




DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG)

-  Es un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad. Se reconoce por primera vez durante el embarazo y puede o no resolverse después de este (ADA 2016, NICE 2015).
-  El embarazo está acompañado con resistencia a la insulina, mediada por la secreción de hormonas diabeto génicas de la placenta. Estos cambios metabólicos aseguran que el feto tenga los nutrientes suficientes para desarrollarse.
-  LA DMG se desarrolla durante el embarazo en mujeres cuya función pancreática no es suficiente para superar la resistencia a la insulina asociada con el estado del embarazo.



FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN LA DMG

En la madre:

Obesidad, alimentación deficiente (ayunos prolongados o porciones mayores en cada comida), edad mayor a 35 años, antecedentes familiares con diabetes de primera línea, ovario poliquístico, riesgo por origen étnico o raza (por ejemplo: afroamericanos, latinos, americanos nativos, asiáticos, isleños del Pacífico) y gestación múltiple.




Fetales:

Malformaciones, pérdida gestacional, prematurez, Restricción de Crecimiento Intrauterino (RCIU), Polihidramnios, Macrosomía, Óbito.

VER HERRAMIENTA
DE ÓBITO






DETECCIÓN SISTEMÁTICA

-  Comienza con la primera consulta con la partera y la anamnesis.
-  Se sospecha del diagnóstico de DMG cuando la glucemia basal (GB) en ayunas es > 126 mg/dl. O bien con la glucemia a las 2 horas de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (SOG) con 75 g de glucosa (> 200 mg/dl).
-  Cuando hay antecedentes o síntomas altos de riesgo y se detectan en la primera o segunda consulta, se deberá solicitar una prueba de detección de laboratorio.

DETECCIÓN SISTEMÁTICA



Es recomendable realizar a todas las mujeres una prueba de glucosa plasmática de ayuno en la primera visita prenatal o antes de las 13 semanas, para una detección temprana de DM tipo 2 no diagnosticadas antes del embarazo.

-  En mujeres sin diagnóstico previo de DM, se realizará el cribado (serie de estudios de laboratorio) entre la semana 24 y 28 de la gestación.
-  La presencia de glucosuria 2++ en una ocasión ó 1+ en 2 o más ocasiones en exámenes de orina rutinarios durante la vigilancia prenatal, puede indicar sospecha de diabetes gestacional no diagnosticada.
-  Se recomienda realizar pruebas de diagnóstico de diabetes gestacional, en pacientes que presentan glucosuria en exámenes generales rutinarios de orina.



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DIABETES ADA* 2018

- ❑ Con la glucemia basal (GB) en ayunas > 126 mg/dl. El ayuno se define como la ausencia de ingesta calórica por lo menos durante 8 horas**.
- ❑ Con la glucemia a las 2 horas de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (SOG) con 75 g de glucosa (> 200 mg/dl), se confirma que no existe una prueba superior a otra. Pero si alguna de las tres tomas está alterada, se establece el diagnóstico.
- ❑ Con la hemoglobina glucosilada (HbA1c) ($>6,5$ %).
- ❑ En una persona con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis, un azar de glucosa en plasma de 200 mg/dL (11.1 mmol/L). ***Criterio para comunidad o área rural.

*Asociación Americana de Diabetes por sus sigla en inglés.

** En ausencia de hiperglucemia inequívoca, los resultados deben ser confirmados por pruebas repetidas.

***Los criterios diagnósticos que se acoplen acorde a las necesidades del lugar donde se encuentre.



SCREENING Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DIABETES GESTACIONAL ADA 2018

- Realizar una curva de tolerancia a la glucosa con 75 gr de glucosa en ayuno, midiendo los niveles plasmáticos de glucosa a la primera y segunda hora, en mujeres embarazadas que se encuentren entre la semana 24 a 28 de gestación y que no tengan antecedentes de diabetes.
- El diagnóstico será confirmado si se alcanzan o se exceden los siguientes valores:
 - En ayuno:** 92 mg/Dl
 - 1 hora:** 180 mg/dL
 - 2 hora:** 153 mg/dL



VIGILANCIA DE LAS MUJERES CON DMG

En las consultas de vigilancia prenatal las parteras:

