



Il diabete in attesa

Consigli pratici per gestire
il diabete gestazionale



ACCU-CHEK®
Vivi la vita. Come vuoi.

Il diabete in attesa

Consigli pratici per gestire
il diabete gestazionale

Con la consulenza scientifica di:

Alessandra Bertolotto, Laura Volpe, Graziano Di Cianni

Dipartimento di Endocrinologia e Metabolismo

U.O. Diabetologia e Malattie del Metabolismo 'R. Navalesi'

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana



ACCU-CHEK®

Vivi la vita. Come vuoi.

Il diabete gestazionale

Fra le tante cose che possono accadere in gravidanza, il diabete gestazionale è una delle più frequenti e meno drammatiche. Nulla le impedirà di portare a termine la gravidanza e non c'è nessun pericolo per la vita del bambino che attende. Il diabete gestazionale le richiede, con più forza, di adottare delle nuove e migliori abitudini di vita: mangiare in maniera sana ed equilibrata, fare del movimento fisico, se questo è possibile, controllare il suo peso, controllare i suoi valori di glicemia. Abitudini che gioveranno non solo al bambino ma anche a lei. In qualche caso questo non basta a riportare il diabete sotto controllo, occorrerà allora una o più iniezioni di insulina. Poche ore dopo il parto il diabete si farà da parte, ma forse non per sempre. Lei, però, può rimandare o evitare il ritorno del diabete vero e proprio. Come? Adottando stabilmente le sane abitudini di vita sperimentate durante l'attesa e prevedendo di controllare la glicemia negli anni successivi.

*Auguri dunque, e congratulazioni.
Roche Accu-Chek*

Indice dei contenuti

- 04 Il diabete gestazionale: un pressante invito a migliorare le proprie abitudini**
- 10 Controllarsi è volersi bene**
- 18 Le buone abitudini**
- 24 Quando serve un 'aiutino': farmaci o insulina**
- 30 Il parto e quello che succede dopo...**





Il diabete gestazionale: un pressante invito a migliorare le proprie abitudini

Il diabete gestazionale non va ignorato ma non bisogna farne un dramma.

Il bambino non corre nessun serio pericolo.

Occorre solo aiutare il proprio organismo a superare lo stress della gravidanza.

Come? Acquisendo stili di vita più salutari, non solo durante l'“attesa”.

Che cosa è il diabete gestazionale

Il diabete gestazionale è una forma temporanea di diabete relativamente frequente (un caso ogni 10-12 gravidanze) che compare intorno al sesto mese e cessa subito dopo il parto. Lo screening del diabete gestazionale viene effettuato normalmente fra la 24° e la 28° settimana chiedendo alla donna di bere 50 grammi di zucchero disciolti in acqua. Se la glicemia dopo un'ora è superiore a 139 mg/dl sarà necessario un altro test di conferma: la curva da carico glucidico. Anche qui si tratta di bere un bicchiere d'acqua, ma con 100 grammi di zucchero, e misurare la glicemia tre volte nelle tre ore seguenti.

Perché viene il diabete gestazionale? Cosa succede esattamente?

Durante la gravidanza, specie nella seconda metà, l'organismo subisce profonde modificazioni necessarie per la crescita del bambino e per la successiva fase dell'allattamento. In questa fase, l'insulina, un ormone prodotto dal pancreas che serve a tener sotto controllo la glicemia, funziona di meno. A questa situazione il pancreas cerca di rispondere aumentando la quantità di insulina prodotta. Se non riesce a produrne a sufficienza, compare il diabete gestazionale.

Da ricordare

- ▶ Il diabete gestazionale **non** comporta malformazioni né danni agli organi vitali del nascituro.
- ▶ Il diabete della mamma **non** si trasferisce al bambino.
- ▶ Il diabete gestazionale può sorgere anche se non è comparso nelle precedenti gravidanze.

