

RECUERDE QUE...

La colaboración entre la madre y el equipo sanitario es la mejor garantía de conseguir un embarazo sin riesgos.



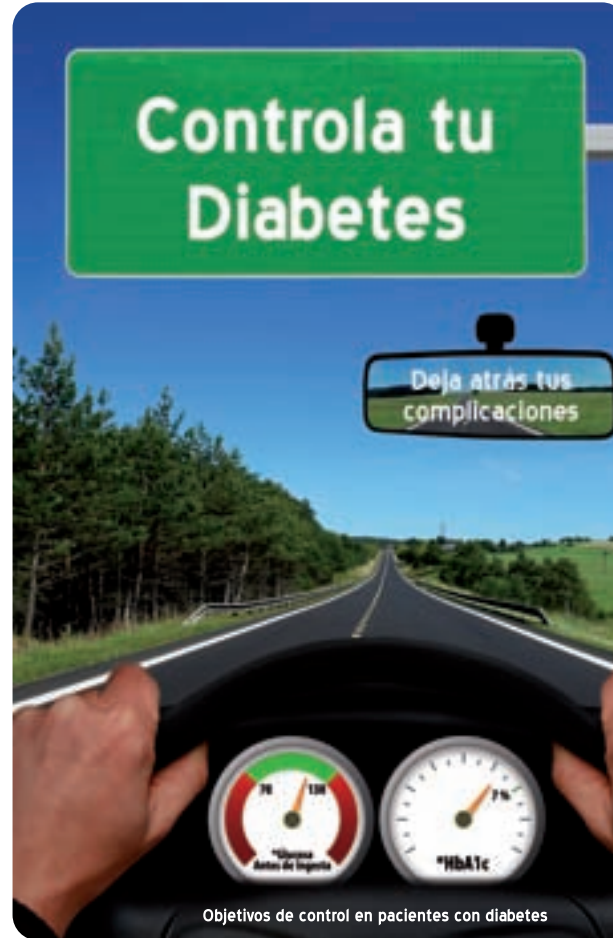
La información contenida en estos folletos es complementaria a las recomendaciones impartidas por los profesionales sanitarios, en ningún caso sustituye a éstas.

27409-07/10



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES

GRUPO DE ESTUDIO SOBRE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA



Objetivos de control en pacientes con diabetes

*Diabetes Care, Volumen 33, Suplement 1, January 2010



Avda. del Maresme, 120 - 08918 Badalona (Barcelona)
Tel. 93 507 10 00 - Fax. 93 278 02 15
Tel. Atención al Cliente:
935 071 044 - 902 301 334
www.menarinidiag.es
www.diabetesmenarini.com

The human touch of technology

DIABETES

Embarazo



CONTROL PRECONCEPCIONAL

El embarazo debe planificarse. **El buen control de la glucosa** (hemoglobina glicosilada menor de 7%) **en la concepción y primeras semanas de la gestación** contribuye a que el riesgo de malformaciones congénitas no sea superior al de la población general, ni aumente el riesgo de abortos.



Un control glucémico óptimo requiere aprender a manejar el tratamiento en la vida cotidiana (alimentación, ejercicio e insulina). Es imprescindible la medición de la glucosa capilar varias veces al día.

En mujeres con cualquier forma de diabetes **no es aconsejable el embarazo hasta conseguir un control óptimo.**

EMBARAZO

Durante el embarazo es necesario un ajuste continuo de la pauta de insulina. En las primeras semanas de gestación, la glucosa tiende a bajar y las necesidades de insulina pueden ser menores. A partir de la mitad

del embarazo las necesidades de insulina aumentan. La alimentación debe adaptarse a las necesidades del embarazo.

La hiperglucemia favorece el exceso de peso en el feto (**macrosomía**) que puede dificultar el parto y ocasionar **hipoglucemia** en el recién nacido. **Cuanto mejor sea el control glucémico menor riesgo de complicaciones.**

Si la embarazada ya tiene complicaciones crónicas de la diabetes (retinopatía, nefropatía), éstas pueden empeorar transitoriamente durante la gestación, pero no se modifica la evolución a largo plazo. Un buen control preconcepcional ayuda a prevenir la progresión de estas complicaciones durante el embarazo.

PARTO

Lo habitual es que el parto sea normal (no siempre es cesárea) y se puede utilizar la anestesia epidural.

En el parto la glucemia será controlada por el equipo sanitario con la insulina en sueros. El bebé requerirá inicialmente vigilancia pediátrica para asegurar que no aparece

hipoglucemia ni otras complicaciones transitorias (ictericia, poliglobulia, hipocalcemia, etc).

LACTANCIA

La diabetes no es ningún problema para iniciar una **lactancia precoz.**

La lactancia materna conlleva importantes beneficios para la madre y para el hijo, contribuye a estrechar el vínculo materno-filial.

Después del parto, el buen control de la glucosa materna asegura que la lactancia se produzca con éxito. Los cambios hormonales tras el parto pueden hacer que se necesite incluso menos insulina que antes del embarazo.

El cuidado del bebé no ha hecho más que empezar, así que su nacimiento no debe ser una excusa para descuidar el control de la diabetes. Es aconsejable consultar con el profesional qué método anticonceptivo utilizar y desde cuándo.