

PRONOSTICO

Los factores de riesgo para padecer diabetes gestacional son similares a los de la diabetes no insulino dependiente

A Prospective Study of Pregravid Determinants of Gestational Diabetes Mellitus. Solomon CG, Willet WC, Carey VJ. JAMA 1997; 278: 1078-83.

Objetivo

Evaluar si los factores de riesgo conocidos de diabetes no insulino dependiente (DNID) son determinantes de riesgo de diabetes mellitus gestacional (DMG).

Diseño

Estudio de cohorte prospectivo por medio de cuestionarios enviados por correo. Estudio de salud de las enfermeras II.

Lugar

14 estados de EE.UU.

Pacientes

Se incluyeron 14.613 enfermeras de 24 a 42 años de edad, sin

DMG previa ni otro tipo de diabetes conocida que reportaron un embarazo único entre 1990 y 1994. De ellas, 722 (4,9%) reportaron un nuevo diagnóstico de DMG.

Evaluación de factores pronósticos

Se evaluaron los datos autoreportados sobre edad, historia familiar de diabetes, raza, índice de masa corporal (IMC), cambio de peso desde los 18 años hasta el cuestionario basal en 1989 y tabaquismo activo o pasado. La validez de los datos autoreportados fue comprobada en un subgrupo elegido al azar.

Medición de resultados principales

Para cada factor de riesgo se calcularon los riesgos relativos e intervalos de confianza de padecer DMG ajustados por edad y otros potenciales confundidores.

Resultados principales

El riesgo de DMG aumentó significativamente con:

Factor de Riesgo	Riesgo Relativo	IC 95%
Edad materna	≥40 años vs. 25-29 años	2.38 1.26-3.98
Antecedentes familiares	Madre	1.90 1.49-2.42
	Ambos progenitores	2.87 1.48-5.58
IMC antes del embarazo	25-29,9 vs. <20	2.13 1.65-2.74
	>30 vs. <20	2.9 2.15-3.91
Aumento de peso desde 18 años	5-9.9 kg.	1.67 1.37-2.05
	10-19.9 kg.	2.54 2.07-3.12
	≥20 kg.	3.56 2.70-4.69
Tabaquismo activo		1.43 1.14-1.80
Raza asiática		2.32 1.52-3.54

No se observó una diferencia significativa del riesgo en mujeres que hacían ejercicios vigorosos antes del embarazo comparadas con las sedentarias.

Conclusiones

La presencia de los reconocidos factores de riesgo de diabetes no insulino dependiente aumenta también el riesgo de diabetes gestacional.

Fuente de financiamiento: No referida.

Comentario

Este es un excelente trabajo para demostrar lo que se propone. Las mujeres que tienen 40 años o más, historia parental de diabetes, raza asiática, IMC pregrávido > de 25 o aumento de peso de más de 5 kg desde los 18 años, y el fumar antes del embarazo aumentan la probabilidad de diabetes gestacional. Es interesante destacar que el 60% de las mujeres con DMG de esta cohorte (prevalencia de DMG de 4,9% y similar a la reportada en la literatura) no presentan ninguno de estos factores de riesgo. Esto no hace más que reafirmar la controversia de la indicación de rastreo universal de DMG a toda mujer embarazada (recomendación tipo C*)(1). De todas formas creemos que los médicos de atención primaria debemos estar familiarizados con estos factores de riesgo asociados al desarrollo de diabetes y aconsejar mantener un peso adecuado y evitar el tabaquismo. Es bueno recordar que

la prueba indicada para el rastreo durante el embarazo en pacientes de riesgo es la prueba oral de 50 gramos de glucosa y sólo hacer el test de tolerancia de 100g en las que el resultado es anormal. Faltan estudios prospectivos que demuestren el rol beneficioso de la actividad física para la prevención de la DMG.

*Ver glosario

Marcela Botargues
Unidad de Medicina Familiar y Preventiva
Hospital Italiano de Buenos Aires.

Referencias

1. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services, 2ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.pp193-208

La isquemia silente es un predictor de mortalidad coronaria

Silent ST-T changes in an epidemiologic cohort study. A marker of hypertension or coronary heart disease, or both: The Reykjavik Study. Sigurdsson E, Sigfusson N, Sigvaldason H, et al. *JACC* 1997;27:1140-7

Objetivos

1) Describir características clínicas y bioquímicas de un grupo de pacientes portadores de alteraciones del segmento ST-T interpretadas como isquemia silente (IS); 2) Analizar el valor predictor independiente de la IS en relación con: desarrollo de angina de pecho (AP), infarto agudo de miocardio (IAM) y muerte coronaria (MC); 3) Comparar la evolución clínica de los pacientes portadores de IS vs. otras formas clínicas de enfermedad coronaria.

