

MANEJO DE LA DIABETES GESTACIONAL POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y MATRONAS. GUIA DE RECOMENDACIONES

María del Mar Fajardo Rodríguez (1), María del Mar Gutiérrez Martínez (2), Rebeca Riquelme Raya (2)

1- Enfermera. Atención Primaria Zona Norte. Centro de Salud de Fuencarral (Madrid)
2- Matrona. Hospital Materno Infantil de Granada.

INTRODUCCION Y OBJETIVOS:

La diabetes gestacional (DG) es la alteración metabólica que más frecuentemente se asocia con el embarazo y que perjudica el pronóstico perinatal. Su prevalencia en el mundo se estima en un 7 %. Nuestro objetivo es realizar una revisión bibliográfica que ponga a disposición del personal de enfermería y matronas, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, con la intención de estandarizar las intervenciones y cuidados y mejorar la **Seguridad de la Paciente**.

MÉTODO:

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas sobre diagnóstico y tratamiento de diabetes y embarazo. A partir de estas preguntas se realizó una búsqueda en Pubmed, Cochrane Library Plus, y el recurso de información médica Uptodate. Se localizaron 3 Guías de Práctica Clínica, dos revisiones sistemáticas y una revisión en Uptodate en los últimos 5 años.

CONCLUSIONES:

La DG aumenta la morbimortalidad perinatal. Es necesario revisar nuestras intervenciones e implementar en ellas las prácticas y evidencias existentes para aumentar la seguridad y calidad asistencial.

RESULTADOS:

Se elabora la siguiente guía con las evidencias encontradas, para que sirva como instrumento para prevenir y disminuir las consecuencias de esta enfermedad y por consiguiente evitar riesgos en nuestras intervenciones y aumentar la **Seguridad**.

Guía de Recomendaciones

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DIABETES GESTACIONAL

Glucemia (mg/dl) Plasma venoso	SOG con 100 g 4,2-5,2 WC-GDM ADA (1997)	SOG con 75 g OMS (1999)	SOG con 100 g* 3.er WC-GDM NDDG (1979) GEDE (2006)	SOG con 75 g ADA (2011)	SOG con 50 g ADA (2 pasos) (2014)
Basal	95	126	105	92	Paso 1: carga 50g, si a la hora (no ayunas) >140mg/dl, proceder con 100gr (paso 2, ayunas). A las 3 horas, >140 mg/dl
1 hora	180		190	180	
2 horas	155	140	165	153	
3 horas	140		145		
	≥ 2 puntos	≥ 1 puntos	≥ 2 puntos	≥ 1 puntos	

*Recomendación del Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE). ADA: Asociación Americana de Diabetes; NDDG: National Diabetes Data Group; OMS: Organización Mundial de la Salud; SOG: sobrecarga oral de glucosa (con al menos 8 horas de ayuno); WC-GDM: Workshop Conferencia on Gestational Diabetes Mellitus.

CONSEJO NUTRICIONAL:

Consumir 40 a 45 % de carbohidratos del total de calorías, 20 a 25 % de proteínas y 30 a 40 % de grasas. Las grasas saturadas no deben exceder de 10 % del total de lípidos. Evitar carbohidratos simples o alimentos con alto índice glucémico. Realizar 5-6 comidas/día con aporte nocturno si precisa.

EJERCICIO FÍSICO:

Hay pruebas limitadas disponibles sobre el efecto del ejercicio durante el embarazo para prevenir la intolerancia a la glucosa o la DMG en el embarazo. Ejercicio leve (caminar 20-45 mint/3veces/semana) postprandial disminuye la glucemia a la hora de la ingesta.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

El tratamiento farmacológico se debe considerar cuando la dieta y el ejercicio no logran cifras normales (menor de 95 mg/dL en ayuno y 140 mg/dL una hora postprandial) para el control de la glucosa en sangre en un periodo de dos semanas. Se recomienda iniciar con la mínima dosis de insulina e incrementarla gradualmente de acuerdo con las cifras de glucemias capilares pre y postprandiales. Se suspenderán todos los antidiabéticos orales. La insulina, sigue siendo el tratamiento de elección.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN:

El descontrol metabólico (glucemia en ayuno mayor a 140 mg/dL o postprandial a la hora mayor o igual a 180 mg/dL), absoluto (cetosis clínica, hipoglucemia grave) o relativo (control metabólico irregular); nefropatía y/o estados hipertensivos, no controlados; pielonefritis; amenaza de parto pretérmino o rotura prematura de membranas, sospecha de riesgo de pérdida del bienestar fetal u otras indicaciones obstétricas.

VIGILANCIA MATERNA:

Desde la primera consulta clasificar a la paciente según los criterios modificados de Priscilla White y Freinkel; realizar historia clínica completa, exámenes prenatales (biometría hemática, glucosa sérica, examen general de orina, VDRL, grupo y Rh), urea, creatinina y ecografía obstétrica; hemoglobina glicosilada en el primer trimestre con fines pronósticos, urocultivo (trimestral). Si existía diabetes preexistente, evaluación de fondo de ojo y pruebas de función renal, así como electrocardiograma si es de larga evolución.

La finalidad es lograr una glucemia central en ayuno entre 60 y 90 mg/dL y menor de 140 mg/dL una hora postprandial o menor a 120 mg/dL dos horas postprandial. Si el crecimiento fetal es igual o mayor del percentil 90 las metas de glucemia serán más estrictas: menor o igual a 80 mg/dL en ayuno y 130 mg/dL una hora postprandial.

VIGILANCIA FETAL:

Realizar ecografía temprana (11 a 14 semanas de gestación) y en el trimestre correspondiente, marcadores bioquímicos. Realizar ecografías seriadas, cada cuatro semanas, con medición del perímetro abdominal fetal, al inicio del tercer trimestre, para identificar a los fetos con mayor riesgo de macrosomía. Así como RTCG cada semana, empezando desde la semana 32.

El nivel de hemoglobina glicosilada en el primer trimestre es un fuerte predictor para parto pretérmino; cuando su valor es de 7.7 % o mayor, la incidencia de esta complicación aumenta a un 40 %.

ATENCIÓN INTRAPARTO:

La vía de elección del nacimiento se deberá basar en las condiciones obstétricas. La diabetes no debe ser considerada una contraindicación para intentar un parto vaginal, incluso después de una cesárea previa. Mujeres con diabetes tipo 1 debe administrarse por vía intravenosa dextrosa y perfusión de insulina desde el inicio de trabajo de parto.

BIBLIOGRAFÍA

- Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. Can J Diabetes 2013;37(suppl 1):51-5212.

- Caughey AB. Obstetrical management of pregnancies complicated by gestational diabetes mellitus. (Monografía en Internet). Uptodate, 2014. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

- American Diabetes Association. Position Statement. Standards of Medical Care in Diabetes 2014. Diabetes Care. 2014. (37) Suppl 1.