

¿Cómo se controla a la mujer con diabetes gestacional?

Para evitar los posibles problemas que la diabetes gestacional puede originar, la embarazada debe ser cuidada y seguida por un equipo asistencial del que deben formar parte:

- Un tocólogo, que vigilará la evolución de la gestación
- Un endocrinólogo, que se ocupará del tratamiento de la diabetes
- Un pediatra neonatólogo, que cuidará al recién nacido
- Una enfermera educadora, que enseñará a la mujer cómo cuidar su diabetes (dieta, autoinyección de insulina, control del nivel de glucosa en sangre, etc).

Pero es necesario hacer notar que la labor de este equipo no dará ningún resultado si la propia mujer con diabetes no colabora activamente en el propio control de su proceso.

¿Cómo saber si el niño evoluciona sin problemas durante el embarazo?

A tal fin, el tocólogo vigilará el adecuado crecimiento del niño mediante los correspondientes controles ecográficos. De esta forma podrá detectar con prontitud su crecimiento excesivo (macrosomía). Asimismo se tratará de diagnosticar precozmente la infrecuente presencia de malformaciones.

A partir de la semana 37 es importante vigilar la salud intraútero del niño, para lo cual se hará un registro de los latidos cardíacos fetales. Es de utilidad que la mujer registre el número de movimientos de su hijo durante un espacio de tiempo

¿Son precisos algunos cuidados especiales en el posparto?

Una vez dado a luz NO se necesitará la administración de insulina.

Es recomendable la LACTANCIA MATERNA.

Tres meses tras el parto, o una vez finalizada la lactancia si es el caso, la mujer debe hacer un análisis con una curva de glucosa de 2 horas para determinar el estado del metabolismo hidrocarbonado. Éste puede ser: normal, de glucemia basal alterada y/o intolerancia a la glucosa (prediabetes) o de diabetes establecida.

¿Es necesario a largo plazo algún tipo de control en la mujer que ha tenido una diabetes gestacional?

Las revisiones serán periódicas cada 1 ó 2 años dado el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

Si desea tener otro hijo la posibilidad de tener diabetes en otro embarazo es de un 30% aproximadamente. En caso de otro embarazo comunique a su tocólogo el antecedente de diabetes gestacional.

Para prevenir la posible aparición de diabetes en el futuro, es muy importante el control del peso, debiendo corregirse la obesidad si estuviera presente

RECOMENDACIONES EN EL EMBARAZO CON DIABETES GESTACIONAL



ENDOCRINOLOGÍA Y
NUTRICIÓN

¿Qué es la diabetes gestacional?

Es una alteración en la utilización del azúcar procedente de los alimentos que se pone de manifiesto durante el embarazo, especialmente a partir de su segunda mitad. La diabetes gestacional es más frecuente a partir de los 30 años, si hay obesidad, antecedentes familiares de diabetes, antecedentes de diabetes gestacional, mortalidad fetal o partos macrosómicos (niños de peso elevado).

Esta diabetes suele finalizar con el embarazo, si bien existe un riesgo aumentado de diabetes tipo 2 tras el parto, de forma precoz en la madre y también en la descendencia adulta.

¿Cómo puede la diabetes afectar a mi organismo?

Existe una mayor tendencia a desarrollar infecciones urinarias y vaginales e hipertensión arterial o preeclampsia. En casos aislados pueden presentar aumento del líquido amniótico y esto puede a veces favorecer la presencia de partos prematuros.

A veces, y para prevenir complicaciones en relación con la salud fetal, suele programarse el parto una semana antes de la fecha probable.

Al tener en ocasiones hijos de gran tamaño (macrosómicos) la terminación del embarazo puede precisar de cesárea para prevenir traumatismos del niño durante el parto.

¿Cómo puede la diabetes gestacional afectar a mi hijo?

- Macrosomía o aumento de peso en el alumbramiento (superior a 4 kg). Como consecuencia de la diabetes, la glucosa materna en exceso pasa al feto y estimula su páncreas, con lo cual segrega abundante cantidad de insulina que contribuye a incrementar el crecimiento fetal.

- Traumatismos. Debido al excesivo tamaño fetal.

- Hipoglucemia neonatal. Al nacer, se interrumpe el paso de glucosa desde la madre al feto y éste, que continúa consumiendo glucosa debido a su exceso de insulina, puede encontrarse con niveles excesivamente bajos de glucosa (hipoglucemia).

- Ictericia neonatal. La presencia de bilirrubina elevada (ictericia) suele ser algo más frecuente que entre población no diabética.

¿Cómo se trata la diabetes durante el embarazo?

El tratamiento consta de tres elementos fundamentales:

1. Realización de una dieta o régimen de comidas adecuado
2. Práctica moderada de ejercicio físico
3. Utilización de insulina si la dieta no es suficiente.

La administración de insulina puede condicionar en alguna paciente, como efecto secundario, la aparición de hipoglucemia o descenso de los niveles de glucosa en sangre por debajo de los niveles normales. Esta situación suele venir condicionada por disminución de la toma de alimentos, exceso de insulina administrada falta de acoplamiento horario entre la toma de alimentos y la administración de insulina o ejercicio físico en exceso. Se pone de manifiesto por la presencia de mareos, temblor, sensación de hambre, palpitaciones, sudoración, molestias que suelen ceder con la toma de azúcar o hidratos de carbono de absorción rápida (fruta). De ahí que sea recomendable que toda mujer con diabetes gestacional tratada con insulina lleve azúcar consigo.