Quali donne hanno maggiori possibilità di svilupparlo

Teoricamente tutte le donne in gravidanza possono presentare il diabete gestazionale, ma quelle che hanno familiari di primo grado (genitori, fratelli, sorelle) con diabete, le donne in sovrappeso o decisamente obese prima della gravidanza, così come quelle con età più avanzata, hanno maggiori probabilità di contrarlo.

Nessun rischio per la vita del bambino

Non esiste alcun rischio per la vita del bambino, che quasi sempre nasce sano ed in buona salute. Allo stesso modo il diabete gestazionale non determina malformazioni congenite, in quanto compare quando lo sviluppo degli organi ed apparati è ormai completato. Questa forma di diabete determina invece alterazioni della crescita fetale, dovuta al fatto che il bambino si sviluppa in un ambiente intrauterino iperglicemico (con troppo zucchero) e letteralmente 'ingrassa', diventa 'macrosomico'. Contrariamente a quanto si riteneva nel passato il bimbo non deve nascere grasso!



Il diabete in attesa

Un bimbo che nasce macrosomico (oltre i 4 Kg) ha un rischio maggiore di sviluppare l'obesità già nell'infanzia.

Se la glicemia della madre non è ben controllata, il bambino può svilupparsi maggiormente a livello del tronco e della pancia che risulteranno di diametro maggiore rispetto alla testa.

Questo può determinare seri problemi quando il parto si espleta per via naturale, dovuti al fatto che le spalle del bimbo superano con difficoltà il canale del parto. Per questa ragione si ricorre spesso al parto cesareo.

Infine, essendo il bimbo abituato a vivere in un ambiente con glicemie più elevate, al momento della nascita, quando il cordone ombelicale viene reciso, può risentire della brusca diminuzione degli zuccheri (ipoglicemia).

Cosa bisogna fare?

Risolvere il problema è semplice. Si tratta di mettere in pratica con convinzione alcuni consigli validi anche per tutte le donne in attesa. Per prima cosa, con l'aiuto del Team diabetologico, bisogna ripassare le proprie conoscenze in materia di alimentazione.

Non si tratta di intraprendere una 'dieta' imposta dall'alto, ma di valutare le proprie abitudini e preferenze, dando maggior spazio a quelle più salutari e sostituendo quelle meno adeguate con abitudini altrettanto piacevoli.



Valori glicemici 'ottimali' per la gravidanza

La glicemia in gravidanza subisce fisiologiche oscillazioni in relazione alle ore della giornata, ai pasti e all'epoca della gestazione. Nella gravidanza normale la glicemia a digiuno è particolarmente bassa (60-70 mg/dl) e dopo i pasti si innalza rapidamente. Tuttavia sono considerati 'sicuri' valori di glicemia a digiuno inferiori a 90 mg/dl e valori inferiori a 120-140 mg/dl un'ora-due ore dopo un pasto.

Di solito una corretta impostazione dietetica permette di mantenere la glicemia entro i limiti considerati 'ottimali' per la gravidanza. Quando questo non avviene, è possibile raggiungere glicemie ottimali ricorrendo all'insulina.

Parole chiave

Diabete gravidico

Sinonimo di diabete gestazionale

Insulinoresistenza

Condizione frequente nelle persone sovrappeso e non rara in gravidanza. Rende meno efficace l'insulina prodotta dal corpo e può determinare il diabete gestazionale.

Macrosomico

Si dice di un feto o di un neonato di dimensioni superiori all'ideale. Per esempio di peso superiore ai 4 kg alla nascita.



Controllarsi è volersi bene

Durante l'attesa forse per la prima volta ci si interroga su cosa avviene nel nostro organismo e si prova il desiderio di saperne di più e soprattutto di imparare ad assecondare il corpo e le sue esigenze. La parola chiave è autocontrollo, intesa non come disciplina ma come amore per se stesse (e per il bambino).

