



DOI: <https://doi.org/10.46296/yc.v10i18.0857>

ESTRATEGIAS DE TAMIZAJE POSPARTO Y PREVENCIÓN CARDIOMETABÓLICA TRAS DIABETES GESTACIONAL

POSTPARTUM SCREENING STRATEGIES AND CARDIOMETABOLIC PREVENTION AFTER GESTATIONAL DIABETES

Vallejo-Patiño Daniel Ricardo ¹; Castañeda-Trujillo Laura Valentina ²; Cáliz-Ostos Zaida Michel ³; Navarro-Perdomo Jose Gregorio ⁴; Rivera-Ricardo Yulieth ⁵; Naizzir-Galvis Lorena Lucía ⁶; Torres-Meneses Maria Jimena ⁷; Diaz-Ruiz Anyela Lorena ⁸

¹ Universidad Católica de Cuenca. Azuay, Ecuador.

Correo: drvallejo1726@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-0284-3185>

² Universidad Surcolombiana. Neiva, Colombia.

Correo: lvct543@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-2549-2507>

³ Universidad de Pamplona. Cúcuta, Colombia.

Correo: michelcaliz7@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-2673-0425>

⁴ Universidad de Pamplona. Cúcuta, Colombia.

Correo: jose.navarro@unipamplona.edu.co. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-3612-7446>

⁵ Universidad de Pamplona. Cúcuta, Colombia.

Correo: yuriri96@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-6266-5753>

⁶ Universidad Del Sinú. Montería - Colombia.

Correo: lolenaizzir@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-8000-9482>

⁷ Universidad Cooperativa De Colombia. Pasto, Colombia.

Correo: jimeucc@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-9894-8044>

⁸ Universidad Surcolombiana. Neiva, Colombia.

Correo: alodiazr@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-7649-4110>

Resumen

Las mujeres con antecedente de diabetes gestacional presentan un riesgo elevado de desarrollar diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular en los años posteriores al parto, lo que convierte el periodo posparto en una ventana crítica para el tamizaje metabólico y la prevención cardiometabólica. Esta revisión crítica sintetiza evidencia publicada entre 2015 y 2025 sobre intervenciones destinadas a aumentar la realización de la prueba de tolerancia oral a la glucosa de 75 g en el posparto y a mejorar la continuidad del seguimiento clínico. Se incluyeron estudios clínicos, metaanálisis y guías, con énfasis en estrategias aplicables a escenarios reales de Latinoamérica. En general, las tasas de tamizaje posparto son bajas (<50%) y se explican por barreras multicausales: a nivel de la paciente (limitaciones de tiempo, cuidado del recién nacido, baja percepción de riesgo y dificultades logísticas para una prueba de 2 horas), del personal sanitario (insuficiente recomendación, educación o coordinación del seguimiento) y del sistema (fragmentación asistencial y pérdida de continuidad). La evidencia muestra que la educación prenatal —en particular en formato grupal— es una de las intervenciones más efectivas para incrementar la adherencia al tamizaje, seguida por la educación individual. Los recordatorios telefónicos tienden a ser más eficaces que los mensajes SMS aislados, y los enfoques que facilitan el acceso (agendamiento anticipado, integración de la atención obstétrica con atención primaria o endocrinología) mejoran tanto la realización del tamizaje como la detección temprana de prediabetes. Las intervenciones digitales (mensajería personalizada, aplicaciones) son factibles y aceptables, aunque su impacto suele ser modesto cuando se implementan como medidas únicas. En conjunto, las estrategias multimodales que combinan educación, recordatorios y navegación/coordinación de cuidados logran los mejores resultados sostenidos. Se concluye que se requiere un modelo integral y escalable que eduque desde el embarazo,

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 08 de enero de 2026.

Fecha de aceptación: 20 de marzo de 2026.

Fecha de publicación: 20 de abril de 2026.



reduzca fricciones logísticas del tamizaje, asegure una transición efectiva a atención primaria y mantenga seguimiento hasta al menos 3 años posparto, aprovechando la infraestructura materno-infantil y las tecnologías móviles disponibles en la región.

Palabras claves: diabetes gestacional; tamizaje posparto; diabetes tipo 2; prevención; atención primaria; Latinoamérica.

Abstract

Women with prior gestational diabetes are at high risk of developing type 2 diabetes and cardiovascular disease in the years after delivery, making the postpartum period a critical window for metabolic screening and cardiometabolic prevention. This critical review synthesizes evidence published between 2015 and 2025 on interventions designed to increase completion of the 75 g oral glucose tolerance test postpartum and to strengthen continuity of follow-up care. Clinical studies, meta-analyses, and relevant guidelines were included, with emphasis on strategies feasible in real-world Latin American settings. Overall, postpartum screening rates remain low (<50%) and are driven by multilevel barriers: patient-level factors (time constraints, competing newborn-care demands, low risk perception, and logistical challenges of a 2-hour test), provider-level factors (insufficient recommendation, education, or organized follow-up), and system-level gaps (fragmented care transitions and poor longitudinal continuity). Evidence indicates that antenatal education—particularly group-based formats—is among the most effective approaches to improve screening uptake, followed by individualized education. Telephone reminders tend to outperform isolated SMS reminders, and access-facilitating approaches (advance scheduling, integration of obstetric care with primary care or endocrinology) improve both screening completion and early detection of prediabetes. Digital health interventions (tailored messaging, smartphone apps) are feasible and acceptable, but their impact is often modest when implemented as standalone measures. Overall, multicomponent strategies combining education, reminders, and care navigation/coordination achieve the most sustained improvements in screening and prevention. The review concludes that an integrated, scalable model is needed—one that starts education during pregnancy, reduces logistical friction around screening, ensures effective transition to primary care, and maintains follow-up for at least 3 years postpartum—leveraging existing maternal-child health infrastructure and widely available mobile technology across the region.

Keywords: gestational diabetes; postpartum screening; type 2 diabetes; prevention; primary care; Latin America.

