

DIABETE IN GRAVIDANZA: Raccomandazioni in dimissione e presa in carico sul territorio

DIABETE IN GRAVIDANZA

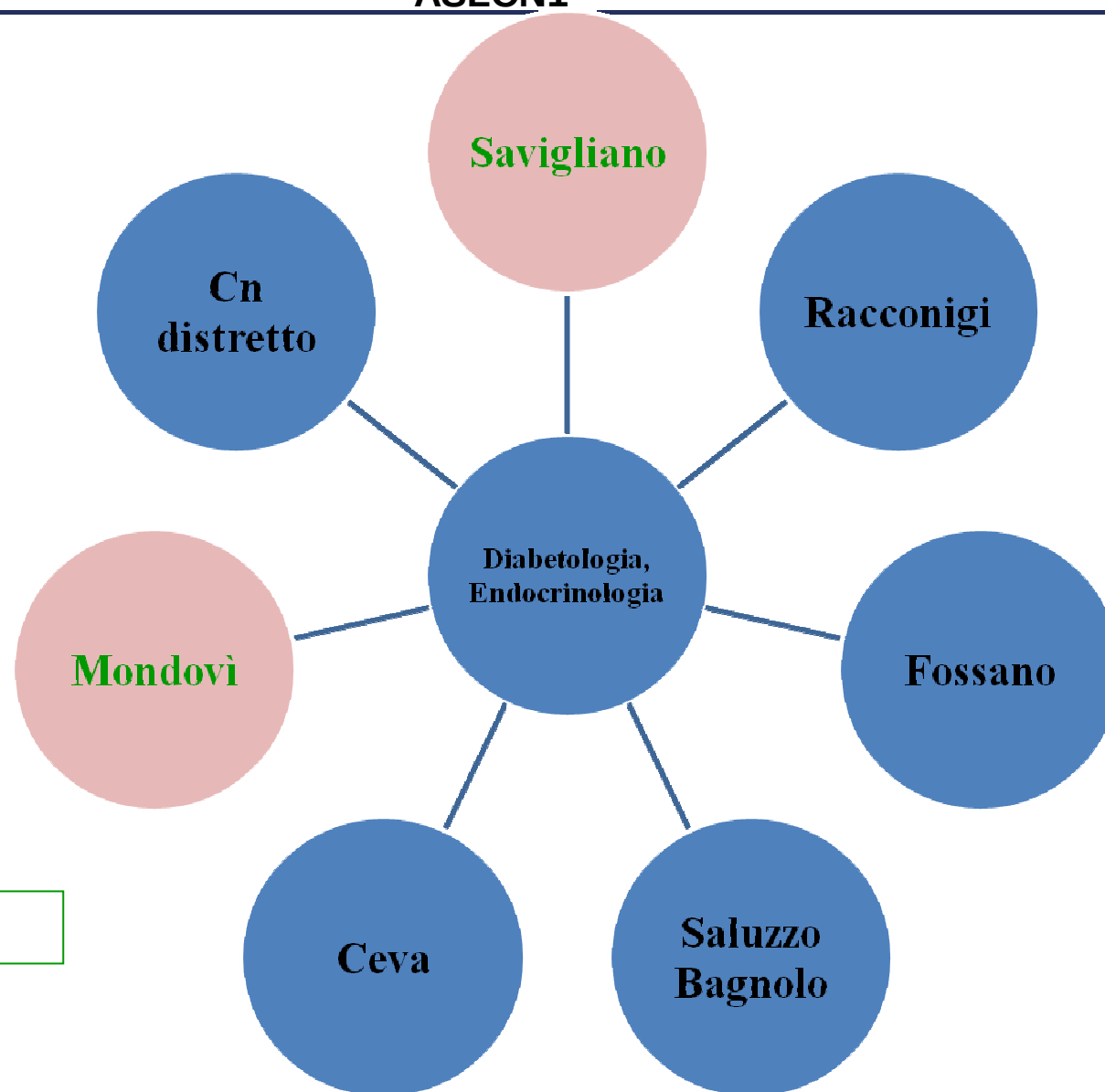


Cuneo 30 gennaio 2016

**Dott.ssa D.Sansone
S.C. Diabetologia ed Endocrinologia**

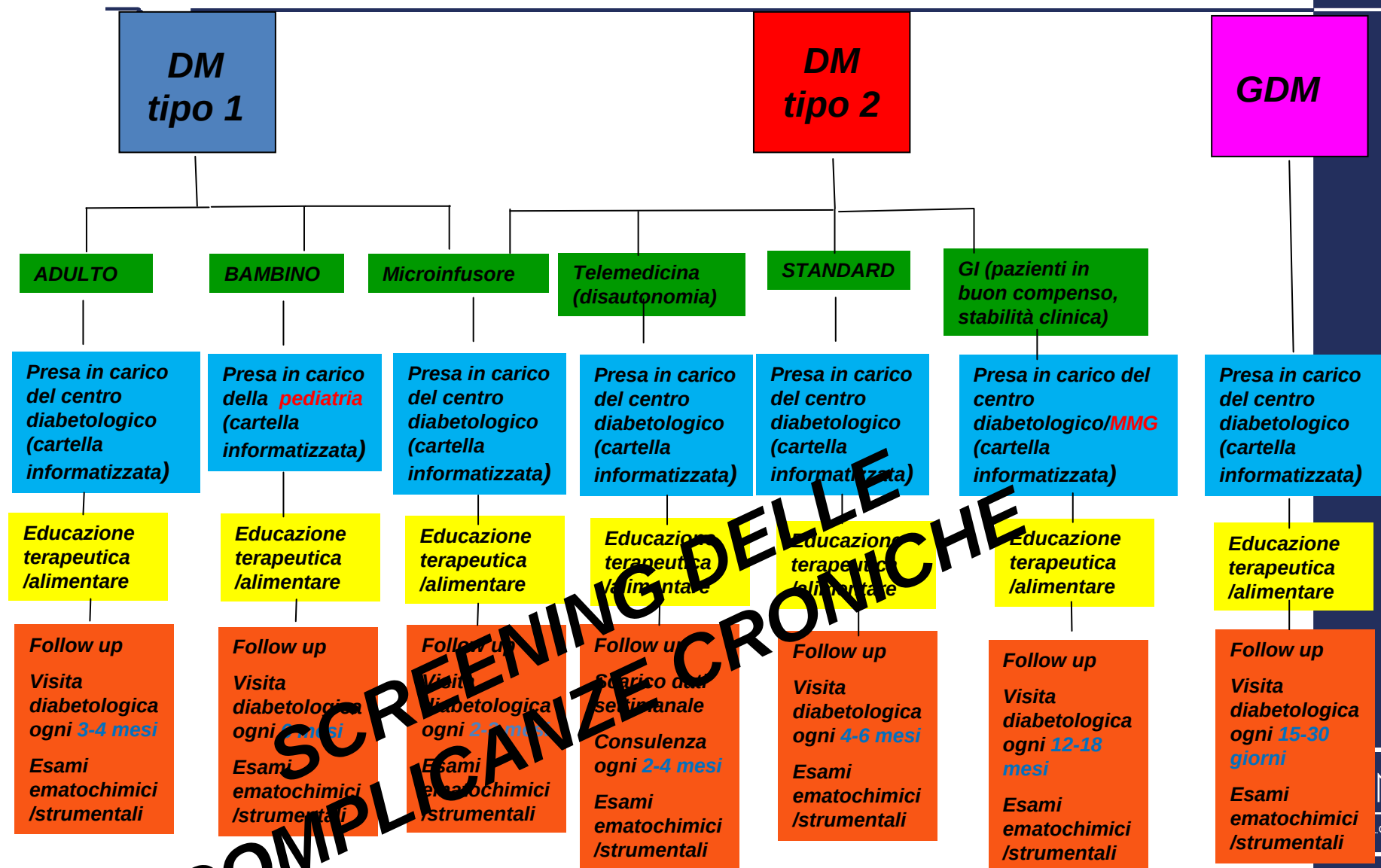
ASLCN1

