

DETECCIÓN TEMPRANA

(TAMIZACIÓN Y DIAGNÓSTICO)

DIABETES GESTACIONAL

INTRODUCCION.

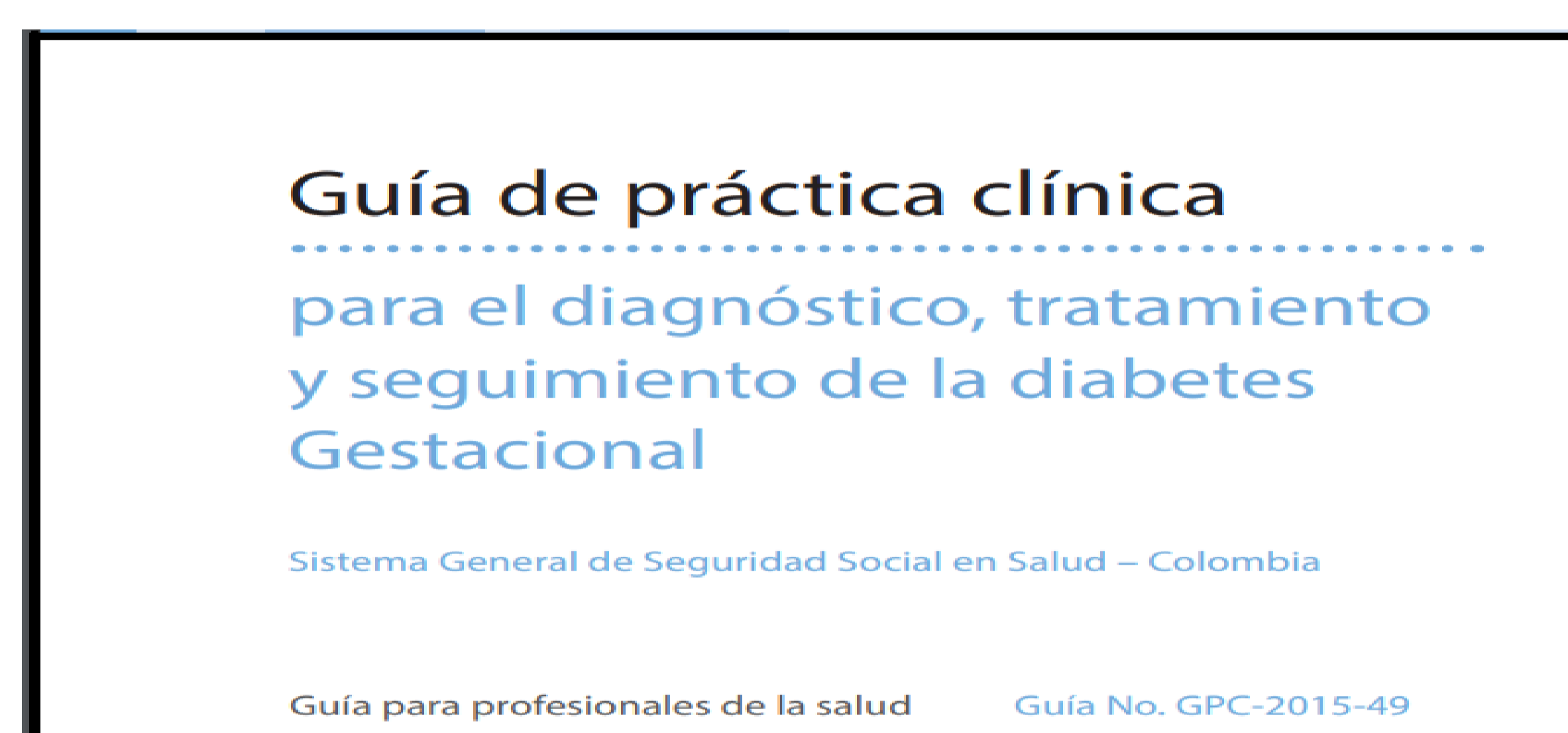
La Diabetes que se reconoce por primera vez durante el embarazo puede mostrar una frecuencia entre el 1,1% y el 31% . Tradicionalmente el “Tamizaje-Diagnóstico” se ha realizado mediante la aplicación del Test de O’Sullivan y la confirmación con una Curva de Tolerancia a la Glucosa (CTG). Este modelo denominado de 2 pasos se aplicó en Colombia desde el año 2000 cuando el Ministerio de Protección Social expidió la Resolución 00412 que contenía algunas guías de Manejo de condiciones de interés en salud pública. En el año 2011 la Asociación Americana de Diabetes (ADA) planteó la utilización de un sistema de un solo paso con la utilización de una dosis de 75 g de glucosa y 2 mediciones de glucemia en semanas 24 – 28 de edad gestacional. La propuesta, en principio atractiva permitía hacer los procedimientos de tamización y diagnóstico en un solo paso con algunas ventajas interesantes tales como menores costos, mayor comodidad, mejor adherencia, pocos efectos colaterales etc. Esta posición no fue ajena a la crítica dado que se estimaba que el cambio en el protocolo diagnóstico aumentaría de manera importante el número de casos de DG. En 2013, en la guía para la detección de anomalías durante el embarazo del MPS, se recomendó la aproximación de un solo paso, basados en las recomendaciones de la ADA.

