

La prevalencia de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) oscila entre el 7% y el 14% dependiendo de la población estudiada y de la estrategia diagnóstica empleada¹. En España, según los datos recogidos por el Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE) en 1995, entre el 3 y el 18% de las embarazadas presentaban DMG. A lo largo de su vida, muchas de estas mujeres desarrollarán Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 y síndrome metabólico. Asimismo, las hijas e hijos expuestos tienen mayor riesgo de desarrollar alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, obesidad y síndrome metabólico en la edad adulta².

El abordaje de la DMG implica la intervención de profesionales de diferentes áreas de conocimiento (medicina de familia, endocrinología, obstetricia, enfermería...) cuya visión del problema, en ocasiones parcial y diferente, implica, a veces, cierta variabilidad en la atención.

La actualización de los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) “[Diabetes Mellitus](#)” (2017) y “[Embarazo, parto y Puerperio](#)” (2014) permitió poner de manifiesto la existencia de aspectos relacionados con la atención a las mujeres con DMG que eran objeto de controversia. Los más destacados fueron el cribado y diagnóstico de DMG, la definición de población de riesgo, los objetivos de control glucémico, las recomendaciones sobre estilos de vida saludables y tratamiento farmacológico y la reclasificación tras el parto. La importancia de los mismos en el manejo de la DMG hizo que los grupos elaboradores de dichos PAI se plantearan proporcionar un enfoque más concreto a los profesionales implicados.

La preocupación por disminuir la variabilidad en la práctica clínica y conseguir una atención de calidad desde el inicio del embarazo hasta el puerperio, sea cual sea el ámbito o profesional que lo atiende, planteó la necesidad de elaborar un documento de apoyo específico sobre DMG que diera respuesta, además, a los interrogantes antes planteados.

El objetivo de este documento, por tanto, es hacer recomendaciones de buenas prácticas en relación con el manejo clínico de la DMG. Para ello, se han incluido las últimas evidencias sobre cribado, diagnóstico y manejo clínico y terapéutico.

Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura utilizando estrategias de búsqueda estructuradas según el formato PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultados) para localizar documentos publicados sobre cribado, diagnóstico y manejo clínico en mujeres embarazadas con DMG.

La búsqueda se realizó entre el 14 y 20 de junio de 2017. Las fuentes bibliográficas consultadas fueron Tripdatabase y Cochrane Library. Para seleccionar otros documentos de referencia se consultaron PubMed y Google Scholar. Las palabras clave utilizadas definían la población y no se utilizó ningún término clave para definir intervenciones, tratamientos, diagnósticos o resultados que pudieran acotar la búsqueda. Se localizaron 758 documentos.

Con objeto de disponer de documentos recientes y relevantes, se han priorizado guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas publicadas en los 3 últimos años. Se limitaron las búsquedas por idioma (inglés y español). Finalmente se seleccionaron 16 documentos.

Las recomendaciones elaboradas están basadas en las conclusiones y recomendaciones de los documentos seleccionados a raíz de la búsqueda. Estos documentos se evaluaron posteriormente para conocer la calidad de la evidencia:

- Guías de Práctica Clínica: Para valorar su calidad metodológica se utilizó la herramienta AGREE II³, siendo el resultado moderado- alto.
- Revisiones sistemáticas: Su calidad se evaluó con la herramienta AMSTAR⁴ siendo todas ellas de buena calidad salvo una.
- Otros documentos de referencia en DMG, como el estudio HAPO⁵ y las recomendaciones de los grupos SEGO¹, GEDE² y ACOG⁶ (la actualización de este último no se acompaña de descripción de la metodología utilizada y expresa que se proporciona sin garantía de precisión o confiabilidad). Estos documentos se consideran de referencia y no se evaluaron.

Como consecuencia del proceso de actualización de la búsqueda realizada se localizaron posteriormente 2 revisiones sistemáticas más, que se incorporaron para su análisis, y una actualización de la guía ACOG⁶. Antes de la publicación de este documento se localizó una actualización de una de las revisiones sistemáticas incluidas que no aportó nuevas evidencias.

Recomendaciones

Para elaborar las recomendaciones se han utilizado los sistemas de graduación de las guías y revisiones sistemáticas seleccionadas. Además las siglas **AG** (acuerdo de grupo) se corresponden con las recomendaciones realizadas por el grupo elaborador del documento cuando no existen recomendaciones graduadas en los documentos utilizados.

Los sistemas de recomendaciones utilizados han sido:

1. Guía ADA⁷: Esta guía gradúa la calidad de la evidencia científica en la que se basan sus recomendaciones según un sistema desarrollado por ellos mismos.

A	Evidencia procedente de ensayos controlados aleatorios bien diseñados, generalizables o meta-análisis que incorporen graduación de la calidad.
B	Evidencia procedente de estudios de cohortes bien diseñados, de estudios caso-control bien diseñado o meta-análisis de estudios de cohortes.
C	Evidencia procedente de estudios no controlados (ensayos aleatorios con fallos metodológicos, estudios observacionales con alto riesgo de sesgo, series de casos)
E	Consenso de expertos o experiencia clínica.

2. Guía NICE⁸: Establece las recomendaciones en función del riesgo-beneficio de las intervenciones, tomando en cuenta la calidad de la evidencia subyacente. La forma de expresión de la recomendación es la que denota la fuerza de la recomendación. Utilizamos la expresión Recomendación NICE para referirnos a las propuestas de este grupo de trabajo.
3. Guía Ministerio⁹: Utiliza el sistema GRADE¹⁰ para hacer recomendaciones. Este sistema clasifica las recomendaciones según su dirección (a favor o en contra) y fuerza (fuertes o débiles). Para ello tiene en cuenta cuatro criterios: calidad de la evidencia (grado de confianza en que la estimación del efecto coincida o no con el efecto real), valores y preferencias de los pacientes, balance entre beneficios y riesgos y, por último, consumo de recursos.
4. Guía OMS¹¹: Utiliza el sistema GRADE para hacer recomendaciones y cuando no es posible, recurre al consenso de expertos.
5. Guía ACOG⁶: Las recomendaciones elaboradas por este grupo se clasifican según la calidad de la evidencia científica en distintos niveles:

A	Las recomendaciones y conclusiones se basan en evidencia científica buena y consistente.
B	Las recomendaciones y conclusiones se basan en evidencia científica limitada o inconsistente.
C	Las recomendaciones y conclusiones se basan principalmente en el consenso y la opinión de expertos.

6. Revisiones sistemáticas consideradas¹²⁻²²: utilizan el sistema GRADE para realizar las recomendaciones.