

AÑO 4 N° 19



DIABETES

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SEMERGEN

Por sólo
2,50€
2,65€ en Canarias



AUTOANÁLISIS
*¿Para quién está
recomendado?*

Otros tipos de diabetes

**¡NO TODAS SON
DM1 Y DM2!**

PERDER PESO

LA MEJOR MEDICINA
PREVENTIVA

BUSCANDO EL EMBARAZO

**Reproducción
asistida y diabetes**

¿QUÉ DEBES TENER
EN CUENTA?



00019

8 401100 008507

UN BAILE POR TU SALUD, UN EJERCICIO CON GRANDES BENEFICIOS



DIABETES

AÑO 4 Nº 19. Abril 2018

Directora Médica
Dra. Celia Cols

Comité Editorial
Dr. José Mancera Romero y Dra. María Paz Pérez Unanua

Directora Editorial
Sonsoles García Garrido
sonsoles@grupoicm.es

Director de Arte
Santiago Plana Giné
santiago@grupoicm.es

Redacción
María S. García
diabetes@grupoicm.es

Maquetación
Ángeles García Vázquez
angeles@grupoicm.es

Secretaría de Redacción
Iryna Shcherbyna
iryna@grupoicm.es

Publicidad
Carmen Paramio
carmenp@grupoicm.es
Telf.: 699 486 576

Colaboran en este número
María Paz Pérez Unanua, Laia Homedes,
Francisco Morales, Javier Andrés Vera,
Muntsa Queralt y Jorge Acero Arteaga.



Edita
Grupo ICM
Avenida de San Luis, 47
28033 Madrid
Tel.: 91 766 99 34
Fax: 91 766 32 65

E-mail: diabetes@grupoicm.es
www.grupoicm.es

Director General
Ángel Salmador Martín
salmador@grupoicm.es

Director Comercial y Producción
Juan Carlos Collado
publicidad@grupoicm.es

Administración
África Hernández Sánchez
africa@grupoicm.es

Impreso en España
Depósito legal: M-18872-2015
ISSN: 2444-3611

El Consejo de Redacción de **SALUD PLUS DIABETES** no se hace responsable de las opiniones publicadas por sus colaboradores. Prohibida la difusión total o parcial de los contenidos de esta publicación sin la autorización expresa de la editorial.

DIABETES EDITORIAL

CELIA COLS
Directora médica de SP Diabetes



El baile, un ejercicio cardiosaludable

La diabetes es una enfermedad muy prevalente, y en España casi un cuarto de la población tiene problemas con el metabolismo de la glucosa. Debido a esta elevada prevalencia, desde la revista Salud Plus Diabetes intentamos dar respuesta a preguntas frecuentes en personas con diabetes u otras alteraciones de la glucosa, esperando aumentar el conocimiento sobre el manejo, complicaciones, prevención y situaciones especiales en el día a día.

Hasta el momento son bien conocidas los dos principales tipos de diabetes: la diabetes tipo 1, o insulinodependiente, con una base autoinmune y que aparece en personas jóvenes, y la diabetes tipo 2 que afecta a personas adultas y se asocia a obesidad y a una alteración en el comportamiento de la insulina a nivel periférico. Esta clasificación está cambiando, y últimamente están apareciendo nuevas clasificaciones de diferentes tipos de diabetes, que abrirá probablemente en un futuro no muy lejano una mejor adaptación del tratamiento en cada uno de los tipos de diabetes.

Durante este número realizaremos una revisión del pasado, presente y futuro de la diabetes, y cómo ha ido avanzando a lo largo de la historia. Sin olvidarnos que la base del tratamiento será siempre el conocimiento de la enfermedad por parte de los que la padecen, y la adopción de estilos de vida saludables y automanejo de la enfermedad. Dentro de la adopción de los

estilos de vida saludable no debemos olvidar la alimentación y el ejercicio físico. Esto nos puede llegar a plantear cómo podemos aumentar el nivel de ejercicio de forma divertida y rutinaria. ¿Os habéis planteado los beneficios del baile? ¡Descubrámoslos!

Y con el baile u otros ejercicios y una alimentación saludable, conseguiremos no tan solo controlar los niveles de glucosa en sangre, sino también disminuir el peso, otro de los objetivos en el control de la diabetes tipo 2, ya que la unión de obesidad y diabetes incrementa aún más las posibilidades de desarrollar una enfermedad cardiovascular.

Están apareciendo nuevas clasificaciones de tipos de diabetes que ayudarán a mejorar la adaptación del tratamiento

La adolescencia, una época ya complicada en personas sin enfermedades crónica puede llegar a ser aún más compleja en las personas con diabetes. Una buena relación de comunicación con los padres los años previos será esencial para conseguir un mejor abordaje en esta etapa.