1. Introducción

La diabetes gestacional (DG) se define como cualquier grado de hiperglucemia con inicio o primera detección durante el embarazo (generalmente en el segundo o tercer trimestre) y excluye diabetes preexistente (5,12). Es una de las complicaciones obstétricas más comunes, con una prevalencia creciente a nivel mundial atribuida a

factores como mayores edades maternas y prevalencia de obesidad. Se estima que aproximadamente 14% de los embarazos globales cursan con DG, lo que en 2021 representó cerca de 16.9 millones de nacimientos afectados (5). Además de las complicaciones perinatales inmediatas asociadas (p. ej., macrosomía, preeclampsia, parto por cesárea), la DG conlleva importantes implicaciones a largo



plazo para la salud materna. Las mujeres con historia de DG tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (DT2) en etapas posteriores de la vida. Meta-análisis recientes indican que el riesgo relativo de DT2 en estas mujeres es alrededor de 7 a 10 veces más alto que en mujeres sin DG previa (3,5,13). En términos absolutos, aproximadamente 1 de cada 3 mujeres con DG podría desarrollar DT2 en los 15 años posteriores al parto (13). El mayor riesgo de progresión a DT2 se manifiesta tempranamente: cerca de la mitad de esos casos ocurren en los primeros 5 años posparto. Asimismo, la DG se asocia con un aumento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares prematuras. Una revisión sistemática de 2019 encontró que las mujeres con DG tuvieron aproximadamente el doble de riesgo de eventos cardiovasculares en la década posterior al embarazo, aun después de ajustar por la aparición de diabetes incidente (11,14). Estos datos subrayan que el periodo posparto ofrece una “ventana de oportunidad” para intervenir: la identificación temprana de alteraciones glucémicas y la

implementación de medidas preventivas pueden mitigar la evolución hacia DT2 y reducir la carga de morbilidad cardiovascular a largo plazo (4,15).

Dada la alta probabilidad de deterioro cardiometabólico, las principales guías internacionales recomiendan un seguimiento estrecho tras una DG. Tanto la Asociación Americana de Diabetes (ADA) como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) aconsejan realizar una prueba de tolerancia oral a la glucosa de 75 g entre las 4 y 12 semanas posparto en todas las mujeres con antecedente de DG (2 horas, con criterios diagnósticos de no embarazo) (2,16). Esta PTGO posparto permite reclasificar la categoría glucémica de la mujer: diagnóstico de DT2 franco, prediabetes (intolerancia a la glucosa o glucosa en ayunas alterada) o normoglucemia. En caso de resultados normales, se sugiere repetir el tamizaje glucémico periódicamente, al menos cada 1 a 3 años de por vida, dada la naturaleza progresiva del riesgo metabólico (2,16). Además del tamizaje glucémico, las guías enfatizan la

importancia de una intervención temprana en el estilo de vida (alimentación saludable, actividad física) e incluso terapia farmacológica en pacientes de muy alto riesgo. Estudios como el Diabetes Prevention Program (DPP) han demostrado que, en mujeres con historia de DG e intolerancia a la glucosa, tanto los cambios intensivos en estilo de vida como la metformina reducen aproximadamente en 50% la incidencia de DT2 en seguimiento a largo plazo (15,17). Por ello, parte integral del cuidado posparto tras DG es instaurar medidas de prevención secundaria: consejería en nutrición y ejercicio, apoyo en lactancia materna (que confiere beneficios metabólicos), y considerar metformina profiláctica en mujeres con prediabetes, particularmente si presentan otros factores de riesgo (p. ej., IMC elevado) (15,18). A pesar de estas recomendaciones claras, existe una brecha sustancial entre lo ideal y lo real. Diversos estudios han documentado que la adherencia al tamizaje posparto de diabetes tras una DG es muy baja en la práctica, representando una oportunidad perdida de intervención temprana. Se han reportado tasas de cumplimiento de la PTGO posparto

desde apenas ~19% hasta un 60% en diferentes poblaciones (variabilidad atribuida a diferencias en sistemas de salud y estrategias locales) (1,3). Por ejemplo, un gran estudio de cohorte en EE. UU. encontró que solo ~36% de las mujeres con DG completaron la prueba de glucosa recomendada dentro de las 12 semanas posparto (2). En Italia, investigadores hallaron que únicamente 41% de 650 mujeres con DG realizaron la PTGO posparto; preocupantemente, 19% de las que se examinaron tenían prediabetes y 1.9% ya cumplían criterios de DT2, evidenciando la importancia del tamizaje (1). En entornos de bajos recursos, como ciertas regiones de Asia y Latinoamérica, las tasas de seguimiento posparto pueden ser aún menores debido a barreras socioeconómicas y logísticas (3,4). En Colombia y otros países latinoamericanos, aunque faltan datos nacionales robustos, se reconoce en la comunidad médica que el seguimiento posparto de DG es deficiente, limitando la detección oportuna de anormalidades metabólicas y la instauración de medidas preventivas (4).



Tabla 1. Tasas de tamizaje posparto de diabetes en diferentes estudios

Estudio (referencia)	Contexto/País	Tasa de tamizaje posparto completado	Notas
de Gennaro et al., 2020 (1)	Italia (centro hospitalario)	41%	Entre quienes se tamizaron: 19% prediabetes y 1.9% DT2 diagnosticados.
D'Amico et al., 2023 (2)	EE. UU. (cohorte multicéntrica)	~36%	Proporción que completó la PTGO dentro de las 12 semanas posparto recomendadas.
Sinha et al., 2022 (3)	Global (revisión de estudios)	~19% – 60%	Rango de tasas halladas en distintos entornos; las más bajas en contextos de bajos recursos.

Fuente: Elaboración propia a partir de referencias (1), (2) y (3).

Identificar las razones de este incumplimiento y diseñar intervenciones efectivas se ha convertido en una prioridad en salud pública para cerrar la brecha entre las guías y la práctica clínica. Las causas de la baja adherencia al tamizaje posparto tras DG son multifactoriales. A nivel del paciente, el periodo inmediatamente después del parto (“cuarto trimestre”) es un momento de enormes cambios y desafíos: las nuevas madres frecuentemente priorizan el cuidado del recién nacido y su propia recuperación física, dejando en segundo plano visitas médicas o pruebas si no presentan síntomas (3,19). Muchas mujeres desconocen o subestiman su riesgo de DT2, especialmente si la glucemia se normalizó tras el parto; existe la

percepción errónea de que “la diabetes fue solo durante el embarazo” (4). La falta de síntomas de hiperglucemia y sentirse recuperadas puede generar falsa seguridad. Además, pueden presentarse obstáculos prácticos como dificultad para acudir al laboratorio con un bebé pequeño a realizar una PTGO de 2 horas en ayunas, falta de transporte o apoyo para cuidado infantil el día de la prueba, o costos asociados si el seguro no cubre plenamente los exámenes (3,4). Desde la perspectiva del proveedor de salud, en algunos casos no se enfatiza suficientemente a la paciente la importancia del seguimiento posparto, o no se deja una orden de laboratorio ni se realiza un plan concreto antes del alta obstétrica, lo