- ✔ Informarán a las mujeres y su familia que se puede tener un control de la diabetes, mediante acciones constantes de cambios en la alimentación, ejercicio y actividad física.
- ✔ Pueden sugerir el apoyo de profesionales en nutrición. Con terapia médica nutricional, entre el 82 y 93% de las mujeres con diabetes gestacional pueden alcanzar la meta terapéutica.
- ✔ Recomendar tres comidas y de 2 a 3 colaciones intermedias; se ajustará individualmente de acuerdo a los niveles de glucosa postprandiales y acorde a los recursos que se tiene para la ingesta de alimentos.
- ✔ Recomendar ejercicio. Pueden iniciar con caminatas por 5 minutos y aumentarle 5 minutos más cada semana. También pueden realizar actividad física aeróbica por periodos mínimos de 30 minutos.
- ✔ Informar acerca de la importancia de medir periódicamente los niveles de glucosa, puede ser con glucómetro casero o directamente en el centro de salud, sobre todo al inicio de la detección.



VIGILANCIA DE LAS MUJERES CON DMG

- ❑ Hacer un seguimiento continuo y estrecho de las mujeres.
- ❑ Brindar apoyo emocional y aclarar dudas que la mujer pueda tener en el proceso.
- ❑ Detectar oportunamente datos de macrosomia, polihidramnios e hipertensión y preeclampsia a través de la valoración integral durante las consultas.
- ❑ El tratamiento farmacológico se debe considerar cuando la dieta y el ejercicio no logran las cifras meta (menor de 95mg/dl en ayuno y 120mg/dl 2 horas postprandial) para el control de la glucosa en sangre en un periodo de 2 semanas.
- ❑ Si la mujer no logra mantener la glucosa dentro de los límites normales, se deberá hacer la referencia con **personal médico especialista** para que valore la necesidad de tratamiento con hipoglucemiantes.






DMG Y PREECLAMPSIA* ADA 2018

ASPIRINA

- ❑ La recomendación a mujeres con diabetes tipo 1 o tipo 2, debe prescribirse a dosis bajas de aspirina, 60-150 mg/día (dosis usual de 81 mg / día), desde el final del primer trimestre y hasta que el bebé haya nacido, con el fin de reducir el riesgo de preeclampsia.

*AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. (2018, January). Standards of Medical Care in Diabetes 2018. THE JOURNAL OF CLINICAL AND APPLIED RESEARCH AND EDUCATION, Volume 41, Supplement 1, 172. January 2018, De American Diabetes Association Base de Datos.

VÍA DE NACIMIENTO

-  Es recomendable aguardar el parto espontáneo en mujeres con DMG controlada, sin hipertensión y un feto con crecimiento aparentemente normal. (Varney, 2004).
-  La guía de práctica clínica y asociaciones internacionales recomiendan ofrecer parto programado después de la semana 38, mediante inducto conducción en mujeres con sospecha de macrosomía, la programación electiva de operación es la cesárea (Diabetes in pregnancy : management from preconception to the postnatal period. National Institute for Health and Care Excellence, 2015).
-  La vía de elección del nacimiento se deberá basar en las condiciones obstétricas (Management of Diabetes. A National Clinical Guidelines. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013).



Con estas acciones las parteras estarán aplicando las competencias de la ICM:

De la categoría 1-.c Proporcionar supervisión y delegar apropiadamente aspectos relacionados con el cuidado y la salud y 1.j Evaluar el estado de salud, detectar los riesgos para la salud y promover la salud y el bienestar en general de las mujeres y los bebés.

De la categoría 2- 2.e Promover y apoyar comportamientos que mejoren el bienestar y la salud y 2.g Detectar, controlar y remitir a mujeres con embarazos complicados.

BIBLIOGRAFÍA:

Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. México: Secretaría de Salud; 03/11/2016. Esta guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

This issue is freely accessible online at care.diabetesjournals.org.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. (2018, January). Standards of Medical Care in Diabetesd2018. THE JOURNAL OF CLINICAL AND APPLIED RESEARCH AND EDUCATION, Volume 41, Supplement 1, 172. January 2018, De American Diabetes Association Base de datos.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. (JANUARY 2018). STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES—2018. 2018, January, de AMERICAN DIABETES ASSOCIATION Sitio web: WWW.DIABETES.ORG/DIABETES CARE

Varney H., Kriebs J. y Gegor C. 2006 Partería Profesional de Varney. OPS