El automanejo es esencial en cada una de las etapas de la enfermedad. El aumento de conocimientos y la respuesta a dudas que vayan apareciendo nos ayudará a crecer y a manejarlos mejor con esta enfermedad.

BUSCANDO EL EMBARAZO

¿Supone la diabetes un problema para los tratamientos de reproducción asistida?

Una diabetes bien controlada no tiene por qué afectar a la fertilidad. No obstante, en caso de tener que recurrir a la reproducción asistida, las mujeres con diabetes tienen unas condiciones particulares.

SONSOLES G. GARRIDO

Es una de las cuestiones que más preocupan a hombres y mujeres jóvenes que debutan en la diabetes: ¿podré tener hijos? O ¿mis hijos tendrán también diabetes? Pero lo cierto es que si la diabetes está bien controlada no tiene por qué afectar a la fertilidad, salvo que la mujer presente otras complicaciones o enfermedades relacionadas con la fertilidad, como es por ejemplo el síndrome de ovario poliquístico, que afecta a entre el 7% y el 12% de las mujeres con diabetes tipo 1.

Puesto que la diabetes por sí sola no es un factor que implique problemas de fertilidad, nos podemos centrar en aquellas mujeres que necesiten recurrir a un tratamiento de reproducción asistida para conseguir un embarazo. En estos casos la diabetes tampoco interfiere en el éxito del tratamiento, sino que la tasa de éxito es similar en personas con diabetes que sin esta enfermedad. No obstante, la diabetes sí predispone a ciertos

problemas que pueden interferir en la reproducción de forma natural, tanto en hombres como en mujeres.

DISFUNCIÓN REPRODUCTIVA Y DIABETES

Las mujeres con diabetes entre los 18 y 40 años suelen presentar alteraciones en el ciclo menstrual, de la ovulación y del número de embarazos.

► Ciclo menstrual y embarazo

Entre un 20 y un 40% de las mujeres con diabetes tipo 1 tienen irregularidades menstruales. Este hecho, posiblemente es debido a la variación de la sensibilidad a la insulina por el cambio de los niveles

de estrógenos. Algunas, en menor número, padecen hipoglucemia durante la regla.

Las mujeres con diabetes tipo 1 ovulan de la misma manera que las que no lo padecen, pero se quedan menos embarazadas (un 24% menos respecto a un grupo de control) y suelen tener menos niños que la media.

► Ovario poliquístico

El ovario poliquístico es una de las causas de disfunción reproductiva. Según diversos estudios entre el 7 y el 12 por ciento de las mujeres con diabetes tipo 1 tienen ovarios poliquísticos (el doble que la población general).

Se han observado más ovarios polifoliculares en mujeres sometida a tratamientos intensivos con insulina. Sin embargo, los niveles de AMH y FSH (marcadores de reserva ovárica) pueden ser normales.

► Perimenopausia y menopausia

En estudios anteriores a 2001, se asumía



En las pacientes con diabetes previa a la gestación que requieran técnicas de reproducción asistida debería evitarse la transferencia de más de un embrión ya que los riesgos, tanto para la madre como para su descendencia, son mucho mayores en cuando la gestación es gemelar.



que en las mujeres con diabetes, el periodo fértil se acortaba unos seis años y que la media de edad de la menopausia se cifraba en los 41.6 años. Sin embargo, los estudios más recientes no han llegado a demostrar este efecto, insistiendo en que una diabetes bien controlada no afecta a la vida reproductiva de una mujer.

► **Disfunciones reproductivas en el varón**

Varios estudios han observado una disminución de la fertilidad en el varón con diabetes sin que se encuentre cambios importantes en el seminograma. Eso sí, siempre se trata de varones con una diabetes mal controlada. Por eso, se ha constatado que los tratamientos y los controles más estrictos de la diabetes han mejorado el estado general de estos pacientes.

