

NOTA IMPORTANTE:

Debido a la confusión causada entre los términos de dietista, nutricionista y endocrinólogo, queremos aclarar que: los portavoces de esta nota de prensa son médicos especialistas en Endocrinología y Nutrición (endocrinólogos).

En el marco del 64º Congreso de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)

La diabetes y la tiroides gestacional ‘empeoran’ el pronóstico reproductivo

- Los sistemas de lazo cerrado pueden optimizar el control glucémico al adaptar la terapia insulínica a las necesidades reales de la gestante en cada momento del día, según el Dr. Fernando Gómez Peralta, coordinador del Área de Diabetes de la SEEN.
- El Dr. Javier Santamaría, miembro del Área de Tiroides de la SEEN, recomienda realizar de forma sistemática un cribado de la función tiroidea entre la semana 9 y 11 de la gestación o, incluso antes, si la mujer presenta un riesgo obstétrico elevado o una patología tiroidea conocida preexistente.

Barcelona, 20 de octubre de 2023.- “La prevalencia de la diabetes gestacional¹ supera el 10% de las gestaciones”, ha indicado el **Dr. Fernando Gómez Peralta, coordinador del Área de Diabetes de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)**, en la Mesa redonda ‘Uso de sistemas de lazo cerrado en diabetes en situaciones especiales’, organizada en el marco del 64º Congreso de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), que se está celebrando en el Centro de Convenciones Internacional de Barcelona (CCIB) los días 18, 19 y 20 de octubre.

El endocrinólogo ha advertido también de que “la aplicación de los nuevos criterios diagnósticos propuestos por la International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSGC) puede elevar hasta un 35% los casos diagnosticados en gestaciones que precisan atención específica”.

Asimismo, el Dr. Gómez Peralta ha recomendado que la gestante siga una dieta óptima adecuada a sus necesidades, así como un autocontrol de la glucemia capilar. “La insulino terapia solo se utiliza en casos con control insuficiente”, ha matizado. El endocrinólogo ha explicado que la diabetes gestacional se origina por una disminución de la tolerancia a los hidratos de carbono que se diagnostica por primera vez durante la gestación: “Se produce por el aumento de la resistencia periférica a la insulina mediada por los altos niveles plasmáticos de hormonas diabetógenas (prolactina, lactógeno placentario, progesterona y cortisol)”. Por ello, este especialista ha insistido en que “al tratarse de una situación asintomática se requieren medidas de despistaje específico”. Un porcentaje elevado de mujeres con antecedentes desarrollará la DM tipo 2, “lo que obliga a hacer también un seguimiento y despistaje post parto”.

¹ Dabelea D et al. Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) over time and by birth cohort: Kaiser Permanente of Colorado GDM Screening Program. *Diabetes Care*. 2005 Mar;28(3):579-84.

El sistema de lazo cerrado optimiza el control glucémico en las gestantes

En relación a los beneficios de los sistemas de control de la diabetes gestacional, el médico especialista en Endocrinología y Nutrición ha resaltado que *“los sistemas de lazo cerrado integran una bomba de insulina, un monitor continuo de glucosa en tiempo real y un algoritmo de control que determina la infusión de insulina por parte de la bomba, en función de las lecturas de glucosa intersticial por parte del sensor, con el objetivo de mantener la glucosa en sangre en valores estables y próximos a la normalidad”*. El Dr. Gómez Peralta ha argumentado que esta tecnología ha puesto de manifiesto mejoras en el control glucémico *“con incrementos del tiempo en rango objetivo (TIR) superiores al 10% respecto al régimen de inyecciones múltiples, así como evidentes reducciones del número y el tiempo de hipoglucemias”*. En palabras del endocrinólogo, el sistema de lazo cerrado es esencial para las mujeres con diabetes tipo 1, ya que puede optimizar el control glucémico al adaptar la terapia insulínica a las necesidades reales en cada momento del día.

En cuanto a los posibles riesgos de la diabetes gestacional, el coordinador del Área de Diabetes de la SEEN ha señalado la preeclampsia, la macrosomía o feto grande para edad gestacional, los polihidramnios -acumulación excesiva de líquido amniótico-, la morbilidad neonatal (hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, policitemia, distrés respiratorio y cardiomiopatía), la organomegalia fetal (hepato o cardiomegalia), así como riesgo de aborto y anomalías congénitas.