que resulta en que la mujer no tenga claro el siguiente paso (4,20). La coordinación entre los servicios de obstetricia y la atención primaria/endocrinología también suele ser deficiente – tradicionalmente, la paciente recibe el alta de cuidado obstétrico alrededor de las 6 semanas posparto y debe iniciar por su cuenta el seguimiento con otro médico para evaluación metabólica, fase en la cual muchas se pierden (8). En cuanto al sistema sanitario, la transición posparto es un punto vulnerable: la continuidad de cuidado se fragmenta, sobre todo en sistemas donde la atención prenatal/parto ocurre en un ámbito (público o especializado) y el seguimiento de enfermedades crónicas corresponde a otro (centros de salud primaria). Si no existen mecanismos que “conecten” a la paciente con antecedente de DG hacia la atención longitudinal, es probable que no sea evaluada a tiempo. Adicionalmente, en contextos donde la cobertura de seguro disminuye posparto (como ocurría con Medicaid en EE. UU., que antes solo cubría hasta 6 semanas posparto), las pacientes pueden perder acceso a servicios

justamente cuando lo necesitan (4). Todos estos factores resaltan la necesidad de intervenciones integrales que aborden las barreras desde múltiples ángulos: empoderamiento de la paciente con educación, recordatorios prácticos, facilitación del acceso a pruebas/citas y reestructuración de la prestación de servicios para asegurar continuidad asistencial.

En esta revisión, analizamos la evidencia disponible de los últimos 10 años sobre estrategias para mejorar el tamizaje posparto en mujeres con DG y para implementar medidas efectivas de prevención cardiometabólica. Nos enfocamos en intervenciones estudiadas en diversos entornos que pudieran adaptarse a la realidad latinoamericana. Asimismo, discutimos las barreras identificadas y proponemos un modelo escalable que integre las mejores prácticas, con el fin de cerrar la brecha entre las recomendaciones y la atención real que reciben estas mujeres tras el parto.



2. Desarrollo

Estrategias para aumentar el tamizaje posparto con OGTT

- **Educación antenatal y preparación para el seguimiento**

Una intervención que sobresale en la literatura reciente es la educación de la paciente antes del parto acerca de su condición de DG, su riesgo futuro y la necesidad del seguimiento posparto. La evidencia sugiere que informar y empoderar a la mujer durante el embarazo puede cambiar conductas después. En un metaanálisis en red de 11 ensayos aleatorizados, Huang et al. encontraron que la educación grupal antenatal específica para pacientes con DG fue la estrategia más efectiva para lograr que las mujeres acudieran a su tamizaje posparto (odds ratio ~10 frente a cuidado habitual) (5). Esta intervención típicamente consiste en sesiones educativas durante la gestación –ya sea individuales o en grupo– donde se explica la importancia del control posparto, se enseñan cambios saludables de estilo de vida y se planifica el seguimiento. También la educación individualizada (con

material impreso o consejería personalizada) mostró eficacia significativa (OR ~6.9) (5). Un estudio en Canadá halló que haber recibido educación diabetológica durante el embarazo se asociaba fuertemente con cumplir la PTGO posparto (4). La educación parece funcionar al aumentar la conciencia de la paciente sobre su vulnerabilidad a DT2 y motivarla a priorizar su salud aun tras el nacimiento del bebé. Idealmente, al finalizar el embarazo, la mujer debe comprender que su “episodio” de DG no culmina con el parto, sino que marca el inicio de un periodo de vigilancia y autocuidado de por vida. Iniciativas como clases de DG dentro de los cursos psicoprofilácticos, o la entrega de un plan escrito de seguimiento al momento del alta hospitalaria, han mostrado incrementar modestamente la adherencia (1). En suma, preparar a la paciente desde la etapa antenatal crea las bases para mayor participación en el cuidado posparto.

- **Recordatorios y comunicación proactiva**

Otra categoría de intervenciones son los sistemas de recordatorio

posparto, diseñados para contactar a las pacientes y animarlas a realizar su tamizaje. Estos pueden ser tan simples como llamadas telefónicas o mensajes de texto, o tan complejos como plataformas digitales automatizadas. La efectividad de los recordatorios ha sido variable en distintos estudios, pero en general se considera un componente útil. Un ensayo controlado aleatorizado en Irán comparó directamente dos métodos de recordatorio en mujeres con DG: 4 mensajes SMS versus 4 llamadas telefónicas durante las primeras 6–12 semanas tras el parto. Encontraron que las mujeres que recibieron llamadas tuvieron una tasa de cumplimiento significativamente mayor de la PTGO (34% con llamadas vs. 22% con solo SMS, $p < 0.05$) (6). Aunque el retorno global seguía siendo bajo ($\approx 28\%$ promedio), el contacto telefónico personalizado pareció motivar más, posiblemente porque permite interacción bidireccional, resolver dudas y reforzar la importancia de la prueba. Por otro lado, en Filipinas, Sarmiento et al. evaluaron exclusivamente SMS automatizados: enviaron recordatorios por texto 2 veces/semana alrededor de las 4, 8

y 10 semanas posparto, además de la atención estándar, y no hallaron diferencia en la tasa de seguimiento comparado con el grupo control (aprox. 20% en ambos grupos) (7). Este resultado sugiere que los SMS genéricos por sí solos pueden ser insuficientes en ciertos contextos, especialmente si la tasa basal de seguimiento es muy baja. Probablemente se requiera complementar los mensajes con otras estrategias (p. ej., llamadas, educación personalizada) para superar barreras. Algunos estudios cualitativos indican que las pacientes aprecian los recordatorios, pero factores como la saturación de mensajes, cambios de número telefónico, o bajo nivel educativo pueden limitar su impacto (4). En la práctica, combinar múltiples canales de comunicación (llamada, mensaje de texto, correo electrónico) aumenta la probabilidad de contacto efectivo. También es importante el *timing*: se recomienda hacer el primer recordatorio cercano a la fecha de la cita o ventana de 6 semanas, con repetición si la paciente no acude (20). En clínicas de atención primaria, implementar alertas en la historia clínica electrónica para que el profesional



contacte a la paciente con DG previa antes de los 3 meses posparto ha demostrado modestos aumentos en tasas de tamizaje. En síntesis, los recordatorios –especialmente vía contacto humano directo– representan una herramienta relativamente sencilla que puede integrarse a programas de seguimiento, aunque no garantizan por sí solos un alto éxito si otros obstáculos permanecen.