LA EDAD, EL PEOR ENEMIGO

A pesar de que muchas mujeres llegando los 40 años, o superándolos, se siguen viendo jóvenes y con ganas de tener un bebé, lo cierto es que no saben que tienen casi las mismas posibilidades de quedarse embarazadas con sus propios óvulos

Recomendaciones

- Es evidente la conveniencia de evitar la transferencia de más de un embrión en las mujeres con una diabetes conocida que requieran técnicas de reproducción asistida. Aunque esto suponga disminuir las posibilidades de éxito del procedimiento y la necesidad de repetir los ciclos. Los importantes avances realizados en las técnicas de vitroconservación de embriones permitirán repetir el proceso sin necesidad de nuevos ciclos de estimulación y recuperación de ovocitos.
- Las mujeres con diabetes y con embarazos gemelares espontáneos deben recibir asistencia obstétrica y endocrinológica especializada para prevenir y tratar las complicaciones asociadas y que el resultado del embarazo sea el deseado, y el mejor posible, para la mujer y sus hijos.

que sus madres o abuelas. Esto se debe a un hecho biológico que muchas desconocen: las mujeres nacen con una reserva ovárica de un millón de óvulos, que se van perdiendo en cada ciclo menstrual y cuya calidad desciende según pasan los años, de tal forma que a los 35 años solo queda en torno al 10% de esa cantidad de óvulos con la que nacemos y además son los de peor calidad.

Todos los médicos consultados se muestran unánimes: la tasa de embarazos con óvulos propios tras cumplir los 40 años se sitúa en el 5%. Por esa razón, los expertos

en reproducción aconsejan realizarse un estudio de fertilidad antes de los 35 años. A día de hoy, la vitrificación de óvulos cuando se es joven (mejor en torno a los 30) es la única vía para retrasar la maternidad y tener hijos sin necesidad de recurrir a óvulos donados por otra mujer.

PLANIFICAR, EL MEJOR COMIENZO

Cualquier pareja que planifique un embarazo debe de realizar una consulta previa al ginecólogo al inicio de la búsqueda del mismo, con el fin de conseguir



que este se produzca cuando la mujer se encuentre en el mejor estado de salud posible. En el caso de las mujeres con diabetes, las consultas previas a la gestación son fundamentales para que el proceso reproductivo finalice felizmente, tanto para la mujer como para su hijo, y en ellas deben participar distintos especialistas: endocrinólogos, ginecólogos, oftalmólogos, etc.

Hay que tener en cuenta que lo habitual es que una pareja que desea tener un hijo y que mantiene relaciones sexuales frecuentes tarde en embarazarse alrededor de un año. Si transcurrido este tiempo no se ha iniciado la gestación, es conveniente no esperar más y acudir a una consulta especializada en reproducción asistida para valorar el diagnóstico de una posible infertilidad e iniciar los estudios y tratamientos que requiera su caso.

INFERTILIDAD

La esterilidad es un problema presente en el 15% de las parejas, y la diabetes, tanto si afecta al varón como a la mu-



Más control

Teniendo en cuenta que para todas las mujeres la edad es un factor fundamental a la hora de conseguir un embarazo, en el caso de las mujeres con diabetes será esencial mantener un riguroso control de su enfermedad, tomando la medicación adecuada, haciendo un seguimiento regular de la glucosa en sangre y controlando el peso.

jer, puede hacer que este riesgo sea aún mayor. Las mujeres con diabetes tipo 2 que tienen deseos reproductivos son frecuentemente mayores, y la función del ovario disminuye de forma muy marcada y rápidamente a partir de los 40 años, aunque la mujer no perciba cambios importantes en sus reglas. Además, son muchos los casos en los que coexiste una obesidad, con o sin hipertensión, y alteración de los lípidos asociadas, y estos son factores con efecto negativo independiente sobre la fertilidad, ya que el aumento de grasa periférica interfiere en el proceso hormonal que se requiere para una correcta ovulación.

Por otra parte, las mujeres con síndrome de ovarios poliquísticos suelen ser obesas y tienen un riesgo elevado de padecer diabetes tipo 2. La esterilidad es una complicación frecuente en estas mujeres, ya que sus reglas suelen ser irregulares, con ciclos menstruales muy largos, y muchos de ellos anovuladores; es decir, el óvulo, aunque consiga madurar, no es capaz de romper la superficie del ovario, especialmente resistente, y alcanzar la trompa para ser fecundado.

5 puntos esenciales de la reproducción y la diabetes

- Las mujeres diabéticas con glucemias mal controladas tendrán más alteraciones del ciclo menstrual, hiperandrogenismo, oligomenorrea, disminución precoz de la reserva ovárica y menores posibilidades de quedarse embarazadas.
- Actualmente los pacientes que padecen de diabetes tipo 1 son muy ocasionales en la consulta de reproducción. El porcentaje de disfunción reproductiva en diabéticos es el mismo que el de la población general (17%).
- Retrasar la maternidad, es comprometer las posibilidades de obtener un embarazo y puede verse agravado por la diabetes.
- Un estilo de vida saludable es fundamental para mantener un estado reproductivo de buena calidad.
- Existe la posibilidad de preservar la fertilidad masculina y femenina mediante la congelación de los espermatozoides y la preservación de los óvulos. Infórmate en los centros de reproducción porque te puede facilitar la maternidad o paternidad en el futuro.

