



Menos morbilidad en DM gestacional

Un estudio de Alejandra Durán y Alfonso Calle, del Clínico de Madrid, publicado en *Diabetes Care*, evidencia que los nuevos criterios diagnósticos de la diabetes gestacional reducen la morbilidad. **PÁG. 20**



Nuevos criterios para diabetes gestacional reducen su morbilidad

Frente a los clásicos, bajan la morbilidad derivada de la hiperglucemia, tanto en el feto y recién nacido como en la madre, según una investigación española que se publica en 'Diabetes Care'

MADRID
RAQUEL SERRANO
dmredaccion@diariomedico.com

Un estudio prospectivo llevado a cabo por el equipo de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico de Madrid, conocido como *St Carlos Gestacional Diabetes Study*, y publicado en el último número de *Diabetes Care*, evidencia que la aplicación de los nuevos criterios diagnósticos de la diabetes gestacional, aprobados en 2010 por los Grupos de Estudio de la Asociación Internacional de Diabetes y Embarazo (Iadpsg), incrementa en casi tres veces y media más la prevalencia de diabetes gestacional, pero "reducen claramente los efectos secundarios o morbilidades que se asocian a la hiperglucemia, tanto en la madre como en el feto y, después, recién nacido", ha señalado a DM Alfonso Calle Pascual, autor principal del trabajo y jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico de Madrid, pionero en el seguimiento de estas medidas, que también se aplican en el Infanta Sofía, de San Sebastián de los Reyes. En Europa, Francia los aplica desde hace dos años.

ELIMINAR LA ZONA GRIS'
Las diferencias básicas entre el diagnóstico clásico, conocido como de Carpenter-Coustan, y el que recomienda la Iadpsg están en que el tradicional realiza un cribaje con una primera sobrecarga oral con 50 gramos de glucosa. Si el nivel era superior a 140 mg/dl se procedía a una segunda sobrecarga oral con 100 gramos. El nuevo diagnóstico solo contempla una sobrecarga oral con 75 gramos de glucosa. "Para empezar, la glucosa basal, en ayunas, ha descendido. Pero el trabajo observa que, en cierta manera, mujeres que estaban en una zona



Alejandra Durán y Alfonso Calle, del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico de Madrid.

En la madre se reduce el número de cesáreas y de hipertensión arterial y en los niños la prematuridad, el ingreso en UCI y recién nacidos de elevado peso y de bajo peso

gris, ya que tenían solo un punto positivo en la sobrecarga con 100 gramos, el nuevo test las incluye como mujeres con diabetes gestacional. Otra cosa es que solo se las trate con intervención nutricional porque, de hecho, en el trabajo el 80 por

ciento de las diagnosticadas no han precisado insulina", señala Alejandra Durán, adjunta del citado servicio y autora también del trabajo, junto con otros profesionales de este equipo madrileño. Durán también detalla que el *St Carlos Gestational Diabetes Study* ha valorado dos cohortes de mujeres con características similares y tratadas por el mismo equipo de endocrinios y educadores de enfermería: 1.750 embarazadas diagnosticadas según los criterios clásicos y 1.526 gestantes, según los nuevos criterios.

VALORES MÁS RESTRICTIVOS EN MENOS PASOS DIAGNÓSTICOS

Diferencias básicas entre las mediciones clásicas y las nuevas propuestas para detectar glucemia alterada

Control clásico de la glucosa en sangre

- Entre la 24 y 28 semana de embarazo
- Test O'Sullivan: 50 gramos de glucosa. Tiempo: 1 hora.
 - Si nivel > 140 mg/dl
 - Criterios Carpenter-Coustan (CC)
- SOG (Sobrecarga Oral de Glucosa o Curva de Glucemia):
 - 100 gramos de glucosa. Tiempo: 3 horas. Valores normales:
 - 95 mg/dl basal (en ayunas)
 - 180 mg/dl en la 1^a hora
 - 153 mg/dl en la 2^a hora
 - 145 mg/dl en la 3^a hora
 - Se considera diabetes gestacional cuando 2 o más valores superan estos índices.

Control de la glucosa con los nuevos criterios de la IADPSG (Grupos de estudio de la Asociación Internacional de Diabetes y Embarazo)

- Entre la 24 y 28 semana de embarazo
- Una sola determinación de sobrecarga oral o curva de glucemia: 75 gramos de glucosa. Tiempo: 2 horas.
- Valores normales:
 - 92 mg/dl basal (en ayunas)
 - 180 mg/dl en la 1^a hora
 - 153 mg/dl en la 2^a hora
 - Se considera diabetes gestacional cuando 1 valor es positivo

Fuente: Elaboración propia.

Asistencia de calidad y con imaginación

La escasa implantación mundial de los criterios de la Iadpsg -se recomiendan, pero no excluyen los clásicos- parece deberse al miedo a enfrentarse a un aumento asistencial de los casos de diabetes en el embarazo. Sin embargo, y según la experiencia del grupo del Clínico, el papel de la enfermería educadora en diabetes ha sido esencial para adoptar nuevas medidas de atención: sesiones para formar en dietética y visitas telemáticas, entre otras. "No se puede renunciar a la intervención porque el objetivo es mejorar la salud de nuestras mujeres y niños", señala Calle.

La sustancial mejora en la morbilidad materno-fetal es evidente y es una de las grandes aportaciones de los nuevos criterios de diagnóstico, según los datos del estudio español, derivado de los resultados del conocido como HAPO, publicado en 2008 en *The New England Journal of Medicine*, y que se llevó a cabo precisamente para mejorar la situación de las mujeres que quedaban en esa *zona gris*, según Calle.

NOTABLES REDUCCIONES

El trabajo español evidencia en la salud de la madre una reducción del 24 por ciento en cesáreas, del 14 por ciento en hipertensión arterial, responsable directa de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo y que son causa de urgencia obstétrica. En cuanto a la repercusión en el recién nacido, disminuyen las tasas de prematuridad (parto anterior a las 37 semanas de gestación) en un 11 por ciento, las de neonatos macrosómicos o grandes para la edad gestacional (4-4,5 kilos de peso) en un 20 por ciento, "que no supone un aumento de los que nacen con bajo peso, ya que estos casos también se

redujeron en un 6,5 por ciento. El índice de ingresos en cuidados intensivos neonatales también disminuyó en un 24,5 por ciento", indica Durán.

La endocrinóloga considera estos beneficios inmediatos, pero no se olvida de que el hecho de que existan menos recién nacidos con peso elevado y de bajo peso "podría suponer para los niños una reducción en el riesgo de diabetes tipo 2 y obesidad en la edad adulta, así como de patología cardiovascular y diabetes 2 posnatal en la madre".

El hecho de que los nuevos criterios, al ser más estrictos, eleven la prevalencia de diabetes del 10,6 al 35,5 por ciento, no implica un mayor coste económico por aumentar la repercusión asistencial sino todo lo contrario. Según Calle, la medida es eficaz en términos de salud y es coste-efectiva. Es más, "supondría un ahorro económico sanitario usando la evaluación gestora de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico cercano a 30 millones de euros anuales en España".