Una seconda bilancia

L'autocontrollo della glicemia è una delle abitudini nuove che si apprendono in una gravidanza con diabete gestazionale. Per la donna diventa un appuntamento, come pesarsi sulla bilancia, un modo per seguire da vicino e capire meglio quello che sta avvenendo nel suo corpo. Anche per misurare la glicemia occorrono degli strumenti e una certa cura nell'utilizzarli. Ma basta pochissimo tempo per imparare anche questo.

Finestre aperte sulla glicemia

La quantità di zucchero nel sangue (glicemia) è l'aspetto più importante nel diabete gestazionale. La glicemia varia molto nell'arco di una giornata e – nella donna in attesa – anche in una settimana, o da un giorno all'altro, con l'avanzare della gravidanza. Per fortuna la persona con diabete può determinarla da sola, a casa o ovunque si trovi, con accuratezza e nel modo più facile possibile.

Conoscere i valori glicemici è molto utile anche per il diabetologo. Ogni misurazione della glicemia è una 'finestra' aperta sull'andamento del diabete.

Più 'finestre' sono state aperte più precisa è l'immagine che abbiamo del diabete e più efficace può essere la terapia.

Per la donna con diabete gestazionale, questi controlli servono anche a valutare l'influenza dell'alimentazione e dell'esercizio fisico sulla glicemia.



Quando va misurata?

L'esigenza di misurare sorge quando qualcosa può aver turbato un equilibrio. Nella persona con diabete l'equilibrio glicemico può cambiare nelle prime ore del mattino (ed è quindi interessante misurare la glicemia al risveglio, prima di colazione) oppure a seguito dell'assunzione di carboidrati (e quindi 1 ora dopo i pasti) e ogni tanto durante la notte. Queste misurazioni potranno essere fatte ogni giorno o a giorni alterni.

I controlli devono essere moltiplicati nelle fasi di stress fisico. Qualunque malattia anche una influenza 'fatta in piedi' o una leggera febbre, o una piccola infezione possono determinare forti o fortissime iperglicemie che possono degenerare in chetoacidosi. In questi casi quindi è importante fare molti controlli giornalieri.

Come fare autocontrollo: lancette e pungidito

La glicemia si rileva deponendo una gocciolina di sangue capillare (quello che scorre sottopelle) sull'area reattiva di una apposita 'striscia'. Una piccolissima quantità è sufficiente.

Inserita nel lettore della glicemia la striscia permette di determinare la concentrazione di glucosio nel sangue.

Il campione di sangue viene ottenuto pungendo il polpastrello con una sorta di ago detto 'lancetta'. Le lancette sono progettate e realizzate in modo da intaccare il meno possibile i tessuti.

Il profilo delle loro punte si rovina però dopo il primo utilizzo, quindi non vanno riutilizzate pena, oltre ai rischi di infezione, una lacerazione maggiore della pelle e quindi più dolore.

Il diabete in attesa

La lancetta va inserita in un pungidito. Si tratta di uno strumento basato su una molla di precisione che al premere di un bottone spinge la lancetta in maniera molto veloce e lineare, garantendo il minimo fastidio. I pungidito migliori permettono di graduare la profondità di penetrazione della lancetta da persona a persona a seconda del tipo di pelle (chi fa lavori manuali o suona strumenti a corda, per esempio, ha la pelle più spessa degli altri). Ancora una volta l'obiettivo è ottenere la quantità di sangue necessaria con il minimo fastidio.

Parole chiave

Lancette

Piccoli e sottili 'aghi' progettati per ottenere con la massima facilità e con la minima profondità di penetrazione il campione di sangue necessario per misurare la glicemia.

Pungidito

Strumento che spinge la lancetta in modo da garantire una puntura rapida e precisa.

Glucometri (reflettometri)

Strumenti che valutano la glicemia analizzando con precisione il cambiamento di colore avvenuto nella parte reattiva della striscia. È un sinonimo di 'lettore della glicemia'.