ATENCIÓN PROFESIONAL

El ginecólogo y el endocrino, consultados desde antes de planificar la gestación, pueden contribuir eficazmente a lograr que un número importante de pacientes obesas con dificultad para conseguir un embarazo mejoren su capacidad reproductiva ofreciéndoles información, apoyo y asistencia para que consigan eliminar el exceso de grasa periférica que favorece el deficiente funcionamiento de sus ovarios. La administración de metformina, un fármaco que mejora la sensibilidad a la insulina, tiene un efecto positivo sobre la fertilidad en las mujeres



con síndrome de ovarios poliquísticos y su uso podrá ser considerado.

Por mecanismos diferentes, pero con un efecto similar, las mujeres con diabetes tipo 1 también pueden tener mayor dificultad para quedarse embarazadas y, por tanto, deberán acudir a una consulta de reproducción humana. En algunos casos especiales de difícil control metabólico, puede plantearse la oportunidad de recurrir a estas técnicas de reproducción asistida sin esperar a que transcurra un año de búsqueda .

PRUEBAS NECESARIAS

Cuando una pareja consulta por infertilidad es necesario realizar una serie de estudios tanto en el hombre como en la mujer, que permitan determinar el factor o los factores que la condicionan. Estas pruebas podrán incluir estudios analíticos, valoraciones funcionales y/o procedimientos radiológicos, como la histerosalpingografía (una radiografía

con contraste que permite valorar el interior de la cavidad uterina y de la permeabilidad de las trompas de Falopio) o quirúrgicos, como la laparoscopia.

TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Después de haber valorado todo los posibles factores causales, podrá determinarse el tratamiento más oportuno, una vez que la pareja conozca la eficacia y los riesgos asociados a cada opción.

Los tratamientos de fertilidad pueden resultar “duros”, tanto por la presión psicológica que suponen, como por el efecto de la estimulación hormonal farmacológica requerida para estimular la ovulación y/o para preparar el útero para la recepción de los embriones obtenidos. Sin contar con la presión económica en caso de recurrir a clínicas especializadas fuera del régimen de la Seguridad Social.

► Inseminación artificial

Existen diferentes procedimientos, entre

los cuales la inseminación artificial es el más sencillo. Tras el diagnóstico inicial, se programa la estimulación ovárica y se realiza el control endometrial para determinar el momento idóneo para realizar la inseminación artificial que consiste en la colocación de una muestra de semen, previamente preparada en el laboratorio, en el interior del útero de la mujer con el fin de incrementar el potencial de los espermatozoides y las posibilidades de fecundación del óvulo. De esta manera, se acorta la distancia que separa al espermatozoide del óvulo y se facilita el encuentro entre ambos, aumentando las posibilidades de embarazo. A diferencia de la fecundación in vitro, no es necesario la extracción previa de los óvulos.

► In vitro

Las demás técnicas de reproducción requieren la obtención de ovocitos maternos a través de la vagina por punción y aspiración bajo control ecográfico, o bien la donación de ovocitos, para ser

Los tratamientos de fertilidad pueden resultar “duros”, tanto por la presión psicológica que suponen, como por el efecto de la estimulación hormonal farmacológica requerida para estimular la ovulación.



fecundados en el laboratorio mediante fertilización in vitro (FIV) o por microinyección espermática (ICSI), ya sea de espermatozoides de la pareja o de donante.

Los ovocitos fecundados se colocan en el medio adecuado hasta que se convierten en embriones, y pueden ser transferidos al útero para que el embarazo progrese de forma natural.

En un ciclo pueden fecundarse varios ovocitos y congelar o vitrificar (esta técnica es más moderna y mucho más eficaz) los embriones que no se transfieran a la mujer para ciclos posteriores, evitando someterla a nuevos procesos de estimulación ovárica y punciones ováricas.

TRANSFERIR UN SOLO EMBRIÓN

Como hemos visto, las técnicas in vitro permiten que la transferencia pueda ser de un, dos o incluso tres embriones (aunque esta última opción ya no se suele practicar). La transferencia de dos embriones es una técnica frecuente en reproducción que busca mejorar las tasas de embarazos conseguidos, pero las gestaciones múltiples conllevan peores resultados maternos y neonatales. Un embarazo gemelar, espontáneo o no, supone importantes riesgos asociados para la madre y para los fetos y recién nacidos. Actualmente, existe acuerdo entre las sociedades científicas en recomendar la transferencia de un embrión único por ciclo, aunque esto suponga aumentar el número de ciclos.

