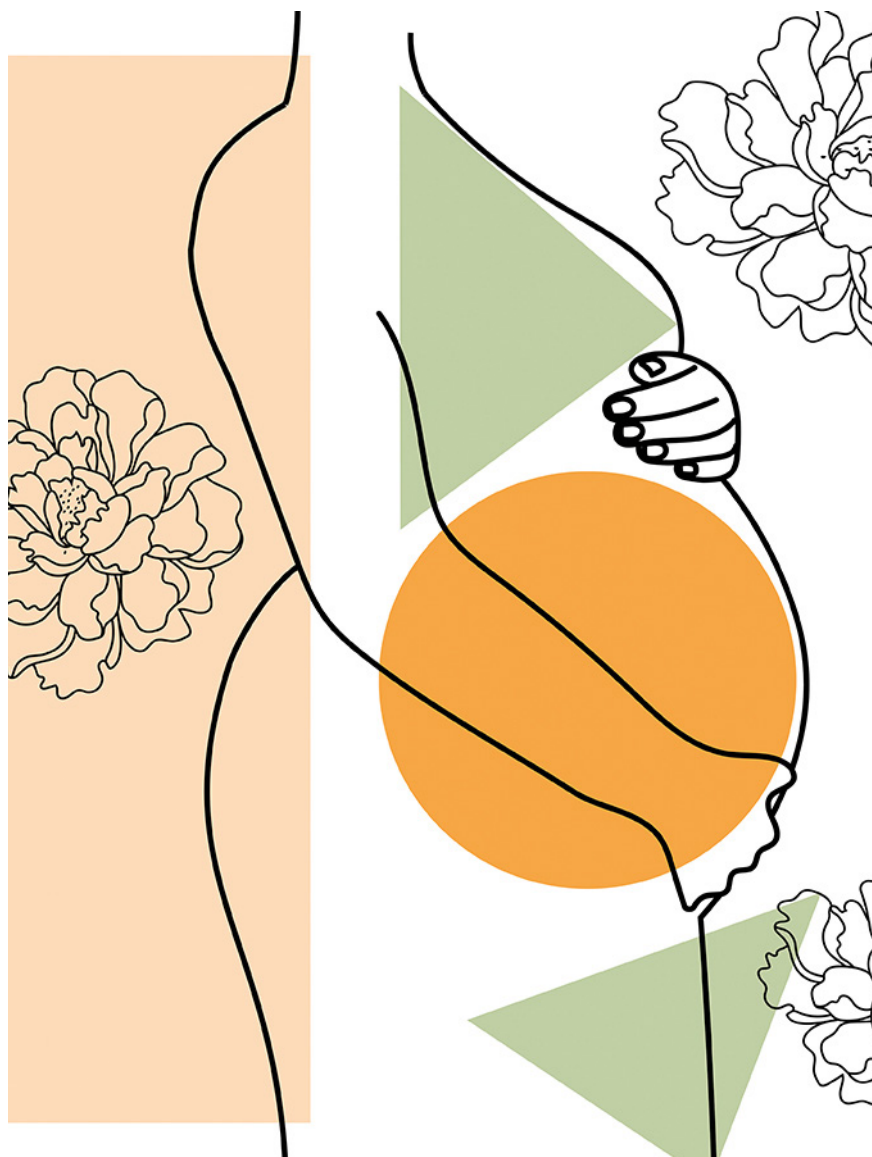


**Dra. Verónica Perea**

Endocrinóloga del Hospital Universitari Mútua de Terrassa
Responsable de la consulta de diabetes y gestación
Miembro del Grupo Español de Diabetes y Embarazo de la SED

¿Cómo abordar las barreras en el control preconcepcional en la mujer con diabetes?



La diabetes es una enfermedad crónica que puede iniciarse en edades muy tempranas por lo que acompaña a la persona en múltiples etapas importantes de su vida. Y una de esas etapas es sin duda el embarazo. Ésta es una etapa crítica tanto para la madre como para su bebé en el que se requiere que los niveles de glucosa no sólo sean buenos, sino que deben ser excelentes. Es decir, deben ser lo más parecidos a los niveles de glucosa que tendría una mujer sin diabetes. Los datos disponibles hasta la fecha nos indican que, aunque las mujeres embarazadas con diabetes tienen mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo como la preeclampsia o la macrosomía, estos riesgos disminuyen si el control metabólico es bueno.