I lettori della glicemia e le strisce

Esistono diversi tipi di lettori per la glicemia che misurano una reazione chimica o elettrochimica avvenuta sulla parte 'reattiva' di una striscia. Questa reazione produce un risultato proporzionale alla concentrazione di glucosio nel campione. I lettori verificano il dato e lo memorizzano.

Le strisce devono essere estratte dalla confezione e inserite nel lettore prima o dopo (a seconda dei modelli) il contatto con il campione di sangue.

Alcuni lettori eliminano il problema facendo fuoriuscire automaticamente la striscia da un 'caricatore' simile a un rullino fotografico.

Il Team diabetologico si occuperà di spiegare il funzionamento di ogni strumento.

Dopo pochi secondi dalla deposizione del campione di sangue sulla striscia il dato glicemico è riportato sullo schermo. Il dato viene memorizzato dallo strumento ed è possibile gettare striscia e lancetta in un apposito contenitore.



Diario e memoria

I lettori per la glicemia tengono in memoria diverse decine e anche centinaia di glicemie ognuna accompagnata da relativa data e ora. Con pochi semplici comandi si possono passare in rassegna i dati glicemici precedenti. È consigliabile, però, riportare su un 'diario' i valori glicemici, completi di ora e data e con eventuali annotazioni, soprattutto se possono spiegare un dato fuori norma (mangiato dolce, 10 vasche in piscina, etc.).

Sulla punta delle dita

Parliamo di dita perché generalmente l'autocontrollo è effettuato sul polpastrello preferibilmente sul lato a fianco dell'unghia. Trattandosi di una zona ben irrorata di sangue, basta una puntura superficiale per ottenere il campione di sangue necessario.

Lo stesso si può dire del lobo dell'orecchio (un po' più scomodo da usare). Alcuni apparecchi permettono di prelevare il campione anche da altri punti del corpo, l'avambraccio per esempio, o la caviglia, ma questo non è consigliabile quando la glicemia potrebbe essere variata da poco tempo (per esempio dopo i pasti o dopo un esercizio fisico o dopo l'assunzione di insulina rapida).

Il sangue che circola nei capillari della mano invece, riflette puntualmente le variazioni metaboliche intervenute, dunque, può sempre essere usato.



Il controllo dei chetoni

Durante la gravidanza oltre alla glicemia, è utile verificare se l'organismo produce chetoni. La loro formazione è segno di un'alterazione del metabolismo che merita di essere corretta; nel diabete gestazionale è quasi sempre dovuta all'assunzione di una dieta incongrua con un scarso contenuto di carboidrati o a un prolungato digiuno. È comune infatti osservare donne con diabete gestazionale che per evitare di far 'aumentare' la glicemia mangiano veramente poco, abolendo quasi del tutto alimenti come la pasta e il pane. Non è l'approccio giusto! In queste condizioni l'organismo brucia i suoi tessuti di deposito (grassi) e sviluppa i corpi chetonici. Queste sostanze attraversano facilmente la placenta e possono risultare dannosi per lo sviluppo fetale.

Come verificare se questo avviene? Visto che i chetoni sono espulsi dai reni attraverso le urine, basta mettere a contatto dell'urina una specifica striscia reattiva: se ci sono chetoni, la striscia cambierà colore in maniera proporzionale alla loro concentrazione.

I chetoni vanno controllati ogni volta che la glicemia supera i 200-250 mg/dl e sempre utilizzando la prima urina del mattino.





Le buone abitudini

Negli ultimi mesi di gravidanza finalmente la donna ha tempo e desiderio di pensare a se stessa.

Con l'aiuto del Team diabetologico imparerà a migliorare le abitudini alimentari e ad abbandonare la sedentarietà.

