

CARTA AL DIRECTOR

Insuficiente reclasificación, tras el parto, de la tolerancia a la glucosa en pacientes con diabetes mellitus gestacional previa

Aránzazu Ronzón^b, Aránzazu de la Maza^b y Carmen Maciá^a

^aMedicina de Familia. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias. España.

^bEndocrinología. Hospital San Agustín. Avilés. Asturias. España.

Correspondencia: Dra. Carmen Maciá.

Servicio de Endocrinología. Hospital San Agustín.

Camino de Meras, 4. 33400 Avilés. Asturias. España.

Correo electrónico: cmacb@arrakis.es

Sr. Director:

La diabetes mellitus gestacional (DMG) se define como la intolerancia a la glucosa, de severidad variable, que se detecta por primera vez en el curso de una gestación¹. Aunque hay diversos protocolos de detección (cribado universal o sólo a pacientes de alto riesgo, estrategia de 1 o 2 pasos, sobrecarga oral de glucosa [SOG] con 75 o 100 g)², en función de los cuales la incidencia de la enfermedad varía, suele admitirse que en torno al 5% de las embarazadas de los países occidentales presentará DMG³. En lo que sí hay unanimidad es en la necesidad de reclasificar a estas mujeres, tras el parto, respecto a la tolerancia a la glucosa⁴⁻⁶. La mayoría de las guías clínicas recomiendan una SOG con 75 g al menos 6 semanas después del parto y fuera del período de lactancia. Esta prueba de reclasificación corre a cargo, en principio, del médico de cabecera de la paciente. Con el objetivo de averiguar el grado de cumplimiento de la recomendación se efectuó un estudio retrospectivo en las mujeres diagnosticadas de DMG en el año 2003, en el área de Avilés (Asturias).

El área abarca una población aproximada de 160.000 habitantes, el número de tests de O'Sullivan (prueba de cribado) en 2003 fue de 899 y las gestantes diagnosticadas de DMG en ese año mediante protocolo de detección universal en 2 pasos (el segundo, SOG con 100 g de glucosa) y aplicación de los criterios de O'Sullivan y Mahan² fue de 42. Se procedió a una recaptura mediante los registros de la consulta de Educación Diabética de la Sección de Endocrinología del Hospital San Agustín, que es el único de referencia en el área. La incidencia acumulada de DMG en ese año fue del 4,7%, similar a la descrita en otras comunidades autónomas españolas^{3,7}. A continuación se examinaron las determinaciones analíticas realizadas a estas mujeres en el Servicio de Bioquímica del Hospital durante los 12 meses posteriores al parto o cesárea. Se comprobó que sólo 19 habían realizado una SOG como prueba de reclasificación. En algunos casos sí constaba una determinación de glucemia plasmática basal durante el período examinado, pero siempre por otro motivo de salud. Por tanto, el grado de cumplimiento de la recomendación de las sociedades científicas fue sólo del 45%.

Las pacientes con DMG se deben incluir, tras el parto, en un grupo definido respecto a la tolerancia a la glucosa: normal, intolerancia o diabetes mellitus. Esta clasificación no tiene un mero valor académico, sino una trascendencia práctica evidente. El grupo de tolerancia normal se debe evaluar mediante glucemias plasmáticas basales cada 3-5 años, y su riesgo de desarrollar diabetes extragestacional con el tiempo está aumentado. El grupo intolerante debe recibir recomendaciones intensivas sobre el mantenimiento o adquisición del normopeso y sobre la práctica de ejercicio físico regular⁸; es posible que algún tipo de tratamiento farmacológico preventivo se apruebe en un futuro próximo⁹. Las pacientes portadoras de una diabetes mellitus, generalmente tipo 2, se deben incorporar al seguimiento propio de la enfermedad según los programas de salud vigentes. No hemos encontrado publicaciones españolas en las que se haga referencia al grado de cumplimiento de la reclasificación tras DMG. En nuestro medio puede considerarse muy bajo, lo cual es un ítem de falta de calidad en la asistencia. Quizá deberíamos replantearnos la estrategia actual mediante asesoramiento activo a los médicos de cabecera o revisión de las pacientes a cargo de las Unidades de Diabetes Gestacional. En todo caso debemos ser conscientes de manera colectiva de esta ineeficacia en la atención, que posiblemente no sea exclusiva del área de Avilés.

Bibliografía

1. Kjos SL, Buchanan TA. Gestational diabetes mellitus. N Engl J Med. 1999;341:1749-56.
2. Metzger BE, Coustan DM. Organizing Committee. Summary and Recomendations of the Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 1998;21 Suppl 2:161-7.
3. Gorgojo Martínez JJ, Almodóvar Ruiz F, López Hernández E, Donnay Candil S. Incidencia de la diabetes mellitus gestacional según distintos criterios diagnósticos en la zona suroeste de Madrid. Influencia del diagnóstico sobre los parámetros maternofetales. Rev Clin Esp. 2002;202:136-41.
4. American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. Position statements. Diabetes Care. 2004;27 Suppl 1:88-90.

5. Miranda Carranza JA, Mozas Moreno J, Cardona Contreras J. Diabetes gestacional. Protocolos. Salud Total de la Mujer. 1999;1: 69-76.
6. Grupo de Diabetes de la SAMFyC. Guía clínica de diabetes para atención primaria. Diabetes y embarazo [accedido 23 Marzo 2005]. Disponible en: <http://www.cica.es/aliens/samfyc/embarazo.htm>
7. Jiménez-Moleón JJ, Bueno Cavanillas A, Jiménez Aguilar MC, García-Martín M, Lardelli Claret P, Gálvez Vargas R. Prevalencia de diabetes mellitus gestacional. Un estudio de base poblacional. Toko-Gin Pract. 2002;61:255-63.
8. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med. 2001;344:1343-50.
9. Costa B. Prevención de la diabetes tipo 2: ¿educación o también medicación? Med Clin (Barc). 2002;119:613-5.