- **Agendamiento anticipado de la PTGO o visita de seguimiento**

Facilitar el acceso a la prueba de tamizaje es fundamental. Una táctica efectiva es programar la PTGO (o la consulta posparto en que se ordenará) antes de que la paciente se vaya del hospital tras el parto. La “inercia” organizativa a menudo conspira contra la realización de la prueba cuando se deja a la paciente gestionar la cita posteriormente. Un ensayo reciente en Estados Unidos aplicó el concepto de *default scheduling*: a todas las mujeres con DG, durante su hospitalización posparto, se les agendó automáticamente una cita con su médico de atención primaria

aproximadamente a las 6–8 semanas, y adicionalmente recibieron mensajes recordatorios personalizados antes de dicha cita (8). Este enfoque incrementó significativamente la asistencia a consultas de seguimiento en el primer año posparto (un 19% más vs. atención habitual) y, como consecuencia, mejoró la proporción de mujeres que completaron tamizaje de DT2 oportunamente (8). Aunque ese estudio fue sobre atención primaria en general, ilustra un principio aplicable: remover la carga a la paciente de tener que programar su cuidado. En lugares donde sea posible, agendar la PTGO directamente (p. ej., dar fecha y orden de laboratorio antes del alta) o vincular a la paciente con una clínica metabólica posparto, puede aumentar la adherencia. Un reto es asegurar que la paciente recuerde y pueda asistir a la cita programada; aquí nuevamente los recordatorios ayudarían. Algunos centros han optado por realizar la PTGO en la misma visita postnatal de 6 semanas (haciendo que la paciente llegue ayunando a su consulta obstétrica y coordinando con el laboratorio). Esta logística integrada ha mostrado mejorar la tasa de tamizaje, ya que

combina la visita rutinaria con la prueba sin requerir doble desplazamiento. Sin embargo, logísticamente no siempre es viable en consultorios pequeños o con limitaciones de laboratorio. Otra idea propuesta es aprovechar las visitas pediátricas del recién nacido: integrar el tamizaje materno en las consultas del bebé (tomar glicemia a la madre mientras espera). Estudios piloto sugieren que muchas madres encuentran conveniente esta sincronización, aunque requeriría coordinar servicios de salud materno-infantil de manera innovadora (4). En conclusión, cuanto más se simplifique el proceso (agenda preestablecida, pocas visitas separadas), más probabilidades hay de que la mujer complete la evaluación posparto.

- **Integración de obstetricia con atención primaria**

Abordar la fragmentación del cuidado tras el parto es esencial para sostener la prevención cardiometabólica más allá de las primeras semanas. Un modelo integrador implica que el obstetra/ginecólogo y el médico de atención primaria (o

internista/endocrinólogo) trabajen coordinadamente en la transición de la paciente. Idealmente, el paso de “paciente obstétrica” a “paciente de medicina familiar” debe ser fluido, sin soltar a la persona en un vacío asistencial. La literatura muestra que cuando las pacientes con DG son efectivamente vinculadas a seguimiento en atención primaria, los resultados mejoran. Un estudio en EE. UU. encontró que solo ~51% de mujeres con DG tuvieron al menos una visita a atención primaria en el año posparto; pero aquellas que sí lo hicieron tuvieron tasas más altas de tamizaje de glucosa y detección de prediabetes en tiempo (2). ACOG y la Society for Maternal-Fetal Medicine ahora enfatizan la “visita de transición” alrededor de 4–12 semanas, donde se revisan no solo temas obstétricos sino factores de riesgo médicos y se deriva a programas preventivos según necesidad (16). Algunos sistemas de salud han implementado clínicas posparto especializadas para condiciones como DG, manejadas por un equipo multidisciplinario (obstetra, endocrinólogo, enfermera educadora). En Canadá, por ejemplo, existen clínicas de “Medicina Interna Obstétrica” donde



se sigue a las pacientes con DG después del parto, logrando mayor adherencia a tamizaje y consejería intensiva en estilo de vida (20). En ausencia de clínicas especializadas, estrategias de *case management* con navegadores de pacientes pueden servir de puente. Un programa piloto denominado SWEET en Estados Unidos asignó navegadores a mujeres con DG para guiarlas en el posparto (vía llamadas, coordinación de citas, seguimiento personalizado). Los resultados iniciales mostraron alta aceptación y mejoras en retención al cuidado (10). Aunque los datos de impacto en resultados metabólicos aún son limitados, el enfoque de navegación apunta a cerrar las brechas de comunicación entre distintos proveedores y a sostener a la paciente dentro del sistema. Para Latinoamérica, donde la atención primaria tiene un rol amplio, integrar protocolos para que toda puérpera con DG sea remitida automáticamente a su centro de salud con un plan de seguimiento (y que este centro reciba la información completa del caso) sería un paso importante. Adicionalmente, capacitar a profesionales de primer nivel en el manejo post-DG (lectura

de resultados de PTGO, criterios de prediabetes, consejería en hábitos) ayudaría a que el primer contacto posparto no se limite a temas de planificación familiar o puerperio, sino que incluya una auténtica continuidad en prevención de DT2 (4). En resumen, la integración obstetricia-APS reduce la posibilidad de que la paciente “se pierda” una vez sale del ámbito perinatal, y crea las bases para seguimiento a largo plazo de condiciones crónicas emergentes.

- **Intervenciones con tecnología digital**

El auge de la salud digital ofrece oportunidades novedosas para complementar el seguimiento tradicional. Además de los simples SMS ya mencionados, se están explorando aplicaciones móviles, portales web y monitores portátiles para apoyar a mujeres con historia de DG. Un ensayo factorial piloto en EE. UU. probó una intervención digital multimodal que incluía: mensajes de texto educativos, recordatorios automatizados vía portal electrónico y recursos en línea sobre dieta/ejercicio (9). Aunque fue un estudio pequeño, demostró alta

factibilidad (más del 80% de las participantes interactuaron con la plataforma) y sugirió mejoras en conocimiento y disposición para realizar la PTGO. En Australia, Cheung et al. desarrollaron un programa de mensajes de texto personalizados junto con un dispositivo monitor de actividad física (podómetro o banda) para fomentar estilo de vida saludable tras la DG (10). En su ensayo aleatorizado, la intervención logró una mayor adopción de actividad física y pequeñas reducciones de peso a los 6 meses posparto en comparación con atención estándar (10). Si bien estos resultados se enfocan más en prevención metabólica que en la tasa de tamizaje en sí, son relevantes porque conectar a las pacientes con herramientas digitales podría mantenerlas comprometidas con su autocuidado, incluyendo acudir a pruebas médicas. Un recurso digital simple pero poderoso en Latinoamérica podría ser el uso de WhatsApp u otras plataformas de mensajería ampliamente utilizadas: grupos de apoyo posparto moderados por enfermeras, envío de infografías sobre la importancia del tamizaje, o incluso teleconsultas breves por chat para resolver dudas.