Por otra parte, el **Dr. Javier Santamaría, médico especialista en Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Cruces en Barakaldo (Vizcaya) y miembro del Área de Tiroides de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)**, ha señalado, en la Mesa Redonda **‘Desgranando la disfunción tiroidea en el embarazo’**, que *“el embarazo supone para el tiroides una importante sobrecarga de actividad, por lo que su producción de hormonas incrementa alrededor de un 50%”*. En este sentido, el endocrinólogo ha remarcado en la importancia de que la gestante aumente el aporte nutricional de yodo, *“indispensable para la síntesis de la hormona tiroidea”*. Sin embargo, este especialista ha advertido de que la escasez de este micronutriente en nuestra área geográfica y el aumento de su consumo para otras necesidades *“provoca que los déficits más o menos severos de las hormonas tiroideas sean comunes en la gestante”*.

La disfunción tiroidea ‘empeora’ el pronóstico reproductivo

El Dr. Santamaría ha especificado que las necesidades de producción de hormonas tiroideas normalmente vuelven a niveles basales tras el parto, sin embargo, *“en ocasiones, el esfuerzo que esa glándula tiroidea ha tenido que hacer durante la gestación, agrava una deficiencia previa y permanece tras el parto”*. La disfunción tiroidea empeora el pronóstico reproductivo ya que *“es más difícil lograr embarazo y, si éste se consigue, es más frecuente su pérdida (abortos), así como diversos tipos de complicaciones durante el embarazo y el parto (desprendimiento de placenta, parto pretérmino, hemorragia postparto, muerte fetal intraútero, bajo peso al nacer, etc.)”*. Asimismo, puede repercutir en el desarrollo fetal, ya que las hormonas tiroideas son fundamentales para el desarrollo neurológico del feto, por lo que su deficiencia durante el

embarazo puede conllevar una disminución del Coeficiente Intelectual (CI) del bebé. *“Sin embargo, hay que puntualizar que esta disminución del CI solo aparece en deficiencias severas de hormona tiroidea en la gestante”.*

Un cribado entre la semana 9 y 11 de gestación, fundamental

La deficiencia de hormonas tiroideas durante el embarazo habitualmente es moderada, por lo que la sintomatología en la gestante es inespecífica y pasa habitualmente desapercibida. Por ello, el Dr. Santamaría ha recomendado realizar de forma sistemática un cribado de la función tiroidea entre la semana 9 y 11 de la gestación, o incluso antes, si la mujer presenta un riesgo obstétrico elevado o una patología tiroidea conocida preexistente.

El endocrinólogo ha subrayado que la patología tiroidea *“es muy frecuente”* en la población: *“Los datos recogidos en el estudio nacional di@bet, publicado en 2017, muestran una prevalencia de alteraciones tiroideas en mujeres en edad fértil de entre el 2% y el 4,5% de hipotiroidismo clínico, un 5% y un 7% de hipotiroidismo subclínico, un 0,5% y un 1% de hipertiroidismo y entre un 5% y un 10% de autoinmunidad tiroidea positiva”.*

En cuanto a las recomendaciones, el Dr. Santamaría sostiene que las mujeres embarazadas deben seguir rigurosamente los controles obstétricos, que contemplan la disfunción tiroidea, indicados por su especialista. Asimismo, el miembro del Área de Tiroides de la SEEN remarca de nuevo la importancia de la ingesta de yodo durante el embarazo: *“en términos generales, se recomienda ingesta de alimentos ricos en yodo (especialmente lácteos) y sal yodada e incluso se puede indicar, en algunos casos, suplementos farmacológicos de yodo”.*

Por último, el miembro del Área de Tiroides de la SEEN ha insistido en la importancia de que los ginecólogos y los endocrinólogos tengan los mismos protocolos de actuación ante esta patología. Por este motivo, la SEEN ha publicado, junto con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), un [documento](#) conjunto en el que se recogen recomendaciones a los profesionales sanitarios que atienden a la mujer gestante para la detección, prevención y tratamiento de la disfunción tiroidea en gestantes.

Sobre SEEN

La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) es una sociedad científica compuesta por Endocrinólogos, Bioquímicos, Biólogos y otros especialistas que trabajan en el campo de la Endocrinología, Diabetes, Nutrición y Metabolismo, para profundizar en su conocimiento y difundirlo.

En la actualidad, la SEEN está formada por 2.321 miembros, todos ellos implicados en el estudio de las hormonas, el metabolismo y la nutrición. Está reconocida como una Sociedad Científica de referencia en estas áreas temáticas entre cuyos objetivos se encuentra la generación de nuevos conocimientos y su traslado a la atención clínica que conlleve mejoras en el diagnóstico y el tratamiento de aquellos pacientes con enfermedades endocrinológicas y/o nutricionales.

Gabinete de prensa

**BER
BÉS**

BERBÉS - 91 563 23 00

Mar de las Heras/ Vanessa Martín / Ana Serrano /

mardelasheras@berbes.com; vanesamartin@berbes.com; anaserrano@berbes.com /