Las implicaciones de utilizar uno u otro método diagnóstico son importantes, dadas la sensibilidad y especificidad cambiantes según el modelo seleccionado, los umbrales de glicemia definidos y la frecuencia de la patología en la población con una incertidumbre importante en términos de costo efectividad y de impacto sobre desenlaces clínicos relevantes. Esto adicionalmente tiene obvias repercusiones en términos de número de pacientes diagnosticadas, número de intervenciones y costos. Existe consenso sobre la pertinencia de cualquier estrategia de “tamizaje / diagnóstico” en todas las gestantes, a partir de la semana 24, cosa distinta se puede decir sobre la(s) prueba(s) para realizar dicho “tamizaje / diagnóstico” y testigo de esto ha sido la forma como en los últimos años se ha modificado dicha estrategia en muchos sitios del mundo.

El propósito de la presente revisión es disminuir la incertidumbre sobre cual es la mejor manera de aproximarse al diagnóstico de la DG dada la insuficiente información relacionada con los beneficios clínicos derivados de las diferentes propuestas y que no permite hacer un adecuado balance con los costos.

OBJETIVO.

Ayudar al clínico en la toma de decisiones sobre la mejor estrategia de “Tamizaje /Diagnóstico” de la Diabetes Gestacional, que permita realizar un oportuno y adecuado diagnóstico y manejo con el fin de lograr un adecuado control metabólico y disminuir el riesgo de desenlaces maternos y perinatales adversos



METODOLOGÍA.

Se realizó una búsqueda de guías de práctica clínica sobre la detección temprana (Tamización y Diagnóstico) de la DG. Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en las bases de datos de PubMed, Embase, Cochrane y Biblioteca Virtual de Salud (BVS) con el fin de identificar revisiones sistemáticas de la literatura (RSL) y/o meta-análisis. Los criterios de inclusión fueron: para la primera fase RSL-meta-análisis, en la segunda fase (actualización) se incluyeron ECAs y estudios observacionales que evaluaran a mujeres embarazadas entre las semanas 24 y 28 de gestación a quienes se les realizó el tamizaje y diagnóstico para DG con el modelo de un solo paso (usando los criterios de la Organización Mundial de la Salud. OMS) comparado con el modelo de dos pasos (prueba de O.Sullivan mas prueba de tolerancia oral a la glucosa). Los desenlaces críticos tenidos en cuenta fueron: APGAR bajo, Macrosomía, Muer-te Fetal, Trauma Perinatal, Preeclampsia, Neonato Grande para la Edad Gestacional, Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido y traslado a Unidad de Recién Nacidos. Los estudios relevantes, fueron sometidos a una evaluación del riesgo de sesgo utilizando el instrumento SIGN de apreciación crítica. Dicha evaluación fue realizada por dos evaluadores de manera independiente, y los desacuerdos fueron resueltos por consenso o por un tercer revisor. Solamente fueron incluidos los estudios con calificaciones de “aceptable” o “alta calidad”. Después de seleccionados los artículos a ser incluidos se dio paso a la síntesis de la información y a la consolidación de la evidencia para cada uno de los desenlaces considerados como críticos por el grupo desarrollador (GDG). Posteriormente, se pasó a evaluar la calidad de la evidencia para cada desenlace utilizando el abordaje GRADE, y teniendo en cuenta los siguientes criterios: diseño del estudio y riesgo de sesgos, inconsistencia, presencia de evidencia indirecta, imprecisión en los estimativos y sesgo de publicación.