La telemedicina también puede jugar un rol: evaluaciones posparto virtuales (vía videollamada) facilitarían que más mujeres reciban seguimiento sin barreras de transporte, y durante esas consultas remotas se podría indicar el PTGO o interpretar los resultados ya obtenidos. Durante la pandemia de COVID-19 se validaron enfoques alternativos como reemplazar la PTGO por combinaciones de glicemia en ayunas y HbA1c para minimizar salidas; aunque no equivalen diagnósticamente a la PTGO, podrían utilizarse en situaciones excepcionales acompañadas de seguimiento cercano (7,16). En conclusión, las soluciones digitales aún están emergiendo, pero brindan flexibilidad y alcance masivo. Es crucial, no obstante, considerar la brecha digital: asegurar que las intervenciones tecnológicas sean accesibles para mujeres de diversa escolaridad, con privacidad de datos y sin sustituir el contacto humano necesario para motivar cambios de comportamiento.



Estrategias multimodales y programas integrales

Dado que las barreras para el tamizaje posparto son multidimensionales, tiene sentido que las intervenciones combinadas tengan mayor éxito. Los estudios observacionales sugieren que intervenciones multimodales (que atacan varios puntos del proceso) logran los mayores incrementos en tasas de tamizaje (5). Por ejemplo, un programa podría incluir: educación antenatal + entrega de cita programada + recordatorio telefónico + disponibilidad de guardería en el centro de salud durante la prueba. Huang et al. mencionan que las intervenciones multimodales pueden ser muy efectivas si están bien fundamentadas teóricamente e integradas al sistema sanitario (5). Un caso ilustrativo proviene de un hospital en Italia que implementó a partir de 2017 una política combinada: capacitación del personal para enfatizar seguimiento, carta personalizada de recomendaciones posparto entregada a la paciente, y notificación al médico de cabecera. Con estas medidas, la adherencia a

la PTGO aumentó de 32% a 47% en un año (1). Aunque no es un ensayo controlado, muestra la sinergia de acciones coordinadas. Otro ejemplo es en entornos de investigación donde ofrecían a las participantes transporte gratuito o domicilios de glucosa, sumado a llamadas de motivación; esas facilidades eliminaron barreras prácticas y elevaron modestamente la participación (4). En países latinoamericanos, un programa escalable debería combinar intervenciones de bajo costo que se refuercen mutuamente: por ejemplo, aprovechar la visita de puerperio para hacer una intervención educativa breve y agendar PTGO; luego implementar recordatorios (usando llamadas desde el centro de salud o mensajes de texto); y finalmente, asegurar que al presentarse a la prueba, la mujer reciba consejería de seguimiento (si el resultado es anormal, derivarla inmediatamente a un programa de prevención de DT2). Un abordaje interesante es involucrar a promotoras de salud o personal comunitario: entrenar a agentes comunitarios para que den seguimiento a las puérperas con DG en su localidad, recuerden las citas y

brinden orientación básica. Esto ha funcionado en manejo de otras condiciones crónicas y podría adaptarse para la DG posparto, especialmente en zonas rurales (4). En síntesis, no existe una bala de

plata; la mejor estrategia parece ser sumar múltiples componentes que juntos aborden las diversas barreras – educar, recordar, facilitar y acompañar.

Tabla 2. Intervenciones evaluadas para mejorar el tamizaje posparto tras diabetes gestacional

Intervención	Impacto en tamizaje posparto
Educación grupal antenatal	Mujeres con DG que recibieron educación grupal durante el embarazo tuvieron ~10 veces más probabilidad de completar la PTGO posparto vs. cuidado habitual (OR ≈10) (5).
Educación individualizada antenatal	~6.9 veces más probabilidad de realizar la PTGO posparto versus sin educación personalizada (5).
Recordatorio telefónico (llamadas)	En un estudio aleatorizado, 4 llamadas telefónicas posparto lograron 34% de cumplimiento de PTGO vs. 22% con solo SMS (6).
Recordatorio vía SMS	Mensajes de texto automatizados únicamente no mejoraron significativamente la tasa de tamizaje (~20% en ambos grupos, $p>0.05$) (7).
Cita posparto programada ("default scheduling")	Agendar automáticamente una visita de seguimiento con atención primaria aumentó en 19% la asistencia posparto vs. atención habitual, mejorando la detección temprana de prediabetes (8).
Opción de tamizaje alternativo	Ofrecer glicemia en ayunas o HbA1c cuando la PTGO no es factible mejoró la participación en algunos entornos, aunque la PTGO sigue siendo el método recomendado (5,7).
Integración con atención primaria	Vincular a la paciente con atención primaria tras el parto aumentó el seguimiento; por ejemplo, aunque solo 51% tuvo una visita de APS en el primer año, esas pacientes presentaron mayores tasas de tamizaje y detección oportuna de prediabetes (2).
Intervenciones digitales (app, SMS personalizado)	Son factibles y bien aceptadas; han mostrado mejoras modestas en la asistencia posparto y en la adopción de estilos de vida saludables (9,10).
Enfoque multimodal (combinado)	Estrategias que combinan educación, recordatorios y apoyo de navegadores lograron los mayores incrementos sostenidos en tamizaje (5). Por ejemplo, en un programa las medidas combinadas elevaron la adherencia de 32% a 47% en un año (1).

Fuente: Elaboración propia a partir de referencias (1), (2), (5–10).

Barreras al seguimiento y continuidad de cuidado a 1–3 años

A pesar de implementar las estrategias anteriores, persisten barreras importantes que dificultan la



continuidad del cuidado en el mediano plazo. Incluso si la mujer realiza su PTGO a las 6–12 semanas posparto y el resultado es normal, asegurar que continúe con evaluaciones periódicas (por ejemplo, anuales) y mantenga hábitos preventivos es un gran desafío (2,4).

