



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Situación actual de la DG en Chile

Conferencia Panamericana sobre Diabetes y Embarazo

Dra. Andrea Srur C.

Jefe (S) Depto. Enfermedades No Transmisibles

División de Control y Prevención de Control de Enfermedades

Lima, 8 y 10 de septiembre 2015

1. Número de partos, características de los RN y de los partos

a. Partos*:

- Número total de partos: 186,795
- Número de partos prematuros: 5,775 (3%)
- Parto único por cesárea: 79,852 (43%)
- Parto único por cesárea electiva: 28,958 (16%)
- Número mujeres con dg. Preclampsia:130
- Número mujeres con dg. Eclampsia:103

b. Características RN**:

- Número total de RN: 242,005
- Numero de RN PEG: 24,580 (10%)
- Numero de RN GEG: 24,659 (10%)

* Departamento de estadísticas e información de salud (DEIS) 2012, Chile.

** Departamento de estadísticas e información de salud (DEIS) 2013, Chile.

2. Prevalencia de la DG y criterios diagnósticos

a. Prevalencia*:

- Egresos hospitalarios por embarazo, parto y puerperio con antecedentes de diabetes (2010) = 1,3%; 68,8% clasificado como DG
- Numero de mujeres con diabetes que se embarazaron (2012) = 6,035
- Numero de mujeres diagnosticadas con DG (2012) = 12, 906

b. Criterios diagnósticos**:

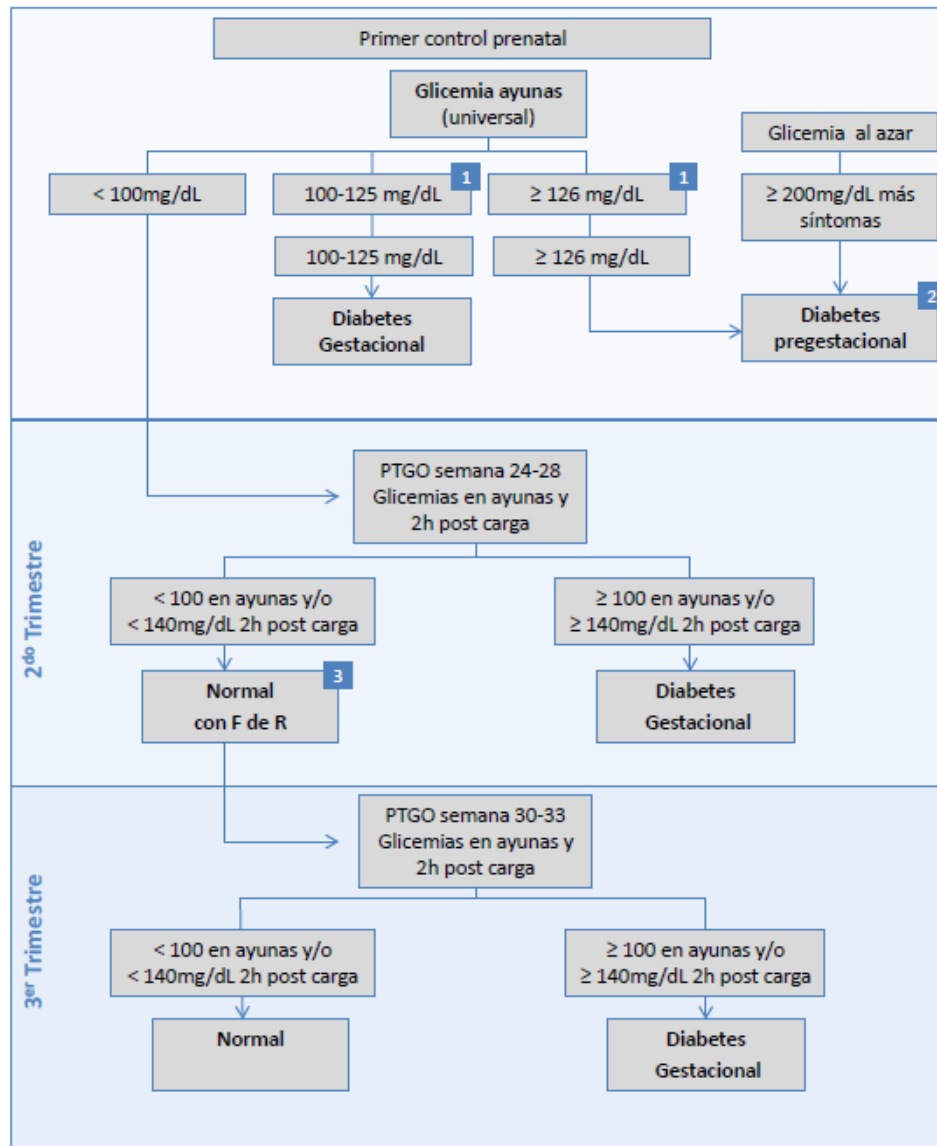
Cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se manifiesta o detecta durante el embarazo:

- Glicemia en ayunas entre 100 y 125mg/dL en 2 días diferentes y/o
- Glicemia a las 2h post carga ≥ 140 mg/dL en el 2º o 3º trimestre del embarazo

*Departamento de estadísticas e información de salud (DEIS), Chile.

**Ministerio de Salud de Chile 2014, Guía Diabetes y Embarazo.

3. Políticas para el tamizaje de DG y su prevención



4. Intervenciones educativas y/o preventivas

- Control pre-natal con matrona 1º, 2º y 3º trimestre
- Control mensual hasta las 32 semanas > cada 2 semanas hasta 36 semanas > semanal
- Si diagnóstico de DG o PDG > derivación ARO con especialista
- Mujeres con DG y buen control metabólico sólo con dieta, requieren un seguimiento clínico estricto y evaluación de la UFP para evaluación del crecimiento fetal clínico y ecográfico.
- Mujeres con DG y mal control metabólico deben seguir el protocolo de control descrito para mujeres con PDG:
 - Ecografía 1º, 2º y 3º trimestre
 - Velocimetría doppler de arterias uterinas en el 1º trimestre para riesgo de PE
 - Administrar AAS en bajas dosis antes de 16 semanas en mujeres con alto riesgo de PE/RCIU
 - FO en el 1º trimestre
 - Detectar ERC en el 1º trimestre
 - Ecocardiografía fetal para evaluación función cardíaca fetal
 - Monitorio materno de movimientos fetales desde semana 30
 - HbA1c cada 6 semanas y autocontrol

5. Complicaciones de partos relacionados con DG

- Número de RN con macrosomía: 20,743 (8,5%)
- Número de partos prematuros: 5,775 (3%)
- Número de anomalías congénitas: 4,717 (1,9%)
- Número de muertes perinatales: 2,310 (0,9%)
- Número de RN que presentaron hipoglicemia neonatal: 1,292 (0,5%)
- Número sd. de distres respiratorio: 760 (0,3%)
- Número de distocia de hombro: 57 (0,02%)

6. Controles post-parto de las mujeres con DG

- Consejería en estilos de vida saludable
- Alentar lactancia materna
- Tamizaje de DM entre 6 a 12 semanas post-parto
- Examen de preferencia es PTGO
- De ser negativo, repetir cada 3 años con EMP; 1 vez al año si mujer aumenta su peso
- De ser positivo, consejería y considerar el uso de metformina caso a caso
- Planificación familiar.

Muchas gracias

