

Diabetes y Embarazo

Ponente: *García-Triviño*

Introducción

Nuestra aportación a este Symposium, *debe* ser breve en atención a necesidades de programación, pero además, *puede* ser breve en atención al estudio tan completo que del tema diabetes, han hecho ya los ponentes ilustres que nos han precedido en el uso de la palabra, sobre todo, en lo referente a fisiopatología de la enfermedad. Nosotros podremos así, fácilmente, ceñirnos a nuestro tema y darle además, un carácter fundamental clínico y obstétrico. Es al fin, lo que se nos pide: *Rapidez y eficacia*. Así es la obstetricia.

Prólogo

Walker cayó sin duda en el sano optimismo subsiguiente a toda conquista terapéutica sensacional, cuando a los 5 años de que Bannting y Best pusieran en nuestras manos la que caracterizó el primer cuarto de siglo, asegurando: "Hoy día no hay motivo para que la joven diabética renuncie a los goces de la maternidad y para que bien tratada, no vea nacer vivos y sanos a

sus hijos y ella atraviese sin riesgos especiales, los avatares de su gestación y de su parto".

Efectivamente: a pesar de cuanto la insulina ha significado para el diabético en general y para la gestante diabética en particular, beneficios que la Humanidad no agradecerá nunca en la justa medida. Aunque con ella, las cifras aterradoras de mortalidad materna e infantil de la época preinsilínica hayan bajado y con mucho, aún hoy, no menos de 2-3 % de gestantes diabéticas sucumbe (bien por accidentes metabólicos agudos, por gestosis —tan frecuentemente asociada a la diabetes—, por las incidencias distócicas que el macrosoma fetal acarrea o por sepsis que aún hoy, amenaza a estas mujeres en su puerperio). Y que no menos de un 20-30 % de frutos se pierden (bien por interrupción de la gestación, por malformaciones, hidramnios, hidrops fetal, hipermadurez e incluso tras al nacimiento, muchos de estos "gigantes débiles" mueren por accidentes metabólicos agudos, infecciones sobreagudas o

diabética. El que la diabetes sea menos frecuente en la mujer joven y el que sólo el 5 % de las mujeres diabéticas en edad de concebir, se haga gravida, condiciona esa baja frecuencia de los casos de diabetes y embarazo.

Diagnóstico: Los síntomas clásicos de la diabetes están enmascarados en la gestación por los síntomas propios de ella. Incluso el que la embarazada tenga apetito lo considera de buen augurio, como la poliuria, máxime cuando sabe que en los embarazos "malos" la mujer orina poco. Su laxitud, su apatía, su cansancio..., cosas del embarazo. Otra cosa ocurre cuando la mujer ha tenido varios hijos muertos antes o después de nacer (a lo que siempre en la anamnesis daremos todo su valor), sobre todo, si nos habla de fetos grandes. Por todo, la mayor parte de las veces el diagnóstico se inicia cuando en el examen rutinario de la orina nos encontramos cuerpos reductores de los reactivos de las hexosas. Una vez que descartemos la lactosuria del final de la gestación y las glucosurias normoglicémicas, llamadas "renales" y de patogenia tan discutida y discutible (a veces sólo presagio de diabetes verdaderas unos años después) será la glicemia elevada y las pruebas de sobrecarga las que harán el diagnóstico. No creemos que la prueba del rastinon intravenoso, sea útil en el embarazo ni exenta de riesgos al menos para el feto (hipoglicemias

bruscas). No entró en nuestra práctica.

Pronóstico: En general, siempre grave para la madre y gravísimo para el fruto. La clínica y el laboratorio, nos permiten establecer dos grados de gravedad y en los que podemos catalogar a las enfermas.

Grado I o menos grave: Mujeres aún jóvenes, con menos de 35 años, en los que es dado suponer que la enfermedad data en sus comienzos de menos de diez años. Ausencia de antecedentes obstétricos distócicos y de muertes fetales. Curso normal de su embarazo. Aumento del peso proporcional al progreso de la gravidez y no disminución del mismo. Glucosurias moderadas y glicemias basales no superiores al 2 por 1.000 y ambos datos influenciados por la insulina e influenciados de modo concordante con las dosis, sin fluctuaciones extremas. No acidosis. Ausencia de signos de arteriopatía y nefropatía diabéticas, con fondo de ojo normal, sin hipertensión, sin aumento de la azotemia. La placenta de estas mujeres mantiene un funcionamiento normal siendo normales en ellas las eliminaciones de gonatropina, de estrógenos y de pregnandiol, con citología vaginal normal, de gestación normal, con basofilia acusado y abundantes células naviculares.