El resumen de los hallazgos y la calificación de la evidencia para los desenlaces en cada una de las comparaciones abordadas, fueron presentados en una reunión al GDG, en conjunto con un borrador de las recomendaciones, que fueron definidas y graduadas en fortaleza a partir de las siguientes consideraciones: calidad de la evidencia, balance entre beneficios y riesgos, consumo de recursos y valores y preferencias de los pacientes. En caso de no contar con evidencia que basara la recomendación, o en caso de que la evidencia fuera de muy baja calidad, se establecieron las recomendaciones y su fortaleza por consenso.

RESULTADOS.

EL GDG consideró que, de acuerdo con los resultados de la evidencia a favor del modelo de un paso para el desenlace de preeclampsia, el balance de riesgos y beneficios a favor de un diagnóstico que tome menos tiempo para iniciar un tratamiento oportuno, las preferencias de los pacientes por la realización del diagnóstico de una forma más práctica con un acompañamiento en el proceso por parte del clínico y los resultados del modelo económico en el que se demostró que el modelo de un paso es una estrategia dominante en términos de costo utilidad, esta estrategia debe ser recomendada para realizar el tamiza-je / diagnóstico de DG entre las semanas 24 y 28 de gestación.

Prueba de dos pasos (carga 50 g positivo y 100 g negativo) VS IADPSG Negativo

Preeclampsia	GCT-negativo (n=316)	aPR. * 3,3	⊕⊕⊕⊕
	C&C negativo (n=60)	(1,57; 6,91)	Alta

*aPR: Adjusted prevalence risk ratio (riesgo relativo de prevalencia ajustados)

RECOMENDACIÓN

Se recomienda realizar la prueba de un paso* de la International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) a todas las gestantes a partir de la semana 24 para el diagnóstico de la diabetes gestacional. ↑↑

*Esta prueba consiste en una muestra en ayunas, una carga de 75 g de glucosa y dos tomas poscarga a la hora y a las dos horas. El umbral para el diagnóstico es un valor ≥ 92 mg/dl en ayunas, o ≥ 180 mg/dl a la hora o ≥ 153 mg/dl a las dos horas (o su equivalente en mili moles por litro: ayunas: $\geq 5,1$ mmol/L, o 1 hora $\geq 10,0$ mmol/L o 2 horas ≥ 8.5 mmol/L) de glucosa plasmática.

PUNTO DE BUENA PRACTICA CLINICA

Toda paciente con diagnóstico de diabetes gestacional debe ser referida a consulta por un especialista en obstetricia y ginecología.



RODOLFO MARTÍNEZ* MD.MSc (c),
ARIEL RUIZ** MD.MSc., SAULO MOLINA*** MD.MSc.,
GABRIEL TOVAR MD****., LAURA CHARRY* MD.MSc.,
JAIRO CAJAMARCA* MD.,
ADRIANA BOHÓRQUEZ* MD.MSc.

* Pontificia Universidad Javeriana.
** Universidad Nacional de Colombia.
*** Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.
**** Universidad del Valle.

Rodolfo.Martinez@javeriana.edu.co