ORGANIZZAZIONE S.C Diabetologia, Endocrinologia -ASLCN1-



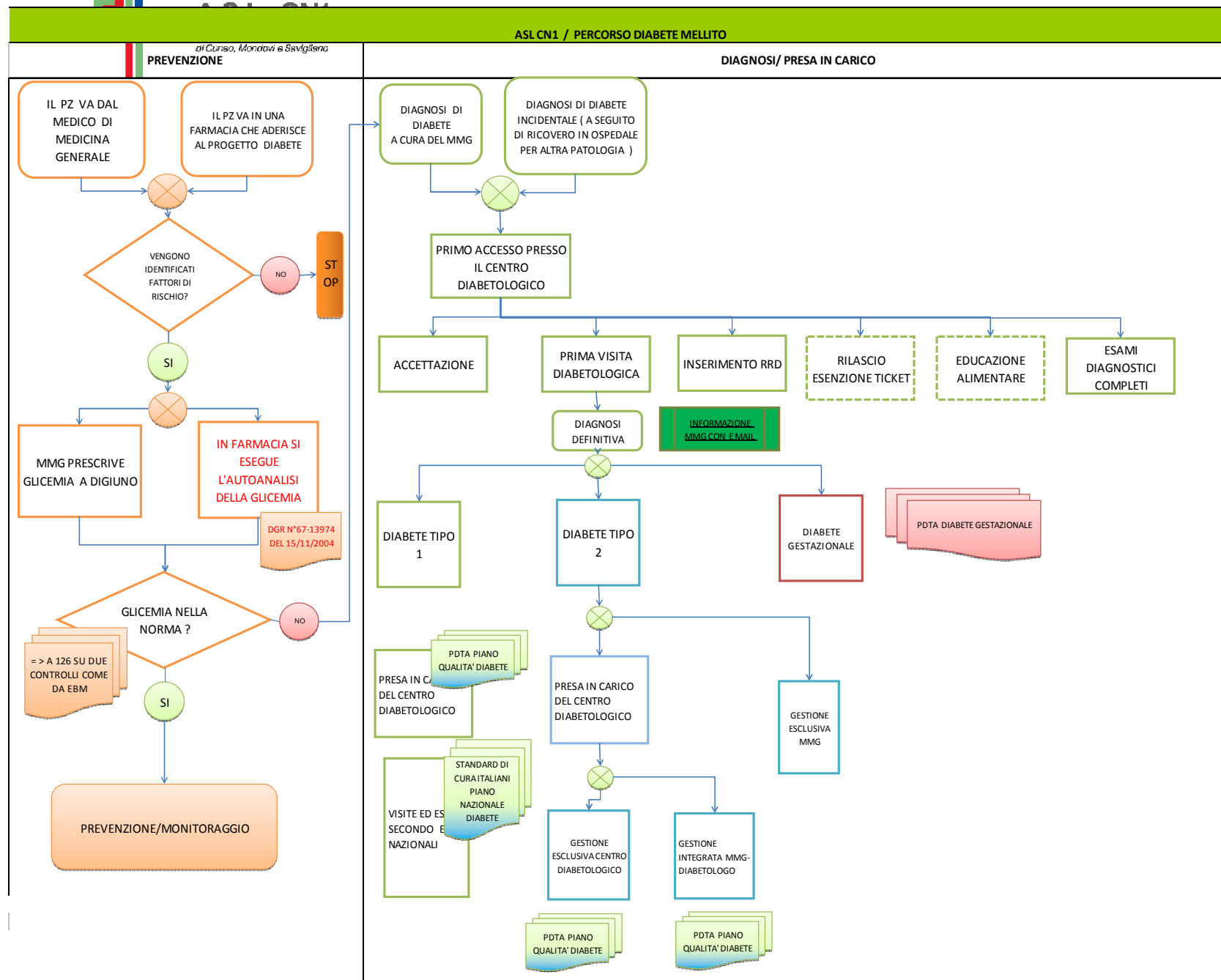
Punti Nascita

Percorso Diabete Mellito Aziendale: Diagnosi e Presa in carico



**SCREENING DELLE
COMPLICANZE CRONICHE**

Percorso Diabete Mellito Aziendale



Durante la gravidanza di paziente con diabete **pregravidico**

Paziente gravida con diabete pre-gravidico:

- gravidanza programmata (dieta, terapia orale e/o insulinica eventuale applicazione di CSII in DM1).
- gravidanza non programmata (modifica della tp con sospensione di tp orale, e modifica di dieta e eventuale tp insulinica)

Richiesta di esami e FO.