Un'alimentazione sana

Per prima cosa occorre un'alimentazione sana e variata, adeguata alle esigenze nutrizionali della madre e del bambino. Non è affatto vero che durante l'attesa bisogna 'mangiare per due'. L'apporto calorico giornaliero (la quantità totale di cibo che noi introduciamo) varia in relazione al peso registrato prima della gravidanza. Le donne sottopeso possono mangiare di più (30-35 calorie per chilogrammo di peso) e il loro incremento di peso al termine della gravidanza può raggiungere i 15-16 Kg. Differentemente, per le donne normopeso il contenuto della dieta è di 25-30 Kcal per chilo al giorno (incremento di peso fino a 12 Kg) mentre quelle decisamente obese non dovrebbero aumentare più di 7-8 Kg (20 Kcal/Kg/die).

L'aumento deve essere però graduale: nel primo trimestre è minimo (circa un chilo), mentre nei mesi successivi il peso corporeo aumenta di 300-500 grammi a settimana.

È importante che l'alimentazione sia bilanciata. Carboidrati, proteine, grassi e fibre devono essere tutti presenti.

In particolare i carboidrati, rappresentando la principale fonte di energia, devono costituire circa il 45% delle calorie introdotte.

Alimenti come pasta, pane, cereali e legumi devono pertanto essere consumati con regolarità, mentre va drasticamente limitato il consumo di zuccheri semplici, presenti di solito nei dolci e nelle bevande zuccherate. Sostituire lo zucchero con dolcificanti è una buona idea; il loro uso in gravidanza è ormai considerato sicuro, non avendo alcun effetto sul bambino.



È importante che la donna gravida consumi cibi ricchi in fibre (verdura e frutta) perché apportano vitamine, sali minerali e acqua.

La frutta, seppure ricca in fibre, deve essere consumata nella giusta quantità, evitando frutti particolarmente ricchi di zuccheri (fichi, uva, banana, cachi, mandarini).

Le proteine che contengono aminoacidi, i mattoni della vita, sono importanti, ma non è necessario aumentarne troppo la quantità. Bastano 1/1,2 grammi al giorno per chilo di peso, poco più del fabbisogno medio. Carne bianca e pesce sono da preferire alla carne rossa per limitare l'apporto di colesterolo.

La quota energetica derivante dai grassi non deve superare il 30% delle calorie assunte nella giornata. I grassi di origine vegetale, come per esempio l'olio di oliva, sono da preferire a quelli di origine animale. Per limitare ulteriormente i grassi animali è meglio ridurre i salumi e i formaggi e consumare latte parzialmente scremato.



Parole chiave

Carboidrati (pasta, pane, zuccheri...)

Alimenti che nel corpo si trasformano in glucosio, influenzando la glicemia.

Proteine (carni, uova, latticini...)

Sono importanti soprattutto in gravidanza ma non bisogna eccedere.

Grassi (olio, burro...)

Sono consigliati quelli di origine vegetale come l'olio di oliva. Quelli animali vanno consumati con moderazione.

Qualche consiglio pratico

Nel secondo e soprattutto nel terzo trimestre il metabolismo più veloce riduce l'intervallo 'sopportabile' fra un pasto e l'altro (digiuno accelerato). Si consiglia quindi di fare ogni giorno tre pasti leggeri e almeno tre spuntini sostanziosi, uno dei quali il più tardi possibile, prima di andare a letto.

Nausea e vomito sono frequenti in gravidanza, soprattutto nel primo trimestre; al fine di ridurre la nausea è utile fare pasti piccoli e frequenti, assumere pane tostato o crackers prima di alzarsi al mattino, eliminare la caffeina, evitare i cibi speziati. I preparati vitaminici vanno presi a stomaco pieno.

Da ricordare

- ▶ **Non** è vero che in gravidanza la donna deve mangiare 'per due'.
- ▶ Anche se si inizia la gravidanza sovrappeso **non** è mai consigliabile perdere peso durante l'attesa.
- ▶ I dolcificanti **non** sono proibiti in gravidanza.

