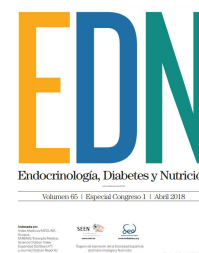




Endocrinología, Diabetes y Nutrición



P-106 - ¿TIENE ALGUNA UTILIDAD EL O'SULLIVAN >= 200 PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES GESTACIONAL (DG)?

M. Molina Vega, M.J. Picón César, C. Díaz Perdigonés, M. Damas Fuentes, C. Hernández García y F. Tinahones Madueño

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: Para el diagnóstico de la DG se sigue una estrategia en 2 pasos: a) Screening (sobrecarga oral de glucosa -SOG- 50 g o test O'Sullivan) considerándose positivo si la glucemia a los 60 es ≥ 140 mg/dl. b) Confirmación (SOG-100 g) con determinación de glucemia basal, 60, 120 y 180 min, considerándose positivo cuando dos de los puntos superan el límite normal (105-190-165-145 mg/dl respectivamente). Es una práctica habitual, no recogida en ninguna guía actualmente vigente, obviar la SOG-100 g cuando el O'Sullivan es ≥ 200 mg/dl.

Objetivos: Evaluar la eficacia del test de O'Sullivan ≥ 200 como diagnóstico de DG.

Material y métodos: Analizamos los resultados de 2.774 gestantes con test de O'Sullivan + a las que se le realizó una SOG-100 g en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga entre 2015 y 2017 para confirmar el diagnóstico de DG frente al uso de O'Sullivan ≥ 200 mg/dl. Además, comparamos características maternas y perinatales de 3 grupos de pacientes (n = 40 por grupo): O'Sullivan < 200 con SOG-100 g negativa; O'Sullivan ≥ 200 con SOG-100 g negativa; O'Sullivan ≥ 200 con SOG-100 g positiva.

Resultados: De 2.774 pacientes con O'Sullivan +, 523 (18,9%) presentaron una SOG-100 g patológica y 2251 (81,1%) normal. De las 140 pacientes con O'Sullivan ≥ 200 , 83 (59,3%) obtuvieron SOG-100 g patológica y 57 (40,7%) no patológica. Parámetros de validez del O'Sullivan ≥ 200 para diagnóstico de DG: sensibilidad 15,87% especificidad 97,4%, valor predictivo positivo 59,2%, valor predictivo negativo 83,3%, tasa de falsos positivos 2,53% y tasa de falsos negativos 84,1%. La comparación entre los grupos se muestra en la tabla. Sólo se observan diferencias en cuanto a la edad materna, que es significativamente menor en aquellas pacientes con O'Sullivan < 200 y SOG-100 g negativa.

	O'Sullivan < 200 +SOG-100 g negativa	O'Sullivan ≥ 200 con SOG-100 g negativa	O'Sullivan ≥ 200 con SOG-100 g positiva	Valor p
IMC pregestacional (kg/m ²)	26 \pm 5,3	26,7 \pm 5,5	27,1 \pm 5,6	0,624
Edad (años)	30,8 \pm 5,6	34,1 \pm 4,5	33,3 \pm 5,5	0,02

Incremento de peso (kg)		7,9 ± 5,1	11,2 ± 6	9,1 ± 5,9	0,31
Edad gestacional (semanas)		39,7 ± 1,1	39,5 ± 1,4	39,2 ± 1,1	0,255
Peso recién nacido (g)		3.395,3 ± 336,1	3.442,9 ± 516,3	3.230,4 ± 455,3	0,186
	Eutócico	52,5	51,3	70	
Tipo parto (%)	Instrumental	22,5	20,5	15	0,435
	Cesárea	25	28,2	15	

Conclusiones: Considerar el umbral de 200 mg/dl en el O'Sullivan para prescindir de la realización de la SOG-100 conllevaría que 4,1 pacientes de cada 10 estarían siendo diagnosticadas de DG sin serlo, ocasionando una situación de angustia y preocupación a la gestante. Además, se produciría un aumento de la prevalencia de DG difícilmente asumible por las unidades de diabetes y embarazo con un gasto de recursos sanitarios probablemente innecesario. El O'Sullivan \geq 200 no nos identifica gestantes de mayor riesgo obstétrico ni peores resultados perinatales.