EL TIEMPO SÍ IMPORTA

En general, la mujer se da cuenta de que está embarazada cuando está de 4-6 semanas, incluso más si tiene ciclos menstruales irregulares. Uno se podría plantear que al ser sólo unas pocas semanas de embarazo (4-6 semanas de un total de 40 semanas), en el mismo momento de conocer el resultado del test de embarazo podemos empezar a optimizar el control glucémico. Pero la realidad es bien diferente. De hecho, esas primeras semanas de embarazo (lo que se llama etapa embrionaria) son claves en el pronóstico de la gestación. En esos primeros días-semanas el embrión cambia muy rápido y se empiezan a formar lo que serán los órganos y la placenta. Por todo ello, es una etapa altamente vulnerable a factores externos. El embrión necesita glucosa para su »

TABLA. OBJETIVOS DEL CONTROL PRECONCEPCIONAL

✓ Optimización del control glucémico
✓ Revisar si existen complicaciones relacionadas con la diabetes
✓ Establecer tratamientos con fármacos de eficacia y seguridad comprobadas durante la gestación
✓ Iniciar suplementación vitamínica (ej. ácido fólico)
✓ Abordar si existen otras enfermedades o consumo de tóxicos (ej. tabaco) que puedan tener una repercusión negativa durante el embarazo
✓ Recomendación de medidas que vayan dirigidas a conseguir un peso óptimo antes del embarazo

» Formación, no obstante, cuando estos niveles son más altos de lo normal se convierten en tóxicos repercutiendo negativamente en su desarrollo. De hecho, la hiperglucemia en las primeras semanas de embarazo se ha asociado a complicaciones tan graves como la aparición de malformaciones congénitas o la muerte fetal.

QUÉ ES EL CONTROL PRECONCEPCIONAL

Por todo lo mencionado anteriormente, se recomienda que toda mujer con diabetes que quiera empezar a buscar un embarazo lo comente con su equipo diabetológico habitual y este remita, siempre que sea posible, a la consulta de control pregestacional.

Los aspectos que se abordan durante la consulta de control pregestacional van más allá del control glucémico. Tal y como se muestra en la tabla, la planificación pregestacional tiene como objetivo valorar a la mujer con diabetes de manera global para poder llegar a la gestación en las mejores condiciones posibles.

BARRERAS EN EL CONTROL PRECONCEPCIONAL

Los beneficios de la planificación del embarazo son conocidos desde hace años, pero si revisamos cuántas de las mujeres con diabetes finalmente realizan un control preconcepcional, vemos que los datos son muy pobres. Sólo una de cada dos mujeres con diabetes tipo 1 realizan control pregestacional, descendiendo a sólo una de cada cuatro en las mujeres con diabetes tipo 2.

Aunque existe múltiples factores que pueden explicar estas cifras, en las siguientes líneas revisaremos cuales son las barreras que

con más frecuencia se dan y que hace que no todas las mujeres con diabetes acudan a la consulta de control preconcepcional.

LO QUE NO SE CONOCE, NO EXISTE

Este es uno de las principales barreras que nos encontramos. Un 30-40% de las mujeres con diabetes tipo 1 y hasta un 45-50% de las mujeres con diabetes tipo 2 no saben que los niveles alto de glucosa en sangre en las etapas precoces del embarazo puede conllevar un mayor riesgo para el bebé. Y estas cifras son todavía mayores si nos centramos en adolescentes: tres de cada cuatro mujeres desconoce la importancia de la diabetes durante el embarazo. Por lo que, si no sabemos la importancia del control glucémico durante el embarazo, tampoco nos podemos plantear hablar del tema con nuestro profesional sanitario.

FALTA DE PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO

En la mitad de los embarazos que no se ha realizado control pregestacional, la principal causa ha sido la ausencia de planificación de éste. Existen datos que nos indican que aquellas mujeres con una renta familiar más baja son las que con mayor frecuencia no planifican el embarazo. Estos factores socio-económicos son difícilmente modificables, pero existen otros en los que existe mayor margen de maniobra. Un ejemplo de ello es la contracepción. A pesar de que sabemos que los métodos de anticoncepción disponibles para las mujeres con diabetes son los mismos que para las mujeres sin diabetes, a día de hoy todavía existen falsos mitos sobre su seguridad. De hecho, entre un 20-40% de las mujeres con diabetes piensa que tiene los métodos anticonceptivos que pueda utilizar son limitados.