En el caso de embarazo gemelar y diabetes previa al embarazo existe un mayor riesgo de que se presenten complicaciones hipertensivas inducidas por el gestación que si la gestación es única. También existen datos que demuestran que

PREGUNTAMOS A LA EXPERTA



Dra. Victoria Verdú

Coordinadora de ginecología de la Clínica Ginefiv

¿Cuáles son los principales problemas que se dan en las pacientes con diabetes a la hora de desarrollar un tratamiento de reproducción asistida?

Las mujeres que acuden a los centros de reproducción asistida y que tienen diabetes tipo 1 suelen tener una reserva

ovárica disminuida y, en muchas ocasiones, también problemas en el tiroides (hipotiroidismo), aunque obviamente no es en todos los casos. Pero son circunstancias que suponen un problema no solo para lograr el embarazo, sino también para que este se desarrolle con normalidad.

Las pacientes con diabetes deben tener un especial control de la glucemia en el primer trimestre, ya que su mal control multiplica las posibilidades de aborto. Por estas razones, las pacientes con diabetes tipo 1 deben ser seguidas con más precisión, tanto en la fase de diagnóstico como en la de tratamiento. Así por ejemplo, a la hora de hacer una punción ovárica vamos a tener en cuenta el hecho de que la paciente viene en ayunas y hay que realizarla cuanto antes para que pueda ponerse su insulina y seguir con sus controles glucémicos normales. Las semanas previas al embarazo son también importantes. Un mal control de la glucemia en esta etapa puede influir en los resultados y que en el inicio del embarazo, si este se produce, se produzca un aborto espontáneo.

En el caso de la diabetes tipo 2, la patología se controla mejor, pero hablamos de mujeres con obesidad. La obesidad empeora muchísimo los pronósticos reproductivos. Así, cuando hacemos un ciclo, solemos obtener menos óvulos, de peor calidad, el endometrio es menos receptivo a la hora de realizar la transferencia. De hecho, por encima de un determinado índice de masa corporal no desarrollamos los tratamientos. Por ello, lo primero que indicamos a estas pacientes es que pierdan peso antes de someterse a un tratamiento de reproducción. De esta forma no sólo mejoran su respuesta ovárica y calidad ovocitaria, sino que también mejoran sus niveles de glucosa.

¿Los medicamentos utilizados para la estimulación ovárica influyen en el control de la diabetes?

No, la medicación que utilizamos habitualmente para hacer una fecundación in vitro son estimulaciones ováricas que llevan FSH que no inciden en los niveles de glucemia.

si hay una retinopatía previa al embarazo, esta se agrava si se da un embarazo gemelar. En cuanto a las características de los recién nacidos, la gemelaridad multiplicó por diez el riesgo de prematuridad (el 70% de los gemelos de las mujeres con diabetes nacieron antes de la semana 38) respecto a nacidos de gestación única.

En conclusión, los riesgos de resultados perinatales desfavorables que se observan en las mujeres con diabetes y embarazo gemelar fueron similares tanto si se trataba de una diabetes tipo 1 como tipo 2, y estuvieron más condicionados por el hecho y la complicaciones del embarazo gemelar que por el hecho mismo de padecer diabetes.



SUSCRÍBETE

CONSULTAR
PRECIOS ESPECIALES
PARA ASOCIACIONES
DE PACIENTES

6 NÚMEROS
AL AÑO
POR SOLO 12€



SI QUIERES RECIBIR EN TU
DOMICILIO LA REVISTA SPDIABETES

TEL: 91 766 99 34

MAIL: suscripciones@grupoicm.es



Mándanos un whatsapp
673 44 28 34

horarios
en la diabetes

O RELLENA ESTE CUPÓN Y ENVÍALO A SP DIABETES (Grupo ICM) Avda. San Luis, 47. 28033 Madrid.

Nombre: _____ Apellidos: _____

Dirección postal: _____ Portal: _____ Piso: _____ Escalera: _____

Código postal: _____ Población: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____ E-mail: _____

Forma de pago:

- ▷ Transferencia bancaria a nombre de Grupo ICM de Comunicación: 0049 / 4666 / 06 / 2516248964
- ▷ Tarjeta VISA

A efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, Grupo ICM Comunicación le informa de que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero del que es responsable esta entidad, para la gestión de las suscripciones a la revista.

Le recordamos que dispone de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos, que podrá ejercer en el domicilio social de Grupo ICM Comunicación sito en la Avda. San Luis, 47, 28033 Madrid, incluyendo copia de su Documento Nacional de Identidad o documento identificativo equivalente, indicando la referencia "Protección de datos".