Grado II o más grave: Se trata de mujeres de más de 35 años, cu-

asfixiados por la membrana hialina). A pesar de la insulina, el enemigo sigue en pie y es preciso continuar la lucha. El peligro se ha atenuado, pero no ha desaparecido.

En esa lucha, la insulina seguirá siendo en el embarazo, la piedra fundamental del tratamiento, pero en órbita con ella han de actuar otros muchos elementos que el progreso médico sigue poniendo en nuestras manos: mejor conocimiento de la fisiopatología del metabolismo gúcido. Aplicación más racional de la dietética durante la gestación. Vigilancia más estrecha de la gravida con una profilaxis más efectiva de la gestosis. Uso de esteroides hormonales —estrógeno-progesterona— como coadyuvante insulínico. Protección antibiótica en el puerperio. Cambio del criterio obstétrico en lucha contra el parto lento —base de acidosis materna, de choque, hemorragias atónicas en un útero sin reservas de glucogeno y base del sufrimiento fetal. De la conducta expectante de antaño, pasando al parto dirigido y rápido de ogaño. Liberalidad en la interrupción prematura y más, a término, incluso con cesárea en las últimas semanas en los casos indicados, todo al amparo de perfeccionamientos anestésicos, técnicos y protección antibiótica. Mejor asistencia al recién nacido, en esa nueva rama de la puericultura, la neonatología. En fin, un nuevo concepto asistencial: medicina de equipo, en la que tocólogo, endocrinó-

logo y puericultor en perfecta armonía y en perfecto ensamblaje con el analista y el anesthesiólogo, renunciando al éxito personal que sólo se alcanzaría con riesgos de quien pone en nuestras manos su vida y la vida de su hijo.

Con esa gama de elementos de lucha, es posible que pronto no consideremos optimista el aforismo de Walker.

Divagaciones sobre fisiopatología

Poco puede añadirse a lo que habeis oído, pero concretando en nuestro tema, digamos que “algo” más que la diabetes influye en la esterilidad y en la infertilidad: la hipótesis disfuncional, que crean ellas y la diabetes también. En la gestante diabética, algo más que el dismetabolismo, debe condicionar tanto mal a madre y feto: la placenta diabética, disfuncional también, por mal nutrida y peor oxigenada en la diabética. Ahora ella es el “centro endocrino” de la perturbación. Estudiándola mejor quizás encontremos explicación a todo: gestosis, embriopatía diabética, muerte intrauterina, gestaciones prolongadas, etc., etc. No podemos extendernos más; quede esta afirmación como “hipótesis de trabajo” y ya investigadores afanosos, van tratando del tema que nos apasiona.

Aspectos clínicos

Frecuencia. — Afortunadamente, escasa. De cada mil gestantes en amplias estadísticas, sólo una es

la tortura de las frecuentes inyecciones.

A la diabética gestante se le tratará, pues, con "pan y con qué comerlo" y no con hambre. Hay que desterrar de la mente del médico práctico la idea de que glucosuria —aunque la mujer esté embarazada— es sinónimo de prohibir hidratos de carbono. Ya hemos visto algunas en graves acidosis por esto.

No tenemos experiencia de la estimulación de la insulina endógena con sulfanilurea —rápida o de depósito. Tenemos referencias de estadísticas favorables de la clínica universitaria del Profesor Bedoya. Es posible que en mujeres del grado I, pueda controlarse así su diabetes durante el embarazo, pero dejamos la elección al internista. Creemos personalmente que la insulina es insustituible, al menos, del todo durante el embarazo.

C) La administración de estrógenos, naturales o de síntesis y de progesterona, la consideramos indispensable si se inicia una gestosis, si la hubo ya en embarazos anteriores y hasta de modo profiláctico, dado además, la acción insulinoide de los estrógenos, muy estimulantes del trofismo celular y por tanto seguramente estimulantes del consumo periférico de la glucosa. Deben administrarse todo el embarazo.