LOS ASPECTOS QUE SE ABORDAN DURANTE LA CONSULTA DE CONTROL PREGESTACIONAL VAN MÁS ALLÁ DEL CONTROL GLUCÉMICO. LA PLANIFICACIÓN PREGESTACIONAL TIENE COMO OBJETIVO VALORAR A LA MUJER CON DIABETES DE MANERA GLOBAL PARA PODER LLEGAR A LA GESTACIÓN EN LAS MEJORES CONDICIONES POSIBLES

**LA MUJER CON DIABETES DEBE DE TENER LOS CONOCIMIENTOS,
PERO SIN EL EMPODERAMIENTO QUE LE APORTA LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA,
TANTA INFORMACIÓN LE PUEDE SOBREPASAR SIENDO INCLUSO
CONTRAPRODUCTENTE Y GENERAR UNA MAYOR ANSIEDAD**



» PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN

En el manejo de la diabetes, uno de los pilares fundamentales es la existencia de una comunicación fluida y ágil entre el profesional sanitario y la persona con diabetes. Y esto también se debe trasladar a aspectos como la salud reproductiva. En muchas ocasiones existen tabús tanto por parte del profesional como de la persona con diabetes que no permiten hablar con franqueza del tema. Ya no sólo de si se desea tener hijos, sino en otros aspectos del día a día como por ejemplo sobre cómo gestionar ser portador de bomba de insulina y mantener relaciones sexuales.

Más allá de los tabús, existen problemas de comunicación relacionados con la logística. La preparación del embarazo conlleva aumentar el número de visitas médicas y esto en ocasiones puede ser difícil de compaginar con las obligaciones laborales y familiares. Esto se agrava más cuando ya se tiene otro hijo. No hay que olvidar que, a día de hoy, gran parte de los cuidados de la familia recae sobre la mujer.

LA MEMORIA NOS JUEGA MALAS PASADAS

La gran mayoría de los profesionales sanitarios, trabajen directamente o no con embarazadas, son conocedores de la importancia de la preparación del embarazo en la mujer con diabetes. Cuando a estos profesionales se les pregunta directamente si hablan del tema en la consulta, uno de cada dos responde afirmativamente. No obstante, cuando se revisan las historias clínicas vemos que la realidad es que esto sucede sólo en uno de cada diez. Es decir, los profesionales sanitarios tenemos la percepción errónea de que habla-»



» mos del tema más de lo que realmente lo hacemos.

Un dato curioso que se observa en la mayoría de los estudios que hablan de embarazo en diabetes es que, las mujeres que no planifican suelen ser aquellas que ya tienen hijos, incluso si en el embarazo anterior han tenido una complicación grave. ¿Y por qué? El cerebro de la mujer sufre cambios durante la gestación para adaptarse a la nueva situación y esto explicaría, en parte, que en el postparto la mujer tenga una percepción diferente de cómo realmente ha sido la gestación.

COMO DESTRUIR ESTAS BARRERAS

La educación terapéutica es el pilar fundamental en el tratamiento de la diabetes en las personas con diabetes. Por ello, igual que en los programas estructurados se habla sobre ejercicio o dieta, es indispensable incluir aspectos relacionados con la planificación familiar y la salud sexual. La mujer con diabetes debe de tener los conocimientos, pero sin el empoderamiento que le aporta la educación terapéutica, tanta información le puede sobrepasar siendo incluso contraproducente y generar una mayor ansiedad.

Y para evitar que la memoria nos juegue malas pasadas, es importante que los temas relacionados con la planificación familiar se traten de manera periódica y por los diferentes profesionales sanitarios (educadores en diabetes, endocrinólogos, médicos de atención primaria, pediatras-diabetólogos, etc.) a lo largo de la etapa fértil de una mujer con diabetes.

En conclusión, aunque siempre habrá factores que no podemos controlar y/o modificar, una comunicación fluida profesional-paciente es la clave para romper estas barreras. **D**

BIBLIOGRAFÍA

- Hendrieckx et al. Diabetic Medicine. 2021;38:e14521
- Charron-Prochownik et al. Diabetes Educ 2006;32(2):235-42
- Sereika et al. Diabetes Care 2016;39(12):2197-2203
- Morrison et al. Diabetes Res Clin Pract. 2018; 142:269-275
- Klingensmith et al. Diabetes Care 2016, 39(1):122-9
- Magdelano et al. Endocr Pract 2020; 26(2):226-234
- Tennant et al. Diabetes Care 2015;38(4):610-619
- Dietz et al. Matern Child Health J 2014;18:2489-2498