Il piacere di essere in forma: l'esercizio fisico

L'esercizio fisico è uno strumento assai importante sia per controllare la glicemia che per limitare l'aumento di peso. Inoltre una costante attività fisica, migliorando il tono muscolare, può facilitare l'espletamento del parto.

Il tipo e la durata degli esercizi andranno concordati e adattati alla condizione della donna. Esistono, ma sono rari, i casi in cui considerazioni ostetriche sconsigliano ogni tipo di esercizio fisico.

In ogni caso si consiglia di svolgere una vita attiva, abbandonando la sedentarietà. A questa 'attività generale' dell'organismo si possono aggiungere momenti più strutturati: esercizi in palestra, nuotate in piscina (particolarmente consigliate nel III trimestre o per chi ha problemi di circolazione agli arti inferiori), cyclette o passeggiate a piedi. Qualunque sia l'esercizio fisico scelto, deve essere condotto con costanza ma senza esagerare; non bisogna arrivare a sentirsi il 'fiatone' e la frequenza del polso non deve superare di solito i 90-100 battiti al minuto. Sedute leggere di 20-30 minuti 3-4 volte la settimana rappresentano un'adeguata attività fisica in gravidanza.

Quale che sia l'esercizio fisico deve essere condotto con costanza, almeno ogni 48 ore. Occorre dunque scegliere un'attività che può essere condotta durante tutto il periodo della gravidanza e, soprattutto, che piace. Se manca la passione è difficile tenere alta la motivazione.





Quando serve un 'aiutino': farmaci o insulina

**A volte, magari solo per poche settimane,
la buona volontà non basta.**

**I risultati ottenuti mangiando meglio
e tenendosi in forma devono essere appoggiati
da un 'aiuto' esterno.**

**Niente di meglio che aggiungere un po' di
insulina a quella prodotta dal proprio corpo.**

Il diabete in attesa

Un'alimentazione attenta e un'attività fisica continuativa sono sufficienti nella maggior parte dei casi a contrastare il diabete gestazionale. Nel 30% dei casi, però, questo non avviene e pertanto occorre un 'aiuto': servono dei farmaci che collaborino ad abbassare la glicemia.

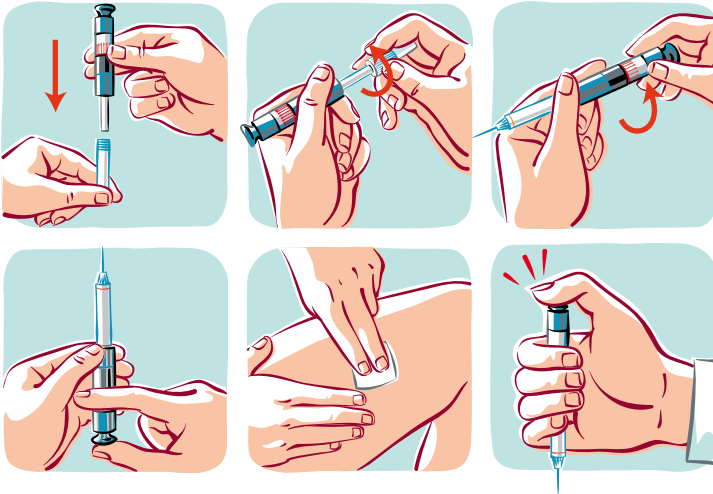
Esistono diverse pillole che abbassano la glicemia, i cosiddetti ipoglicemizzanti orali, ma il loro uso in gravidanza – pur mancando casi reali di effetti avversi – è sconsigliato o proibito a titolo precauzionale. Si passa quindi direttamente alla terapia più efficiente e più naturale: una o più iniezioni di insulina al giorno. Più che di un farmaco si tratta di un 'rinforzo' all'insulina prodotta dal pancreas.

Esistono diversi tipi di insulina: alcuni (insuline ad azione prolungata) forniscono un 'minimo garantito' di insulina durante tutte le 24 ore o quasi altre, invece, hanno un'efficacia immediata e una durata più breve. Queste ultime, dette 'rapide', vanno assunte prima dei pasti e servono a ridurre i 'picchi' di glicemia che si manifestano dopo il pasto.

