

Archivos de Medicina
Asociación Española de Médicos Internos Residentes
editorial@archivosdemedicina.com
ISSN (Versión impresa): 1698-9465
ESPAÑA

2006

Aránzazu Ronzón Fernández / Aránzazu de la Maza López / Carmen Maciá Bobes /
Eva Prida Villa

CRIBADO SELECTIVO VERSUS CRIBADO UNIVERSAL EN LA DIABETES
GESTACIONAL

Archivos de Medicina, enero - febrero, año/vol. 2, número 001
Asociación Española de Médicos Internos Residentes
Madrid, España

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

Cribado selectivo *versus* cribado universal en la diabetes gestacional

Selective *versus* universal screening for gestational diabetes mellitus

Autores: Aránzazu Ronzón Fernández*, Aránzazu de la Maza López*, Carmen Maciá Bobes**, Eva Prida Villa ***

* Medicina de Familia. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias

** Sección de Endocrinología. Hospital San Agustín. Avilés. Asturias

*** Diplomada Universitaria en Enfermería. Área III del SESPA. Avilés. Asturias

Dirección del centro de trabajo:

Hospital San Agustín.

Camino de Heros 4

33400 Avilés. Asturias

Correspondencia

Aránzazu Ronzón Fernández

C/ Pablo Laloux 13, esc. Sur, 6º A. 33405 Salinas. Asturias

Correo electrónico: ronzon@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 durante la gestación. En estudios de cohortes la DMG se ha asociado a complicaciones obstétricas (elevada tasa de cesáreas) y sobre todo a morbilidad neonatal (macrosomía, hipoglucemias, hipocalcemia, etc.) [1,2]. A pesar de diversas conferencias de consenso y recomendaciones de grupos de expertos publicadas en los últimos años, no existe un acuerdo definitivo sobre el mejor protocolo diagnóstico y el manejo clínico de esta patología [3].

En el "Fourth Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus" (1997) se recomendó por primera vez una estrategia de detección basada en el riesgo clínico de la gestante, esto es, un cribado selectivo en vez de universal. La obesidad, la edad superior a 25 años, la pertenencia a determinados grupos étnicos (no caucásicos), la historia familiar de diabetes mellitus, la DMG previa y los antecedentes obstétrico-neonatales desfavorables se consideraban factores de riesgo para la aparición de DMG, y la existencia de cualquiera de ellos indicación para proceder al cribado. A la inversa, en ausencia simultánea de todos, el cribado sería innecesario. Ésta es la posición oficial de la "American Diabetes Association", promotora del "IV Workshop". Si embargo, tal estrategia diagnóstica ha sido muy discutida por autores españoles [4,5], y de otros países [6], y en Europa no ha sido aceptada de modo generalizado.

Presentamos las características clínicas de una cohorte de 38 pacientes con DMG diagnosticadas en el área de Avilés (Asturias), en el año 2003, en un estudio retrospectivo de incidencia, de base poblacional (160.000 personas), realizado sobre un 91,6 % de la población diana. El diagnóstico se basó en la positividad de la sobrecarga oral de glucosa, según los criterios clásicos de O'Sullivan y Mahan [7], tras un test de O'Sullivan igual o superior a 140 mg/dL. En la tabla número 1 se observa que sólo 1 paciente era menor de 25 años. Esta paciente, por otra parte, era obesa y tenía antecedentes familiares de diabetes, es decir no cumplía criterios de bajo riesgo para la DMG.

Las líneas argumentales de oposición al cribado selectivo de la DMG son dos: una, la pérdida de pacientes de bajo riesgo, y dos, la reducida prevalencia del bajo riesgo en la población gestante. Un estudio clave en la primera línea fue el de Ricart et al. [5], realizado sobre una cohorte de 2.262 gestantes derivadas a un hospital catalán de referencia. Un cribado selectivo en esa población hubiera dejado sin diagnosticar a 13 (3,8 %) de las 343 pacientes con DMG. Los autores concluyen que no debe privarse de la oportunidad del diagnóstico a ese pequeño grupo de mujeres.

	n = 38
Edad en años: media (rango)	33,2 (24-42)
Edad inferior a 25 años: n° (%)	1 (2,6)
Raza caucásica (%)	100
Abortos previos (%)	21,1
Antecedentes familiares (primer grado) de diabetes (%)	44,7
Diabetes mellitus gestacional previa (%)	5,3
Obesidad (IMC \geq 30) (%)	50

Tabla 1. Características clínicas y antecedentes de las gestantes con diabetes mellitus gestacional (área de Avilés, 2003). IMC: Índice de Masa Corporal (Kg/m²)

Más recientemente, Corcoy et al. [8], en un trabajo desarrollado en el hospital Sant Pau de Barcelona, sobre 1635 embarazadas con DMG y un grupo de control de 917 gestantes, encuentran que la tasa del bajo riesgo (ninguno de los factores) es de 1,3 % en la cohorte diabética y de 7,0 % en la cohorte no diabética. Concluyen que el cribado selectivo es suficientemente sensible para identificar la DMG, pero su recomendación complica innecesariamente la estrategia diagnóstica, "lo que el médico de cabecera debe recordar" (la expresión es nuestra), habida cuenta que el grupo de bajo riesgo es muy reducido en la población general.

Los datos que aportamos confirman la pequeña prevalencia del bajo riesgo en el grupo de diabéticas gestacionales (100% con al menos 1 factor de riesgo, en este caso). Es cierto que nuestra cohorte es poco numerosa; también que fue reclutada en 2003 (los estudios citados recogen datos de los años 90 e incluso 80), y la paridad en España ocurre cada vez en edades más tardías de la madre. Nuestra opinión concuerda con la de Corcoy: a los pocos casos no diagnosticados por la aplicación rigurosa de un cribado selectivo se sumarían otras pérdidas, quizá más numerosas, por el incremento en la complejidad de protocolo de detección; lo cual no parece deseable.

Bibliografía

1. Jensen DM, Sorensen B, Feilberg-Jorgensen N, Westergaard JG, Beck-Nielsen H. Maternal and perinatal outcomes in 143 Danish women with gestational diabetes mellitus and 143 controls with a similar risk profile. *Diabet Med* 2000;17:281-6.
2. Svare JA, Hansen BB, Molsted-Pedersen L. Perinatal complications in women with gestational diabetes mellitus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:899-904.
3. Metzger BE, Coustan DM. Organizing Committee. Summary and Recommendations of the Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1998;21(Suppl 2):161-7.
4. Balsells M. Reflexiones sobre la diabetes gestacional. A propósito del cuarto Workshop (editorial). *Endocrinol Nutr* 1999;46:219-23.
5. Ricart W, Bach C, Fernández-Real JM, Biarnés J, Sabrià J. Impacto de un cribado selectivo de la diabetes gestacional en una población española. *Med Clin (Barc)* 1999;113:331-333.
6. Alberico S, Strazzanti C, De Santo D, De Seta F, Lenardon P, Bernardon M, et al. Gestational diabetes: universal or selective screening? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2004;16:331-7.
7. National Diabetes Data Group. Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. *Diabetes* 1979;28:1039-57.
8. Corcoy R, García-Patterson A, Pau E, Pascual E, Altirriba O, Adelantado JM, et al. Is selective screening for gestational diabetes mellitus worthwhile everywhere? *Acta Diabetol* 2004;41:154-7.