinario y de la colaboración en el proyecto que se le pedirá;
- del interés de interrumpir una intoxicación tabáquica, de reducir un posible sobrepeso y de tomar una suplementación oral de ácido fólico (5 mg/día) desde la detención de la anticoncepción y hasta las 12 SA.

Hacer el balance de las complicaciones

En este sentido, es primordial detectar antes del embarazo una retinopatía (en ocasiones tratada en período preconcepcional), una nefropatía que puede llevar a diferir el embarazo y conduce a una prevención de la preeclampsia, una coronariopatía en las diabetes antiguas con factores de riesgo asociados, una neuropatía periférica y, sobre todo, una disautonomía que puede complicarse durante el embarazo o durante el parto y un hipotiroidismo asociado.

Evaluar el equilibrio glucémico

Mediante la determinación de la HbA1c y el examen de los datos del autocontrol. Se definen objetivos personalizados con la paciente. Se debe intentar obtener una HbA1c lo más cercana posible a la normalidad. La mayoría de autores [12] recomiendan un porcentaje inferior al 6,5% al suspender la anticoncepción, pero es importante tener en cuenta el riesgo de hipoglucemias graves.

Conclusiones del control preconcepcional

Deben ser compartidas con la mujer, su pareja y sus terapeutas. En caso de contraindicación definitiva (situación excepcional



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757909>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757909>

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