Lo 'schema' insulinico, vale a dire il numero di iniezioni e il tipo di insuline da somministrare giornalmente, potrà variare nel corso della gravidanza; spesso le dosi devono essere aumentate, ma anche questo è fisiologico, non è il diabete che diventa 'più grave'. In ogni caso è il diabetologo che prescrive il numero di somministrazioni e la dose iniziale della terapia insulinica.

Come e dove iniettare l'insulina

L'insulina viene iniettata appena sotto pelle (non nel muscolo nè nei vasi sanguigni) sulla superficie addominale, sull'interno della coscia o nel braccio, attraverso delle semplici 'penne' molto facili da usare. La penna ha aghi corti e l'iniezione è quasi indolore.



Si inserisce nella 'penna' una cartuccia simile a quella delle stilografiche, si innesta la parte inferiore della penna, si imposta la dose, si fa una 'prova' facendo uscire dall'ago una gocciolina e poi, dopo aver pulito il punto dove si farà l'iniezione, basterà premere un pulsante.

Chi utilizza insulina per seguire il diabete gestazionale deve controllare ancora più spesso la glicemia e la chetonuria.

Da ricordare

- ▶ Utilizzare l'insulina nel diabete gestazionale **non** significa che il diabete si è aggravato.
- ▶ **Non** è vero che chi inizia con l'insulina poi non ne può più fare a meno.
- ▶ L'insulina della madre o quella iniettata **non** raggiungono il bambino (che produce la sua)
- ▶ Eventuali ipoglicemie della madre **non** colpiscono il bambino che fin dal terzo mese produce la sua insulina.
- ▶ Iniettando l'insulina nella pancia **non** si rischia di bucare e nemmeno di sfiorare l'utero.

Ipoglicemie

Contrariamente alle credenze popolari, iniziare una terapia insulinica non significa necessariamente che questa debba continuare per tutta la vita. Nella quasi totalità dei casi, le donne con diabete gestazionale in trattamento con insulina, al termine della gravidanza, quando la glicemia è ritornata normale, sospendono la sua assunzione.

Un'eccessiva dose di insulina può causare una diminuzione degli zuccheri nel sangue (ipoglicemia), che si manifesta con sintomi quali tremori, sudorazione, senso di fame, sonnolenza. La crisi ipoglicemica molto raramente si verifica nel diabete gestazionale. La diminuita sensibilità all'insulina (insulino resistenza) tipicamente presente in queste donne ed il fatto che le dosi di insulina che vengono prescritte sono solitamente modeste, difficilmente provocano la comparsa di una crisi ipoglicemica. La causa più frequente di ipoglicemia è certamente l'assunzione di un pasto di quantità inferiore al previsto. Comunque, se i sintomi descritti dovessero comparire, basta assumere 15 grammi di zucchero (due bustine), o mezza lattina di bibite gassate dolci. Dopo 15 minuti si controlla ancora la glicemia e se rimane bassa (diciamo inferiore a 75 mg/dl) vanno ripresi 15 grammi di zucchero finché i valori glicemici ritornano nella norma. Nel sospetto di una crisi ipoglicemica è comunque consigliabile controllare il valore della glicemia. L'ipoglicemia non ha effetti sul nascituro che ha una sua produzione di insulina ed è isolato da quella materna.

Parole chiave

Ipaglicemia

È molto rara nel diabete gestazionale, insorge solo se si assume l'insulina senza mangiare carboidrati subito dopo.

Ultrarapida o analogo rapido

È l'insulina più utilizzata nei casi di diabete gestazionale. Inizia a funzionare pochi minuti dopo essere stata iniettata.



平麻

Il parto e quello che succede dopo...