Ch) Siguiendo el consejo de Bottella, creemos que días antes de la fecha señalada para el parto-espon-

táneo o inducido y más si se ha decidido o se teme cesárea— aumentar las reservas de glucógeno con 40 gramos más de H de C por día y 20 unidades más de la insulina que esté administrando. Asimismo, durante el parto y durante la cesárea, se administrará la glucosa en venoclisis, con dosis adecuadas de insulina, fragmentadas. Como asimismo durante el postoperatorio inmediato, hasta que pueda establecerse una alimentación adecuada. Hay que luchar y prevenir la desglucogenización y la acidosis de ayuno.

D) Muchas diabéticas y casi siempre las del grado I pasado el puerperio retornan a una estabilización metabólica. Es preciso ir atemperando la dietética y la insulinoterapia a esas circunstancias y si es posible, con determinaciones diarias de glucosuria y glicemia. Se acentuarán las precauciones y se estabilizará enérgicamente el metabolismo ante cualquier complicación séptica.

E) En general, proscibimos la lactancia o sólo la toleramos y muy vigilada, en la prematuridad y más, en la prematuridad impuesta en interés de la madre. Empleamos los estrógenos para inhibir la lactancia.

La conducta obstétrica se regirá por los siguientes postulados:

A. No somos nunca y en ningún caso, partidarios de las conductas SISTEMATICAS. Nos adaptamos a cada caso, o al menos a

asfixiados por la membrana hialina). A pesar de la insulina, el enemigo sigue en pie y es preciso continuar la lucha. El peligro se ha atenuado, pero no ha desaparecido.

En esa lucha, la insulina seguirá siendo en el embarazo, la piedra fundamental del tratamiento, pero en órbita con ella han de actuar otros muchos elementos que el progreso médico sigue poniendo en nuestras manos: mejor conocimiento de la fisiopatología del metabolismo glicídico. Aplicación más racional de la dietética durante la gestación. Vigilancia más estrecha de la gravida con una profilaxis más efectiva de la gestosis. Uso de esteroides hormonales —estrógeno-progesterona— como coadyuvante insulínico. Protección antibiótica en el puerperio. Cambio del criterio obstétrico en lucha contra el parto lento —base de acidosis materna, de choque, hemorragias atónicas en un útero sin reservas de glucogeno y base del sufrimiento fetal. De la conducta expectante de antaño, pasando al parto dirigido y rápido de ogaño. Liberalidad en la interrupción prematura y más, a término, incluso con cesárea en las últimas semanas en los casos indicados, todo al amparo de perfeccionamientos anestésicos, técnicos y protección antibiótica. Mejor asistencia al recién nacido, en esa nueva rama de la puericultura, la neonatología. En fin, un nuevo concepto asistencial: medicina de equipo, en la que tocólogo, endocrinó-

logo y puericultor en perfecta armonía y en perfecto ensamblaje con el analista y el anesthesiólogo, renunciando al éxito personal que sólo se alcanzaría con riesgos de quien pone en nuestras manos su vida y la vida de su hijo.

Con esa gama de elementos de lucha, es posible que pronto no consideremos optimista el aforismo de Walker.

Divagaciones sobre fisiopatología

Poco puede añadirse a lo que habeis oído, pero concretando en nuestro tema, digamos que "algo" más que la diabetes influye en la esterilidad y en la infertilidad: la hipófisis disfuncional, que crean ellas y la diabetes también. En la gestante diabética, algo más que el dismetabolismo, debe condicionar tanto mal a madre y feto: la placenta diabética, disfuncional también, por mal nutrida y peor oxigenada en la diabética. Ahora ella es el "centro endocrino" de la perturbación. Estudiándola mejor quizás encontremos explicación a todo: gestosis, embriopatía diabética, muerte intrauterina, gestaciones prolongadas, etc., etc. No podemos extendernos más; quede esta afirmación como "hipótesis de trabajo" y ya investigadores afanosos, van tratando del tema que nos apasiona.

Aspectos clínicos

Frecuencia. — Afortunadamente, escasa. De cada mil gestantes en amplias estadísticas, sólo una es