Programmazione di visita con valutazione dei profili glicemici domiciliari ogni 2 settimane.

Durante la gravidanza di paziente diabete gestazionale (DMG)

Prima visita ambulatoriale con OGTT patologico :

- Presa in carico della paziente (anamnesi , visita medica , educazione dietetica ed infermieristica con rilascio di esenzione 013 a scadenza, del glucometro con diario domiciliare e PAG).
- Prenotazione a 15 gg con esami (Hb1ac , profilo lipidico e TSHreflex)

Durante il parto e la degenza post-partum della paziente con diabete **pregravidico**

Il controllo della glicemia, durante il travaglio e il parto, è più facile quando l'insulina è somministrata sotto infusione continua a basse dosi alle donne affette da un diabete di tipo 1 o di tipo 2.

La paziente è ricoverata 1 giorno prima dell'induzione del travaglio e riceve la sua dieta e la sua dose di insulina usuali.

La colazione e la dose di insulina della mattina successiva sono sospese, viene misurata la glicemia basale a digiuno e viene iniziata un'infusione EV di destroso al 5% in soluzione di cloruro di sodio allo 0,5% alla velocità di 125 ml/h, usando una pompa infusoriale.

Generalmente, se la glicemia capillare è < 80 mg/dl ($< 4,4$ mmol/l), la dose iniziale di insulina è 0; se la glicemia è 80-100 mg/dl (4,4-5,5 mmol/l), la dose è di 0,5 U/h. In seguito, la dose è aumentata di 0,5 U/h per ogni aumento di 40-mg/dl della glicemia fino a 2,5 U/h per livelli > 220 mg/dl ($> 12,2$ mmol/l).

Durante il travaglio, la glicemia è controllata ogni ora con un apparecchio, a letto della paziente, e la dose di insulina è aggiustata ogni ora, se necessario, raddoppiando o dimezzando la sua concentrazione in modo che una normale glicemia (70-120 mg/dl [3,8-6,6 mmol/l]) sia mantenuta.

Durante il parto e la degenza post-partum della paziente con diabete **pregravidico**

Dopo il parto, l'immediata riduzione del fabbisogno insulinico è dovuta all'improvvisa perdita della placenta che è fonte, durante la gravidanza, di una grande quantità di peptidi e steroidi.

Nell'immediato periodo post-partum, le donne affette da diabete di tipo 2, non hanno bisogno di insulina.

Nelle donne con un diabete di tipo 1, il fabbisogno di insulina diminuisce notevolmente, ma poi aumenta gradualmente dopo circa 72 h.

Alla dimissione

1. Nel DM Tipo 1 terapia insulinica ottimizzata e valutazione del compenso con profili glicemico (6 punti valutare se in allattamento)
2. Nel DM tipo 2 se allatta eventuale tp insulinica , se non allatta riprende tp orale e si programma visita diabetologica dopo 4 settimane dal parto.

Durante le prime 6 sett. dopo il parto, la terapia insulinica deve essere attentamente riaggiustata nelle donne affette da un diabete di tipo 1 o di tipo 2 per ottenere un adeguato controllo della glicemia.

L'allattamento al seno non è controindicato, ma può essere associato a ipoglicemia nelle donne con un diabete di tipo 1.

Nelle donne con un diabete di tipo 2 si raccomanda di continuare la terapia con l'insulina durante l'allattamento, piuttosto che con gli ipoglicemizzanti orali(tutti sono escreti nel latte)

Durante la degenza post-partum della paziente con DMG

Dopo 12-24 ore dal parto consulenza diabetologica

-valutazioni generale della paziente

(nel post-partum, le donne affette da un diabete gestazionale non hanno bisogno di insulina)

-valutazione dei profili glicemici

-valutazione del neonato (peso, ipoglicemia)

