

NUEVOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA DIABETES GESTACIONAL

AUTORA: Carmen Neri Fernández Pombo

PROFESIÓN: Enfermera especialista en Nutrición

CONTROVERSIA ACTUAL SOBRE EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA DIABETES GESTACIONAL

Desde hace más de 50 años, la definición, el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes gestacional (DG) han sido objeto de controversia. La DG se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o se reconoce por primera vez durante la gestación independientemente del tratamiento que requiera o de su persistencia posparto (1). Su prevalencia varía y depende de los criterios empleados para su diagnóstico. En España encontramos prevalencias que oscilan entre 8,8% y el 11,6% dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados (2).

Los criterios iniciales para el diagnóstico de DG se establecieron hace más de 40 años, con el fin de identificar a aquellas mujeres que presentaban un alto riesgo de desarrollar diabetes después de la gestación (3) y, con una modificación, permanecen en uso hasta ahora. A pesar de la celebración de hasta seis International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus (IWCGDM) ha sido, hasta el momento, prácticamente imposible alcanzar un consenso internacional. La discusión se encuentra sobre el tipo de sobrecarga oral de glucosa (SOG) que hay que realizar (SOG de 75 gramos o de 100 gramos), el tiempo de esta y el número de puntos de corte necesarios para el diagnóstico (4).

En cuanto al tratamiento, las opiniones también son dispares. Por un lado nos encontramos ante opiniones que indican un seguimiento médico exhaustivo de las gestantes con esta patología frente a otros que indican que un seguimiento nutricional es suficiente para mantener las cifras glucémicas en rangos adecuados (5).

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO: ESTADO DIABETÓGENO DE LAS GESTANTES

La patogenia asociada a la DG se asemeja a la de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ya que se ha comprobado que gestantes con DG sufren un aumento de resistencia periférica insulínica y una disminución de secreción de la misma, lo que se conoce como síndrome metabólico. Además la presencia de DG se asocia a múltiples complicaciones que afectan a la madre y al feto durante el proceso de la gestación, el parto y el puerperio y en la etapa de la infancia y adolescencia para el futuro bebé y en el futuro de la madre (6). Un recién nacido de una madre que haya padecido DG tiene más riesgo de padecer macrosomía (peso > 4 kilogramos), hipoglucemias, policitemia, hiperbilirrubinemia neonatal e hipocalcemia en el momento del parto que un recién nacido de una madre normal. Además el recién nacido tiene también mayor riesgo de sufrir problemas de sobrepeso y obesidad en su infancia y adolescencia. La mujer con DG tiene un mayor riesgo de sufrir hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, polihidramnios y parto por cesárea durante la etapa de la gestación y posteriormente a ésta verá aumentado el riesgo de padecer DM2 y DG en futuras gestaciones (7).

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO HAPO Y DEL CONSENSO IADPSG PARA LA DIABETES GESTACIONAL

El estudio Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) se diseñó para definir el grado de intolerancia a la glucosa que tenía que ser considerado como diagnóstico de DG en función del riesgo de padecer complicaciones materno-fetales (8). Esto fue considerado como un gran avance para la salud de las madres y de los fetos, ya que era la primera vez que se planteaban unos criterios diagnósticos en base a riesgos de complicaciones durante la gestación y no posteriores a ésta.

Este estudio multicéntrico (15 centros de 9 países) se realizó a lo largo de 7 años e incluyó en su análisis final a un total de 23.325 gestantes. El estudio HAPO basó sus criterios diagnósticos en el resultado de las determinaciones de una prueba de sobrecarga oral de glucosa (SOG) de 75 gramos realizada a todas las gestantes entre las semanas 24 y 28 de gestación. Los resultados permanecían en doble ciego salvo para cifras superiores a 105 mg/dL para glucemia basal y/o glucemia a las 2 horas superior a 200 mg/dL y /o una glucemia al azar superior a 160 mg/dL. Los resultados del estudio indicaron que existía una fuerte relación continua, positiva e independiente entre la glucemia materna en cada uno de los tres puntos de la SOG y los resultados adversos fetales, especialmente el peso fetal superior al percentil 90, la cesárea, los niveles adversos fetales y la adiposidad neonatal. Pero esta fuerte relación no permitió definir umbrales de glucosa en sangre a partir de los cuales aumenta el riesgo de padecer complicaciones materno-fetales por lo que se concluyó que era necesario alcanzar un consenso que permitiera extrapolar estos resultados a la práctica clínica habitual.