Las principales barreras para la continuidad del cuidado entre 1 y 3 años posparto incluyen:

- **Prioridades familiares y de tiempo:** Tras el nacimiento, las nuevas responsabilidades del cuidado del bebé y del hogar suelen desplazar el autocuidado materno a un segundo plano. Conforme el niño crece, las madres a menudo relegan sus controles de salud por obligaciones laborales o familiares.
- **Ausencia de síntomas y baja percepción de riesgo:** Si la mujer se siente bien y su primera prueba posparto fue normal, puede asumir equivocadamente que “todo está bien” y no ve necesario repetir exámenes. Estudios cualitativos indican que algunas piensan que con

mantener “un poco de cuidado” es suficiente, sin darse cuenta de que su riesgo de DT2 sigue elevado (3,4).

- **Falta de seguimiento médico organizado:** En muchos casos no existe un plan estructurado para el seguimiento tras la atención obstétrica. La pérdida de cobertura de salud después del periodo posnatal (como ocurría en ciertos sistemas) y la falta de protocolos en atención primaria para retener a estas pacientes resultan en oportunidades perdidas de control (4). Un análisis de cohorte mostró que solo ~20% de mujeres con DG tuvo alguna evaluación preventiva en el primer año posparto fuera del ámbito obstétrico (3).
- **Fragmentación de la información clínica:** A veces la mujer sí se realiza exámenes (por ejemplo, glicemia anual con su médico general) pero su antecedente de DG no es comunicado o considerado, de modo que resultados prediabéticos pueden pasar desapercibidos. Esto resalta la importancia de historias clínicas

integradas y de empoderar a la paciente para informar su antecedente a todos sus proveedores.

- **Factores psicosociales:**

Algunas mujeres experimentan una especie de “fatiga de la enfermedad” tras un embarazo complicado, deseando olvidar el tema de la diabetes una vez nacido el bebé (19). Si además enfrentaron mucho estrés o culpa durante la DG, puede haber negación o evitación del seguimiento posparto. También la depresión posparto, más frecuente en mujeres con DG, puede disminuir la motivación para asistir a controles médicos (4).

- **Barreras económicas y geográficas:**

Dificultades como el costo del transporte o de los exámenes (si no están cubiertos), el tiempo que toma asistir a citas, y la distancia a los centros de salud siguen siendo obstáculos importantes. Si la clínica está lejos o muy ocupada, es menos probable que la mujer acuda para “solo un examen preventivo”. Acercar el tamizaje a la comunidad (p. ej., jornadas

de salud locales, uso de puestos de atención primaria) es una estrategia para contrarrestar esta limitante.

En resumen, mantener la continuidad de cuidado más allá del periodo posparto inmediato es tan desafiante como lograr el tamizaje inicial. Cualquier modelo efectivo debe contemplar intervenciones sostenidas en el tiempo, no solo un esfuerzo único a las 6 semanas. Esto implica diseñar rutas asistenciales de largo plazo: p. ej., un esquema donde a la mujer con DG se le integre en un registro crónico que genere alertas automáticas para control anual, similar a como se hace seguimiento de otras condiciones (hipertensión, etc.). También aprovechar cada contacto con el sistema de salud (vacunación del bebé, consultas pediátricas) para recordar y animar el control materno. Superar estas barreras requerirá un enfoque continuo y adaptado a las circunstancias individuales de cada paciente, con particular atención a mujeres en situaciones de vulnerabilidad económica o social.



Hacia un modelo escalable para Latinoamérica

Basándose en la evidencia discutida, proponemos un modelo integral de seguimiento posparto tras diabetes gestacional que podría implementarse en sistemas de salud latinoamericanos, ajustándose a recursos locales. El modelo combina intervenciones en múltiples niveles:

1. **Educación e involucramiento desde el embarazo:** Durante la atención prenatal, idealmente al momento del diagnóstico de DG y reforzado en el tercer trimestre, se deben brindar sesiones educativas (según el contexto, incluso bilingües) sobre la condición. Esto incluye explicar claramente el riesgo futuro de DT2 (por ejemplo, “una de cada dos o tres de ustedes podría desarrollar diabetes en pocos años sin seguimiento”), y las medidas de prevención. Entregar materiales impresos sencillos (folletos, infografías) con la información clave y el plan de acción posparto. Involucrar, si es posible, a la familia en esta educación –las parejas o familiares cercanos pueden ser aliados recordando a la madre

sus cuidados tras el parto. Un método de bajo costo es añadir un apartado en la cartilla o libreta prenatal indicando la fecha prevista para el tamizaje posparto y las metas de salud, de forma que quede institucionalizado en el documento que la paciente lleva.

2. **Planificación del tamizaje antes del alta obstétrica:** Al acercarse la fecha probable de parto o durante la hospitalización por parto, el equipo obstétrico debe asegurarse de generar un plan de seguimiento por escrito. Esto incluiría la orden de laboratorio para la PTGO a realizarse idealmente entre las 6 y 12 semanas posparto, con indicación de una cita previa o posterior para discutir resultados. Mejor aún, si el sistema lo permite, agendar directamente una cita posparto en atención primaria o endocrinología aproximadamente en la semana 8 posparto, preferiblemente en la unidad de salud más cercana al domicilio de la paciente para asegurar accesibilidad. En caso de sistemas fragmentados, al

menos realizar una derivación formal (interconsulta) hacia el nivel correspondiente. En el resumen de egreso obstétrico, debe quedar consignado el antecedente de DG y las recomendaciones de seguimiento metabólico, para que otros proveedores estén al tanto.

3. Recordatorios postnatales

multifase: Implementar un protocolo de recordatorios escalonados. Por ejemplo, una llamada telefónica por parte de una enfermera o agente comunitario alrededor de las 4 semanas posparto para verificar el bienestar de la madre, reiterar la importancia de la PTGO próxima, confirmar que tiene la orden y resolver dudas logísticas (horarios de laboratorio, necesidad de ayuno, etc.). Si no se logra contactar por teléfono, enviar un mensaje SMS o de WhatsApp breve con la información del tamizaje. Luego, unos días antes de la fecha programada de prueba o cita, enviar un segundo recordatorio (vía llamada o mensaje). Este enfoque combinado mejora la

probabilidad de que el mensaje llegue. Es importante que el personal que realiza los recordatorios esté capacitado para brindar un trato amable y motivador, enfatizando que “es por su salud a largo plazo”. En áreas rurales, los agentes de salud locales (p. ej., auxiliares de enfermería del puesto de salud) podrían hacer visitas domiciliarias breves para recordar, si los medios telefónicos fallan.

