

Conferencias y Simposios

Miniconferencia: Diabetes mellitus gestacional temprana: qué es y su importancia

Coordinadora: Dra. Alicia Jawerbaum

Dr. David Simmons

Escuela Clínica Macarthur, Universidad de Western Sydney, Campbelltown, Sydney y Campbelltown Hospital, Campbelltown, Sydney

Durante los últimos 30 años, el manejo de la diabetes mellitus gestacional (DMG) ha evolucionado desde una condición "sin evidencia" de un ensayo controlado aleatorio (ECA) casi aleatorizado, basada en la experiencia clínica histórica, a una entidad clínica muy estudiada y discutida, con pautas variadas en todo el mundo. Si bien las pautas continúan convergiendo, basadas en ECA y estudios de cohortes sólidos, persisten las diferencias en los puntos de vista sobre las "mejores prácticas".

Los estudios Diabetes and Pregnancy Vitamin D and Lifestyle Intervention for Gestational Diabetes Mellitus Prevention (DALI) ahora han proporcionado una idea de las razones por las cuales el paradigma existente (que la GDM comienza en gran medida a las 24-28 semanas) es seriamente defectuoso. De hecho, durante muchos años, los estudios demostraron que la DMG diagnosticada temprano en el embarazo se asocia con peores resultados que los embarazos con DMG que se desarrollan más tarde en el embarazo. Dicha DMG temprana, "reservada" o "prevalente" representa alrededor del 15-70% de todas las DMG¹, y un nuevo debate es cómo debe llevarse a cabo su diagnóstico. Se requiere con urgencia nueva evidencia (por ejemplo, criterios de diagnóstico y umbrales de acción de la glucosa) para garantizar que este cambio de paradigma mejore los resultados del embarazo y minimice la carga sobre las mujeres afectadas.

Para abordar esta necesidad, el estudio Treatment of Booking Gestational diabetes Mellitus (TOBOGM)² es el único ECA del tratamiento de la DMG en el embarazo temprano que incluye controles enmascarados. Las mujeres participantes tienen factores de riesgo de DM y una prueba de tolerancia a la glucosa oral (OGTT según los criterios de la OMS) antes de las 20 semanas de gestación. Las que tienen DMG según los criterios existentes (n=800) se asignan al azar a un tratamiento o a una OGTT repetida a las 24-28 semanas de gestación. El resultado primario es una combinación de resultados adversos del embarazo. Un estudio anidado permite comparar los resultados del embarazo entre mujeres con DMG con valores de glucosa más altos y más bajos. Las mujeres sin DMG temprana forman una cohorte epidemiológica. Un pequeño estudio piloto³ (n=20 mujeres con DMG temprana) encontró que la admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales fue mayor en el grupo tratado, en gran parte debido a los bebés pequeños para la edad gestacional, mientras que los bebés grandes para la edad gestacional fueron mayores en el grupo sin tratamiento. La mayoría de las mujeres con *booking* GDM no tratada a mediados del segundo trimestre todavía tenían GDM a las 24-28 semanas. El estudio piloto demostró que el tratamiento temprano puede tener tanto beneficios como daños. Los resultados completos del ensayo estarán listos para fines de 2022, y se espera que ayuden en la gestión de las mujeres con hiperglucemia leve al comienzo del embarazo.

Bibliografía

1. Immanuel J, Simmons D. Curr Diab Rep. 2017;17(11):115.
2. Simmons D et al. Med J Aust 2018;209:405-406.
3. Simmons D et al. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(1):151

Palabras clave: diabetes mellitus; embarazo.

Miniconference: Early gestational diabetes mellitus: what is it and does it matter?

Coordinator: Dr. Alicia Jawerbaum

Dr. David Simmons

Macarthur Clinical School, Western Sydney University, Campbelltown, Sydney and Campbelltown Hospital, Campbelltown, Sydney

Over the last 30 years, the management of gestational diabetes mellitus (GDM) has evolved from an almost randomised controlled trial (RCT) “evidence-free” condition, based upon historical, clinical experience, to a much studied, and discussed, clinical entity with varied guidelines around the world. While the guidelines continue to converge, based upon RCTs and robust cohort studies, differences in views on “best practice” remain. The Diabetes and Pregnancy Vitamin D And Lifestyle Intervention for Gestational Diabetes Mellitus Prevention (DALI) studies have now provided insight into reasons why the existing paradigm, that GDM largely commences at 24-28 weeks is seriously flawed. In fact, for many years, studies have shown that GDM diagnosed early in pregnancy is associated with worse outcomes than pregnancies with GDM developing later in pregnancy. Such early, “booking” or “prevalent” GDM is about 15-70% of all GDM¹, and a new debate is how its diagnosis should take place. New evidence (eg diagnostic criteria, glucose action thresholds) is urgently required to ensure that this paradigm shift improves pregnancy outcomes while minimising the burden on the women affected. To address this need, the Treatment Of BOoking Gestational diabetes Mellitus (TOBOGM) study² is the only RCT of treatment of GDM in early pregnancy that involving masked controls. Participating women have diabetes risk factors and an oral glucose tolerance test (OGTT using WHO criteria) before 20 weeks gestation. Those with GDM by existing criteria (n=800) are randomised to either treatment or a repeat OGTT at 24-28 weeks gestation. Primary outcome is a composite of adverse pregnancy outcomes. A nested study allows comparison of pregnancy outcomes among women with GDM with higher and lower glucose values. Women without early GDM form an epidemiological cohort. small pilot study³ (n=20 women with early GDM) found that Neonatal Intensive Care Unit admission was highest in the Treated group, largely due to small for gestational age babies while Large for Gestational Age babies were greatest in the No Treatment group. Most women with untreated ‘Booking GDM’ in mid 2nd trimester still had GDM at 24–28 weeks. The pilot has shown that early treatment may have both benefits and harms. Full trial results will be ready in late 2022 to help guide the management of women with mild hyperglycaemia early in pregnancy.

Key words: diabetes mellitus; pregnancy.