Una dieta adeguata, esercizio fisico, qualche aiuto con l'insulina... e i risultati si vedono.

Se il bambino non è troppo grosso il parto può avvenire senza taglio cesareo.

Il diabete gestazionale è un preavviso del diabete vero e proprio.

È possibile prevenirlo mantenendo le buone abitudini apprese in gravidanza.

Il parto

Il diabete gestazionale, se non adeguatamente trattato, comporta spesso una crescita eccessiva del bambino (macrosomia fetale) specie a livello dell'addome. Questa condizione rappresenta un'indicazione al parto cesareo. Il diabete gestazionale ben controllato, invece, consente una normale crescita fetale e non rappresenta più un'indicazione per il taglio cesareo.

L'epoca e la modalità del parto sono comunque decise in base a molti fattori.

Se la madre non ha controllato il suo diabete gestazionale, il neonato potrebbe avere, pochi minuti dopo il parto, una piccola crisi ipoglicemica, ma una équipe neonatologica a conoscenza di questo rischio può risolvere immediatamente il problema. La donna con diabete gestazionale cercherà, quindi, di partorire in un ambiente qualificato: non in casa né in un ospedale sprovvisto di un reparto di Neonatologia o di Pediatria.

Un campanello d'allarme

Avere avuto il diabete gestazionale significa essere a rischio di sviluppare il diabete negli anni successivi al parto (a dieci anni dalla gravidanza il 50% delle donne sovrappeso che hanno avuto il diabete gestazionale, sviluppa il diabete di Tipo 2).

Il diabete in gravidanza più che un campanello d'allarme è una 'prova generale' del diabete vero e proprio. Bisogna pertanto agire per prevenire il diabete, ritardandone o impedendone la comparsa.

Dopo il parto

Il diabete gestazionale sparisce quasi sempre poche ore dopo il parto. Ma chi lo ha avuto, proprio perchè corre un rischio maggiore di sviluppare altre forme di diabete (o di squilibri dei trigliceridi, del colesterolo o ipertensione) ha la possibilità di impostare una vera 'campagna personale di prevenzione'.

- 1) Le donne che hanno avuto il diabete gestazionale dovrebbero recarsi, due o tre mesi dopo il parto, presso il Centro di diabetologia che le ha seguite e rifare quel test da carico di glucosio che aveva permesso di diagnosticare il diabete gestazionale. Se il test non rileva alterazioni, andrà comunque rifatto ogni due o tre anni.
- 2) Ogni volta che è possibile (per esempio in coincidenza con altri esami del sangue, o quando si capita in farmacia, o a casa propria utilizzando il lettore della glicemia) la donna dovrebbe fare una glicemia a digiuno e avvertire il diabetologo se il valore è superiore a 110 mg/dl.
- 3) Almeno ogni due anni la donna dovrebbe misurare la pressione e controllare i livelli nel sangue di trigliceridi, colesterolo totale e quota HDL.
- 4) In caso di nuova gravidanza, il test per il diabete gestazionale andrà fatto prima: alla diciottesima settimana.
- 5) Alimentandosi correttamente e mantenendo l'amore per l'esercizio fisico, si contrasta o ritarda l'eventuale 'ritorno' del diabete.
Si tratta insomma di mantenere le buone abitudini apprese... grazie al diabete gestazionale.

Da ricordare

- ▶ Se il diabete è stato ben gestito e il bambino è delle giuste dimensioni, il diabete gestazionale in sé, **non** è una ragione per preferire il parto cesareo.
- ▶ **Non** è vero che i bambini che nascono grossi sono più sani.
- ▶ I bambini di peso superiore ai 4 kg o comunque con una circonferenza all'addome superiore alla media hanno una maggiore probabilità di sviluppare, anche precocemente, obesità e insulinoresistenza.



Diagnostics

Roche Diagnostics S.p.A.
Diabetes Care
Viale G.B. Stucchi, 110
I-20052 Monza (MI)



www.accu-check.it