4. Facilidades para la realización

de la PTGO: Reconociendo las dificultades que implica para una madre reciente hacer una prueba de tolerancia a la glucosa de 2 horas, se deben implementar facilidades como: horarios de laboratorio extendidos (que pueda ir muy temprano y terminar antes de media mañana para volver con su bebé), áreas de lactancia o permitir que acuda acompañada con su bebé durante la espera. Si es posible, ofrecer la toma de muestra domiciliaria (un técnico que visite el hogar) en casos en que la paciente no pueda desplazarse. Aunque esto último



conlleve más recursos, podría focalizarse en pacientes de alto riesgo que no acudieron inicialmente. Otra opción es agrupar a puérperas con DG en un mismo día –por ejemplo, convocar a todas las que dieron a luz en cierto mes a una “jornada de tamizaje posparto” en el centro de salud, haciendo de ello un evento comunitario. Esto incluso genera apoyo grupal entre ellas.

5. **Involucrar atención primaria**

con continuidad: Una vez realizada la PTGO, debe asegurarse la comunicación de resultados y el siguiente paso. Si el resultado es anormal (prediabetes o DT2), activar de inmediato el protocolo de manejo: derivación a endocrinología o a un programa de prevención de diabetes. Si es normal, enviar una notificación a la paciente (vía llamada o consulta breve) informando que todo estuvo dentro de límites normales, pero recordándole el plan a futuro: mantener hábitos saludables y repetir control en 1 año. Aquí es donde la atención primaria juega un papel crucial:

incluir a la paciente en los registros de prevención. Por ejemplo, algunos sistemas podrían añadir una alerta en la historia electrónica para que cada año se solicite glicemia/HbA1c a pacientes con antecedente de DG (8). Otra estrategia es proveer a la paciente de medios de automonitoreo sencillos –por ejemplo, si tuvo prediabetes, darle un glucómetro y educarla en revisar su glucosa esporádicamente, integrándolo así a su autocuidado diario.

6. **Soporte continuo y promoción**

de estilo de vida: En cuanto a prevención cardiometabólica, se deben ofrecer intervenciones sostenidas. Un modelo escalable es implementar grupos postparto de estilo de vida (similares a los programas de prevención de diabetes generales, pero adaptados a mujeres jóvenes con hijos pequeños). Estos podrían ser reuniones mensuales (presenciales o virtuales) donde se aborden temas de nutrición familiar saludable, actividades físicas que incluyan al bebé,

manejo del estrés, etc., facilitados por nutricionistas o educadores en diabetes. La evidencia indica que los programas al estilo DPP reducen significativamente el progreso a DT2, y aplicarlos específicamente a esta población podría replicar esos beneficios (17,18). Asimismo, promover la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses es doblemente beneficioso: para el bebé y porque estudios sugieren que las madres que lactan tienen menor riesgo de DT2 a largo plazo (un punto a destacar en la consejería). En casos de alto riesgo (p. ej., mujeres con intolerancia a la glucosa persistente posparto, antecedentes familiares fuertes), considerar iniciar metformina profiláctica es una medida basada en la evidencia del DPP (15). Esto debe individualizarse y discutirse con la paciente, pero ofrecerlo en entornos donde haya capacidad de seguimiento médico es factible. Es importante que el modelo prevea un seguimiento farmacológico: controles de laboratorio periódicos, verificación de

adherencia y monitoreo de efectos adversos, todo integrado en la atención primaria.

7. **Registro y evaluación periódica del programa:**

Para asegurar la escalabilidad, el programa debe incluir indicadores y monitoreo. Por ejemplo, porcentaje de mujeres con DG identificadas que completan tamizaje a 3 meses, a 1 año y a 3 años; porcentaje diagnosticado con prediabetes/DT2; porcentaje en intervenciones preventivas (dieta, fármaco). Estos datos permitirán retroalimentar el proceso e identificar cuellos de botella locales. En un enfoque de salud pública, los sistemas de información perinatal podrían modificarse para incluir un módulo de seguimiento de DG posparto, de modo que las autoridades puedan hacer seguimiento poblacional. Este registro también facilitaría recordatorios automatizados en el futuro (p. ej., generar listados de mujeres pendientes de control anual).

8. **Adaptabilidad cultural y apoyo comunitario:**

Por último, el



modelo debe ser sensible al contexto cultural de cada comunidad. En Latinoamérica, aprovechar la dinámica familiar (involucrar a parejas, madres, suegras en la educación para que apoyen a la puérpera en acudir a sus controles y en aliviarle tareas para que pueda ir), y utilizar mensajes acordes a los idiomas y creencias locales mejorará la aceptación. Colaborar con organizaciones comunitarias, como grupos de maternidad, iglesias o asociaciones locales, puede ayudar a difundir la importancia del seguimiento pos-DG. Por ejemplo, campañas en centros comunitarios explicando “tu salud después de la diabetes del embarazo” pueden reducir el estigma y generar conocimiento colectivo.

En resumen, el modelo escalable combina las fortalezas de las intervenciones exitosas documentadas: educación temprana, recordatorios, facilidad de acceso, integración de cuidados, uso de tecnología y soporte conductual continuo. Implementarlo requerirá coordinación entre niveles

asistenciales y quizás reorientación de algunos recursos (por ejemplo, destinar enfermeras para seguimiento telefónico, capacitar al personal de APS). No obstante, los costos de estas intervenciones son bajos comparados con el costo de tratar a una mujer que evoluciona a diabetes tipo 2 sin diagnóstico temprano. Países como Colombia, con sistemas de salud basados en atención primaria robusta, están bien posicionados para adoptar estas estrategias, incorporándolas a programas existentes de salud materna e infantil. Escalar este modelo significará que más mujeres serán evaluadas y atendidas oportunamente, reduciendo así la carga futura de diabetes y sus complicaciones en la región.

3. Conclusiones

El seguimiento posparto de mujeres con diabetes gestacional representa una oportunidad crítica para intervenir tempranamente en la historia natural de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. En la última década se han desarrollado múltiples estrategias para mejorar las bajas tasas de tamizaje posparto

y promover la prevención cardiometabólica en esta población de alto riesgo. La evidencia reciente destaca que las intervenciones más efectivas son aquellas integrales que combinan educación intensiva (idealmente iniciada durante el embarazo), sistemas de recordatorio y facilitación del acceso a las pruebas, junto con un fuerte enlace entre la atención obstétrica y la atención primaria para la continuidad del cuidado (5,8). Programas innovadores han logrado aumentos significativos en la realización de la PTGO posparto –pasando de niveles menores al 40% hasta cifras cercanas al 70–80% en algunas clínicas– mediante la implementación de recordatorios personalizados, agendamiento automático de citas y flexibilización en los métodos de tamizaje (1,5,8). No obstante, la adherencia global sigue siendo subóptima y muchas mujeres abandonan el seguimiento tras la primera evaluación posparto (2,4). Persisten barreras importantes, particularmente relacionadas con factores sociales, económicos y de organización de los servicios de salud, que requieren intervenciones adaptadas y sostenidas.