En esta línea la International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) convocó la sexta IWCGDM en 2008.

El consenso IADPSG (9) recomienda la SOG de 75 g universal en todas las gestantes, sin cribado previo, y establece como puntos de corte diagnóstico de DG en los tres valores de la SOG de 75 g la glucemia a partir de la cual la morbilidad es 1,75 veces (OR: 1,75) la de la media de la población, en relación con tres variables: peso al nacer, adiposidad subcutánea y péptido C de cordón superiores al percentil 90. Estas cifras corresponden a glucemia basal 92 mg/dL, 1 hora 180 mg/dL y 2 horas 153 mg/dL, valores inferiores a los utilizados previamente (Tablas 1 y 3). El diagnóstico de DG se realiza con un sólo punto alterado.

Estos puntos de corte se aplicaron a la población HAPO y se encontró que la glucemia basal identificaba al 8,3% de las DG, la adición de la glucemia a 1 hora añadía un 5,7% de diagnósticos y el valor de glucemia a las 2 horas un 2,1% adicional. En la cohorte HAPO un 11,1% de las mujeres sólo tenían un valor alterado, un 3,9 % dos valores y un 1,1% tenía alterados los tres, lo que supone una prevalencia de DG del 16,1% (17,8% si se considera a las diagnosticadas inicialmente de diabetes franca).

ESTUDIO CLÍNICO: IMPLANTACIÓN DE LOS NUEVOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN ESPAÑA

El Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE) se encuentra ante la situación de aceptar o no los nuevos criterios diagnósticos propuestos por la IADPSG (4).

El hecho de aceptar los nuevos criterios supondría un aumento en la prevalencia de DG en España y quizás se identificaría a un grupo de gestantes con una morbilidad perinatal inferior al objetivo propuesto por dicha asociación internacional.

En un escrito donde postulaba su opinión sobre los nuevos criterios, el GEDE, determinó la necesidad de diseñar nuevos estudios encaminados a establecer estrategias terapéuticas

costo-efectivas en DG, determinar los objetivos de control de los niveles de glucosa en sangre óptimos y evaluar los riesgos a largo plazo tanto para la madre como para el hijo.

Con respuesta al llamamiento del GEDE de la necesidad de diseñar estudios que den respuesta a las incertidumbres citadas surgió el estudio *“Repercusión terapéutica de la implantación de nuevos criterios diagnósticos para la diabetes gestacional”*.

Este estudio clínico se está desarrollando en la actualidad en España, concretamente en la ciudad de Vigo (Galicia). La fecha estimada de finalización del estudio es diciembre de 2013 por lo que se espera que en el primer trimestre de 2014 tengamos resultados clínicos que indique si, según las características de nuestra población, debemos aceptar o no los criterios que la IADPSG propone.

BIBLIOGRAFÍA

1. Metzger BE, Coustan DR. Summary and Recommendations of the Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes. *Diabetes* 1998; 21(suppl. 2): B161-B167.
2. Ricart W, López J, Mozas J, Pericot A, Sancho MA, González N, et al. Potential impact of American Diabetes Association (2000) criteria for diagnosis of gestational diabetes mellitus in Spain. *Diabetología* 2005; 48:1135-4.
3. O'Sullivan JV, Mahan CM. Criteria por oral glucose tolerance test in pregnancy. *Diabetes* 1964; 13: 278-285.
4. R.Corcay, B. Lumbreras, J.L. Bartha, W. Ricart. Nuevos criterios diagnósticos de diabetes mellitus gestacional a partir del estudio HAPO. ¿Son válidos en nuestro medio? *Av Diabetol Publish Ahead of Print April 16, 2010*.
5. Inturrisi M, Lintner NC. Diagnosis and Treatment of Hyperglycemia in Pregnancy. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2011; 40:703-726.
6. LF Pallardo Sánchez. Adaptaciones metabólicas en el embarazo. Clasificación de la diabetes. En LF Pallardo Sanchez, A González González, J Quero Jiménez eds. *“Diabetes y Embarazo” Aula Médica Ediciones 1999: 3-17*.
7. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams D. Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009; 373: 1773-1779.
8. The HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. *N ENGL J MED* 358;19.
9. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. *Diabetes Care* 2010; 33:676-82.