

SE RECOMIENDA EL TAMIZAJE DE DIABETES GESTACIONAL DURANTE EL CONTROL PRENATAL

¿Cómo debe administrarse? (prescripción)

- Realice una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) con 75 gramos de glucosa a todas las gestantes entre la semana 24 y 28 de gestación, se considera positiva cuando uno de los tres valores de normalidad esta alterado,¹ los valores normales son:
 - Basal: <92 mg/dL.
 - 1 hora: <180 mg/dL.
 - 2 horas: <153 mg/dL.
- Se prefiere la PTOG o tamizaje de un paso al test de O 'Sullivan, ya que el test de O 'Sullivan requiere confirmación de un resultado positivo con una carga adicional de 100 gramos de glucosa, por lo cual se denomina test de dos pasos.
- No se recomienda el tamizaje de diabetes gestacional usando glicemia basal ni uroanálisis para la detección de glucosa.

¿Funciona? (eficacia y efectividad)

- Los resultados positivos de la PTOG tienen una asociación significativa con el peso al nacer por encima del percentil 90 para la edad gestacional (macrosomía fetal), el péptido C por encima del percentil 90 en sangre del cordón umbilical, el requerimiento de cesárea, y la hipoglicemia neonatal.¹
- La glucosuria en el primer trimestre de embarazo tiene un valor predictivo positivo de solo 12.8% para la diabetes gestacional.^{2,3}

¿Es seguro? (seguridad)

- El tamizaje con PTOG puede incrementar el número de falsos positivos e intervenciones innecesarias en mujeres diagnosticadas como diabéticas sin serlo.⁴

¿Es costo-efectivo? (costo-efectividad)

- El tamizaje de diabetes gestacional en un solo paso (PTOG) permite el manejo más temprano y oportuno, lo que resulta en mejores desenlaces materno-fetales y en menos recursos utilizados para su implementación, en comparación con otras alternativas diagnósticas.⁵
- No se encuentra evidencia de costo-efectividad para Colombia.

GPC para la prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo (Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico) - Hoja de evidencia 2 - Elaborado: Octubre/2014

Referencias

1. Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, Coustan DR, et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med. 2008; 358(19):1991-2002. Epub 2008/05/09.
2. Watson W. Screening for glycosuria during pregnancy. Southern Medical Journal. 1990; 83:156-8.
3. Gribble RK MP, Berg RL. The value of urine screening for glucose at each prenatal visit. Obstetrics and Gynecology. 1995; 86: 405-10.
4. Russell MA, Carpenter MW, Coustan DR. Screening and Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2007; 50(4):949-58 10.1097/GRF.0b013e31815a5510.
5. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Bogotá 2013.