Un modelo escalable debe incluir:

- **Identificación y educación temprana:** asegurar que cada mujer con DG comprenda su condición y tenga un plan de seguimiento desde el embarazo.
- **Mecanismos sistemáticos de seguimiento:** implementar registros y alertas en los sistemas de información para no perder de vista a estas pacientes después del parto.
- **Participación activa de la atención primaria:** integrar la evaluación metabólica posparto dentro de la rutina de cuidados de la puérpera, y continuar con evaluaciones glucémicas periódicas (p. ej., anuales o bienales).
- **Uso de tecnología móvil:** aprovechar la alta penetración de celulares para mantener comunicación (WhatsApp, SMS) y eventualmente implementar telesalud para monitoreo remoto.
- **Redes de apoyo comunitario:** incluir navegadores de pacientes o promotores de salud que hagan acompañamiento personalizado, ayudando a las



mujeres a cumplir con sus citas y recomendaciones posparto.

- **Políticas sanitarias favorables:** incorporar el seguimiento posparto de DG como un indicador de calidad en la atención materno-infantil.
- **Integración de medidas preventivas:** asegurar la consejería intensiva en estilos de vida saludables desde el posparto e incluso iniciar metformina en mujeres con prediabetes de alto riesgo (15), como parte del cuidado estándar.

En conclusión, mejorar el tamizaje posparto y la prevención cardiometabólica tras la diabetes gestacional conlleva beneficios sustanciales a nivel individual y colectivo. Detectar tempranamente la alteración glucémica posparto permite iniciar intervenciones que previenen o retrasan la aparición de diabetes tipo 2, reduciendo complicaciones futuras. Las estrategias revisadas ofrecen un mapa de ruta sobre qué intervenciones funcionan y cómo podrían combinarse. Los sistemas de salud en Latinoamérica tienen la

oportunidad de adaptar estas lecciones a sus contextos, cerrando la brecha de seguimiento posparto. Con voluntad institucional y educación tanto de pacientes como de proveedores, es posible escalar un modelo que garantice que ninguna mujer con historia de diabetes gestacional quede desatendida tras el parto. Esto no solo mejorará su pronóstico a largo plazo, sino que contribuirá a frenar la epidemia creciente de diabetes tipo 2 en la región, creando generaciones de mujeres más saludables después del embarazo.

Bibliografía

1. De Gennaro G, Bianchi C, Aragona M, et al. Postpartum screening for type 2 diabetes mellitus in women with gestational diabetes: Is it really performed? *Diabetes Res Clin Pract.* 2020;166:108309.
2. D'Amico R, Dalmacy D, Akinduro JA, et al. Patterns of Postpartum Primary Care Follow-up and Diabetes-Related Care After Diagnosis of Gestational Diabetes. *JAMA Netw Open.* 2023;6(2):e2254765.
3. Sinha DD, Williams RC, Hollar LN, et al. Barriers and

- facilitators to diabetes screening and prevention after a pregnancy complicated by gestational diabetes. *PLoS One*. 2022;17(11):e0277330.
4. Whyler NCA, Krishnaswamy S, Price S, Giles ML. Strategies to improve postpartum engagement in healthcare after high-risk conditions diagnosed in pregnancy: a narrative review. *Arch Gynecol Obstet*. 2024;310:69-82.
 5. Huang J, Forde R, Parsons J, et al. Interventions to increase the uptake of postpartum diabetes screening among women with previous gestational diabetes: a systematic review and Bayesian network meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2023;5:101137.
 6. Shahbazian H, Nouhjah S, Jahanfar S, Nasiri M. Recall for postpartum follow-up of women with gestational diabetes mellitus: Climbing a mountain. *J Diabetes Metab Disord*. 2016;15:20.
 7. Sarmiento AJ, Bernardo DC, Isip-Tan IT. A Randomized Controlled Trial on the Effectiveness of SMS Reminders in Improving Postpartum Follow-up among Gestational Diabetes Mellitus Patients. *J ASEAN Fed Endocr Soc*. 2019;34(1):62-72.
 8. Clapp MA, Ray A, Liang P, et al. Postpartum Primary Care Engagement Using Default Scheduling and Tailored Messaging: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2024;7(7):e2422500.
 9. Brown SD, Garcia BL, Winterton E, et al. Digital health outreach to promote postpartum screening after gestational diabetes: a randomized factorial pilot study. *PEC Innovation*. 2024;4:100256.
 10. Cheung NW, Simmons D, Marschner S, et al. Randomised Controlled Trial of a Customised Text Messaging and Activity Monitor Program for Lifestyle Improvement after Gestational Diabetes. *Nutrients*. 2024;16(6):820.
 11. Dennison RA, Chen ES, Green ME, et al. The absolute and relative risk of type 2 diabetes after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis of 129 studies. *Diabetes Res Clin Pract*. 2021;171:108625.
 12. ACOG Practice Bulletin No. 190. Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol*. 2018;131(2):e49-e64.



13. Vounzoulaki E, Khunti K, Abner SC, et al. Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;369:m1361.
14. Kramer CK, Campbell S, Retnakaran R. Gestational diabetes and the risk of cardiovascular disease in women: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*. 2019;62(6):905-914.
15. Ratner RE, Christophi CA, Metzger BE, et al. Prevention of diabetes in women with a history of gestational diabetes: effects of metformin and lifestyle interventions. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(12):4774-9.
16. American Diabetes Association. 14. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care*. 2021;44(Suppl 1):S200-S210.
17. Aroda VR, Christophi CA, Edelstein SL, et al. The effect of lifestyle intervention and metformin on preventing or delaying diabetes among women with and without gestational diabetes: the DPP outcomes study 10-year follow-up. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(4):1646-53.
18. Guo J, Chen JL, Whittemore R, Whitaker E. Postpartum lifestyle interventions to prevent type 2 diabetes among women with history of gestational diabetes: a systematic review of randomized clinical trials. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016;25(1):38-49.
19. Keely E. An opportunity not to be missed – how do we improve postpartum screening rates for women with gestational diabetes? *Diabet Med*. 2013;30(7):825-6.
20. Ferrara A, Peng T, Kim C. Development of a postpartum diabetes risk reduction program for women with gestational diabetes. *Curr Diab Rep*. 2011;11(1):54-62.