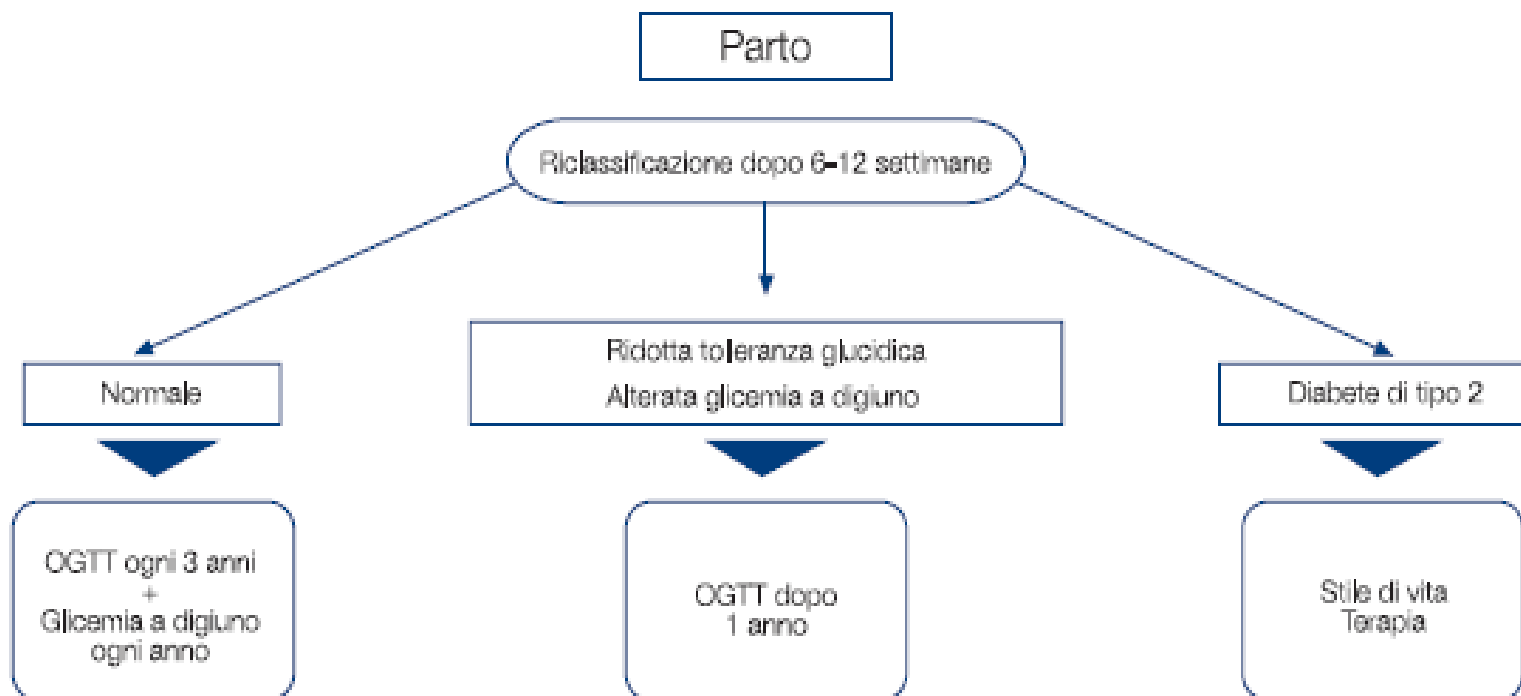
Alla dimissione : follow up della paziente con prenotazione in ambulatorio di Diabetologia dopo 3 mesi dal parto con OGTT con 75 gr di glucosio per glicemia fino a 120 minuti

DMG: un rischio per diabete mellito tipo 2 (DM2)

Elementi predittivi di evoluzione da DMG a DM2

Fattori di rischio non modificabili	Fattori di rischio modificabili
In gravidanza • Diagnosi precoce di DMG • Glicemia a digiuno • Risposta all'OGTT • Necessità di insulina terapia	Successiva alla gravidanza • Obesità o incremento ponderale • Terapia farmacologiche • Dieta incongrua • Sedentarietà • Ulteriori gravidanze
Dopo la gravidanza • risposta glicemica all'OGTT	

Follow up del DMG



...PRESA IN carico della pz..



A.S.L. CN1
*Azienda Sanitaria Locale
di Cuneo, Mondovì e Savigliano*



CN1TM
A.S.L. CUNEO

