

Cribado de la diabetes mellitus gestacional

Perea Carrasco, R.; Pérez Coronel, R.; Albusac Aguilar, R. Servicio Análisis Clínicos y Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Minas de Riotinto (Huelva).

Screening of diabetes mellitus in gestation

Señor editor: hemos leído con gran interés el artículo publicado de la revista ANÁLISIS CLÍNICOS (n.º 1, tomo 30), cuyo título es el siguiente: “Estudio comparativo del test de O’Sullivan y el cociente fructosamina/proteínas totales en el cribado de diabetes mellitus gestacional”, firmado por Calmarza P. y cols. del Servicio de Análisis Clínicos y Unidad de Investigación del Hospital General Yagüe de Burgos. Aunque el título de dicho artículo parece indicar que los autores evalúan el cociente fructosamina/proteínas totales frente al test de O’Sullivan (ST), lo que en realidad hacen es evaluar un índice (I) propuesto por nosotros y publicado en esa misma revista en el n.º 2 del tomo 26 del año 2001.

En el artículo de Calmarza y cols. se concluye que el índice publicado por nosotros no representa ninguna ventaja frente al test de O’Sullivan como método de *screening* (1) de la diabetes mellitus gestacional (GDM) y que la prevalencia de GDM basándose en los criterios de Carpenter y Coustan (nuevos criterios) (2) ha pasado del 4,1% con los criterios de O’Sullivan y Mahan (criterios clásicos) (3) al 6,9% con los nuevos criterios.

Estas conclusiones merecen en nuestra opinión una respuesta y hacer una serie de consideraciones y reflexiones sobre el artículo en concreto y sobre la GDM en general. Sobre el mencionado artículo hemos de decir que pensamos que el diseño del mismo es incorrecto, ya que sólo se le ha realizado la sobrecarga oral con 100 g de glucosa (OGTT) a las gestantes que tenían el ST (+), es decir, aquellas que en la primera hora tras la sobrecarga oral de 50 g de glucosa tenían un resultado ≥ 140 mg/dl, o sea,

a la población seleccionada por el ST. Para poder calcular sensibilidad (S), especificidad (E), eficiencia diagnóstica (Ef), etc., se tendría que haber realizado a las 1.245 mujeres objeto del estudio tanto el ST como la OGTT, ya que de otra forma no puede calcularse la S, E, etc., del ST frente a la OGTT. Por poner un ejemplo, si $S = VP / VP + FN$, ¿nos podrían explicar los autores cómo calculan los FN (falsos negativos) del ST, es decir, cuando el ST es inferior a 140 mg/dl y la OGTT es positiva, si a los ST <140 no se les ha realizado la OGTT? Lo mismo podríamos preguntarnos sobre la E, Ef, curva ROC, etc. Por consiguiente, pensamos que con el diseño empleado por los autores no puede extraerse conclusión alguna sobre las prestaciones del ST y del I y, por tanto, el estudio no es válido para demostrar lo que se concluye.

Aun con la selección de pacientes realizada por los autores, los datos no concuerdan con los que disponemos nosotros, y esto lo achacamos a lo siguiente: nosotros tratamos el ST y el I frente a la OGTT establecida según criterios de O’Sullivan y Mahan (criterios clásicos), es decir, frente al III Workshop on Gestational Diabetes Mellitus que aún se siguen utilizando hoy en día en muchos hospitales españoles y que, según algunos autores que recientemente han observado la evolución de los embarazos, indican que no es recomendable adoptar los nuevos criterios en España (4). Los criterios clásicos son los siguientes: glucosa basal, 105; glucosa 1.ª hora, 190; glucosa 2.ª hora, 165, y glucosa 3.ª hora, 145 mg/dl. Con el IV Workshop se adoptan los criterios de Carpenter y Coustan (nuevos criterios) establecidos en 1982 y que son los siguientes: Basal, 95; 1.ª hora, 180; 2.ª hora, 155; 3.ª hora, 140, es decir, se disminu-

Acceso al documento completo solo para socios de AEFA