

CARTA AL DIRECTOR**INCUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE DIABETES
GESTACIONAL TRAS SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA
CON UN PUNTO ALTERADO****Carmen Maciá Bobes (1), Aránzazu Ronzón Fernández (2) y Aránzazu de la Maza López (2)**

(1) Sección de Endocrinología. Hospital San Agustín. Avilés. Asturias

(2) Medicina de Familia. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias

Sr. Editor:

La diabetes mellitus gestacional (DMG) se define como la intolerancia de severidad variable a la glucosa, que se identifica por primera vez en el curso de un embarazo¹. Existen diversos protocolos de detección en función de los cuales la incidencia varía. El Grupo Español de Diabetes y Embarazo² recomienda la realización universal del test de O'Sullivan y si resulta positivo la realización de una SOG con 100 g de glucosa que se interpreta de acuerdo con los criterios clásicos de O'Sullivan y Mahan³. La DMG se diagnostica si dos o más puntos de la SOG están alterados, y la tolerancia normal si los cuatro son inferiores a los límites de corte establecidos. Con alguna frecuencia el resultado de la SOG presenta un solo punto alterado, y en estos casos se recomienda repetir la prueba cada 3-4 semanas hasta alcanzar un diagnóstico⁴.

Con el objetivo de conocer el grado de cumplimiento de esta recomendación se efectuó un estudio retrospectivo de las muje-

res gestantes en el año 2003 en el área III del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), el cual abarca una población aproximada de 160.000 habitantes. A partir de los registros del Servicio de Bioquímica del Hospital San Agustín de Avilés (único laboratorio clínico del SESPA en el área), se identificaron los tests de cribado (O'Sullivan -TOS-) y de diagnóstico (Sobrecarga Oral de Glucosa -SOG-) de la DMG efectuados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2003. El número de nacimientos (o de madres) en el área sanitaria entre el 1 de abril de 2003 y el 31 de marzo de 2004 fue de 981 (población diana). El número de TOS que por protocolo se efectuó de modo universal entre las semanas 24 y 28 de gestación fue de 899, lo que constituye un 91,6% de la población diana. Se comprobó que ninguna mujer gestante había realizado más de 1 TOS. Desconocemos si las mujeres de las que no constan datos en el Servicio de Bioquímica hicieron el TOS en otro laboratorio (privado o de otro área sanitaria), o no lo hicieron en absoluto. El número de SOG realizadas fue de 191, que corresponden a la totalidad de los TOS positivos. Cuarenta y dos mujeres gestantes cumplieron criterios de DMG, y 37 presentaron una SOG con un punto alterado.

En 28 (75%) de estas 37 mujeres la SOG no se repitió; el embarazo de 20 de ellas esta-

Correspondencia:
Carmen Maciá Bobes
C/ Pablo Laloux 13, esc. Sur, 6º A.
Salinas
33405 Asturias
Correo electrónico: cmacb@arrakis.es

ba bajo control del servicio de Ginecología, y el de las 8 restantes dependía del médico de cabecera. En 9 mujeres (25% de las 37) la SOG se repitió: en 1 caso hasta tres veces (el último resultado fue normal) y en los otros 8 dos veces. Las curvas de glucemia indicaban que 1 mujer era diabética, 1 normal y 6 fueron no diabéticas (pero no se repitieron por tercera vez). La interrupción del proceso de detección de la DMG no se produjo en ningún caso por abandono del seguimiento por parte de las mujeres, ni por ocurrencia del parto.

No hemos encontrado publicaciones españolas en las que se especifique el porcentaje de repetición (que debería ser sistemático) tras SOG no diagnósticas en las gestantes. En nuestro medio puede considerarse muy bajo (un 25%), lo cual constituye un exponente de falta de calidad en la asistencia, y tiene indudable repercusión en el número de diagnósticos de DMG. La Sección de Endocrinología debería de plantearse probablemente un asesoramiento activo a los médicos de cabecera y a los ginecólogos, responsables de la solicitud de estas pruebas en el área. La adopción de otros protocolos de cribado-diagnóstico de la DMG no mejoraría el cumplimiento del ítem evaluado por

cuanto en todos ellos el diagnóstico de certeza se vincula a la aparición de dos o más puntos alterados en la SOG⁵, y a la repetición de la prueba en presencia de uno solo. En todo caso debemos ser conscientes colectivamente de esta falta del cumplimiento del protocolo en la atención de las mujeres gestantes, 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. Grupo Español de Diabetes y Embarazo. Diabetes mellitus y embarazo. Guía asistencial. Tercera edición. Madrid: Lilly; 2005.
3. National Diabetes Data Group. Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus and other Categories of Glucose Intolerance. *Diabetes* 1979; 28: 1039-57.
4. Pallardo Sánchez LF. Diagnóstico de la diabetes gestacional. En: Pallardo Sánchez LF, González González A, Quero Jiménez J, eds. Diabetes y embarazo. Madrid: Aula Médica; 1999. p. 31-44.
5. Corcoy Pla R. Algoritmo diagnóstico y terapéutico de la diabetes gestacional. *Endocrinol Nutr* 2003; 50 (Supl 1): S52-4.