Diseño

Estudio prospectivo de cohorte.

Lugar

Reikjavik, Islandia.

Pacientes

Fueron reclutados 9.139 hombres a partir del año 1.967 con seguimiento hasta el año 1.992 (71% de la población total invitada a participar en el trabajo. Se analizaron los siguientes grupos: 1) Pacientes con alteraciones isquémicas del ST-T en el electrocardiograma (ECG) de reposo, definidas por el código de Minnesota, sin síntomas ni antecedentes coronarios (Grupo IS); 2) Pacientes sin evidencia de isquemia sintomática o silente (Grupo control); y 3) Pacientes con antecedentes AP o IAM (con o sin IS).

Evaluación de factores pronósticos

Presencia de isquemia silente, edad, intolerancia a la glucosa, colesterolemia, trigliceridemia, uricemia, tensión arterial sistólica (TAS), diastólica, índice de masa corporal (IMC), presencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) en el ECG, hipertensión con y sin tratamiento, tabaquismo, diuréticos y digoxina.

Medidas de Resultados

Todos los pacientes fueron evaluados con examen físico, síntomas coronarios, laboratorio, radiografía de tórax y ECG. La cau-

sa de muerte se determinó a partir del certificado de defunción y en el 55% de los casos por autopsia.

Resultados Principales

1) Comparación de las características del Grupo IS (n = 437) vs. el Grupo Control (n = 7903):

Las variables asociadas a IS (análisis multivariado) fueron: tratamiento con diuréticos, tratamiento con digital, antihipertensivos, cardiomegalia, TAS, edad, cigarrillos $\geq 15/\text{día}$ e HVI. 2) Predicción de eventos coronarios: el tratamiento con diuréticos, digital, la hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y la edad mostraron un valor predictor independiente para AP o IAM. Luego de ajustar por las distintas variables predictoras, la IS se asoció a un riesgo 1.6 veces mayor de eventos (RR*), pero estos valores no alcanzaron niveles significativos (IC 95% 1-2.8, p 0.07). La IS mostró valor predictor independiente para muerte de causa coronaria (RR 2.0, IC 95% 1.6 - 2.5). 3) Pronóstico: Las diferentes manifestaciones de enfermedad coronaria analizadas se asociaron a un aumento en el riesgo de muerte coronaria en relación con el grupo control (ver tabla)

Evento	RR*	IC 95%
IS	2.0	1.6 - 2.6
AP sin IS	2.5	2.0 - 3.2
AP con IS	4.2	3.1 - 5.7
IAM sin IS	5.6	4.0 - 7.8
IAM con IS	9.9	7.6 - 13

Conclusión

La IS fue un predictor independiente de muerte de causa coronaria, si bien el pronóstico de estos pacientes fue mejor que el de otras formas clínicas de enfermedad coronaria.

Comentario

Es sabido que en los pacientes portadores de enfermedad coronaria sintomática (AP, IAM) los episodios de isquemia silente no sólo son muy frecuentes sino que tienen un valor pronóstico semejante al de los episodios de angor manifiesto. Sin embargo, aún queda por dilucidar el significado de la IS en pacientes sin ninguna otra manifestación de enfermedad coronaria. La presencia de IS no se acompañó de un aumento estadísticamente significativo en el índice de eventos coronarios no fatales (IAM ó AP); si bien se observó una mayor mortalidad de causa coronaria en este grupo. Esto podría deberse a que los pacientes que hacen AP ó IAM en el grupo IS son más graves ó tienen mayor incidencia de muerte súbita, lo cual no está especificado en el artículo. Finalmente, es importante destacar el gradiente de mortalidad que se observa entre los pacientes con IS (RR 2) hasta los pacientes con IAM e IS (RR 10). Las principales limitaciones de este estudio fueron: 1) la difícil interpretación del ECG en el grupo IS debido a la mayor cantidad de hipertensos, de pacientes con sobrecarga de ven-

trículo izquierdo o tratados con digital en este grupo; 2) El rechazo del 29% de los pacientes invitados a participar. No se puede determinar si las características de este subgrupo difieren del resto y esto modifica o no los resultados obtenidos, comprometiendo la validez externa*. Sus datos más destacables fueron la importante cantidad de pacientes incluidos y la evaluación de mortalidad a partir de las autopsias en un gran porcentaje de casos.

*Ver glosario

Dr Alberto Velázquez

Unidad de Medicina Familiar y Preventiva
Hospital Italiano de Buenos Aires

Referencia

Ruthesford Johnd, Braunwald E., Silent Myocardial Ischemia. en *Heart Discose*, W.B. Saunders 1992 pp 1347 - 50.