

Riesgo preconcepcional en la mujer diabética

Preconception risk in diabetes woman

Riesgo reproductivo es la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción. Existen varios factores de riesgo reproductivo, que no son más que características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales y económicas asociadas a una probabilidad incrementada de experimentar un daño durante el proceso reproductivo (en ocasiones para la salud de la embarazada, en otras para el producto de la gestación y en ocasiones para ambos). Estos factores pueden ser identificados antes de producir el daño, lo cual permite incidir sobre estos con acciones de salud que los eliminen, modifiquen o, al menos lo controlen.

Con la consulta del riesgo preconcepcional se logra promover la salud de la mujer y de su descendencia, se ha demostrado su utilidad en el descenso de la morbilidad y mortalidad materna e infantil.

Mediante la consulta de riesgo preconcepcional se evalúan los factores que pueden dificultar la concepción y el posterior desarrollo del embarazo, con lo cual se actúa sobre ellos y se disminuye su incidencia.

Realmente toda mujer en edad reproductiva en nuestras áreas de salud, debiera beneficiarse al menos de consejos preconcepcionales y debiera ser interrogada sobre su deseo de embarazo en el próximo año. La dificultad en ocasiones radica en conocer con seguridad, cuáles deben ser los consejos o intervenciones que están seguramente avalados por la evidencia. Según unanimidad de criterios, existen específicas intervenciones avaladas por la evidencia clínica:

1. Recomendar suplementación de ácido fólico.
2. Vacunación contra la rubéola.
3. Control metabólico preconcepcional de la diabetes.
4. Control del hipotiroidismo.
5. Vacunación contra la hepatitis B en las mujeres a riesgo.
6. Detectar y tratar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. (sida)
7. Detectar y tratar las infecciones de transmisión sexual. (ITS)

8. Conocer y manejar los anticoagulantes orales.
9. Conocer y manejar las drogas antiepilépticas.
10. Detener el hábito de fumar.
11. Eliminar el consumo de alcohol.
12. Actuar sobre la obesidad y el sobrepeso.

No existen dudas con respecto al epígrafe número 3, de que las anomalías congénitas ocurren con mayor frecuencia en los recién nacidos de madres diabéticas que en los recién nacidos de población control, hecho demostrado no solo por la literatura internacional, sino también documentado en el Servicio Central de diabetes y embarazo en nuestro país. En estudios de animales de laboratorio, las anomalías pueden ser inducidas *in vivo* e *in vitro*, creando las condiciones similares a aquellas de la diabetes. También está claro que en el embarazo humano las anomalías estructurales mayores han ocurrido para el momento en que la organogénesis se ha completado (6-8 sem después de la concepción o 8-10 sem después del último período menstrual).

Estudios realizados con determinaciones de hemoglobina glucosilada durante el 1er trimestre del embarazo (tanto en la literatura extranjera como nacional), han demostrado una significativa relación entre pobre control metabólico en la embarazada diabética y una mayor frecuencia de anomalías congénitas.

Un número importante de series casos-contróles han demostrado que al alcanzar un control metabólico normal o cercano a la normalidad antes del embarazo ha logrado reducir la frecuencia de dichas anomalías.

Basado en los resultados de comunicaciones emitidas al respecto por centros internacionales, se dio inicio en 1987 a una consulta experimental preconcepcional de atención a las diabéticas tipo 1 ó 2 con deseos de un embarazo en el Centro de atención al diabético del Instituto Nacional de Endocrinología bajo el impulso del Profesor Antonio Márquez Guillén, con cobertura de atención a las diabéticas de las áreas de salud Plaza de la Revolución, se extendió posteriormente a cubrir las áreas de salud de Centro Habana.

Posteriormente y basado en los resultados alentadores obtenidos, nuestro Ministerio de Salud Pública realizó una fuerte inversión y se obtuvieron Glucómetros, tiras reactivas para determinaciones de glucemia y kits para determinaciones de hemoglobina glucosilada (A1), los cuales se pusieron en manos de los Grupos de diabetes y embarazo, en cada una de las provincias del país (previamente entrenados), para la atención de las mujeres con diabetes tipo 1 ó 2 y deseos reproductivos. A solicitud del Profesor Evelio Cabezas estas consultas de control preconcepcional se incluyeron en las consultas de Riesgo reproductivo preconcepcional ya existentes.

La frecuencia de asistencia a esas consultas en las pacientes diabéticas pregestacionales del Servicio Central de diabetes y embarazo se ha comportado de la siguiente forma: en el primer quinquenio la frecuencia solo fue de 11,2 %, la cual se elevó en el 2º a 12,6 %, en el 3º se logró el 20,2 %, pero aún en el 4º y último quinquenio analizado solo ha sido del 28,4 %.

Debemos recordar, en este punto, que en el Anuario Estadístico de nuestro Ministerio de Salud 2008, la 2da. causa de muerte en menores de 1 año resultaron las malformaciones congénitas, y es por ello lógico preguntarse: ¿Qué contribución habrá provocado ese 72 % de embarazadas diabéticas pregestacionales de nuestras áreas que no concurrieron a la consulta de riesgo reproductivo pregestacional? y que cuando son interrogadas acerca del por qué no asistieron, la respuesta unánime es: no lo sabía, nadie me informó o no fui remitida. De ello se desprende que la batalla no estará ganada hasta que la Atención Primaria, los endocrinólogos, los internistas y las propias pacientes y sus familiares comprendan la necesidad de un exquisito control de la diabetes antes del embarazo y en las primeras semanas de la gestación, que por lo tanto sean remitidas y asistan a la consulta de RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL.

Dr. C. *Lemay Valdés Amador*

Investigador de Mérito