



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Diferentes tipos de asesoramiento dietético para las mujeres con diabetes mellitus gestacional (Revisión)

Han S, Middleton P, Shepherd E, Van Ryswyk E, Crowther CA

Han S, Middleton P, Shepherd E, Van Ryswyk E, Crowther CA.
Different types of dietary advice for women with gestational diabetes mellitus
(Diferentes tipos de asesoramiento dietético para las mujeres con diabetes mellitus gestacional).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD009275.
DOI: [10.1002/14651858.CD009275.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009275.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Diferentes tipos de asesoramiento dietético para las mujeres con diabetes mellitus gestacional

Shanshan Han¹, Philippa Middleton^{1,2}, Emily Shepherd¹, Emer Van Ryswyk¹, Caroline A Crowther³

¹ARCH: Australian Research Centre for Health of Women and Babies, Robinson Research Institute, Discipline of Obstetrics and Gynaecology, The University of Adelaide, Adelaide, Australia. ²Healthy Mothers, Babies and Children, South Australian Health and Medical Research Institute, Adelaide, Australia. ³Liggins Institute, The University of Auckland, Auckland, New Zealand

Dirección de contacto: Shanshan Han, ARCH: Australian Research Centre for Health of Women and Babies, Robinson Research Institute, Discipline of Obstetrics and Gynaecology, The University of Adelaide, Women's and Children's Hospital, 72 King William Road, Adelaide, South Australia, 5006, Australia. shan.han@adelaide.edu.au.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Embarazo y Parto.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 4, 2017.

Referencia: Han S, Middleton P, Shepherd E, Van Ryswyk E, Crowther CA. Different types of dietary advice for women with gestational diabetes mellitus (Diferentes tipos de asesoramiento dietético para las mujeres con diabetes mellitus gestacional). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD009275. DOI: [10.1002/14651858.CD009275.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009275.pub3).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

El asesoramiento dietético es la estrategia principal para controlar la diabetes mellitus gestacional (DMG). Todavía no está claro qué tipo de asesoramiento es mejor.

Objetivos

Evaluar los efectos de diferentes tipos de asesoramiento dietético para las mujeres con DMG con el objetivo de mejorar los desenlaces de salud de las mujeres y los lactantes.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth) (8 de marzo de 2016), en el registro de ensayos de [PSANZ](#) (22 de marzo de 2016) y en las listas de referencias de los estudios identificados.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorizados que compararon los efectos de diferentes tipos de asesoramiento dietético en mujeres con DMG.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión, de forma independiente, evaluaron la elegibilidad de los estudios, el riesgo de sesgo y extrajeron los datos. Mediante el método GRADE se evaluó la calidad de la evidencia de dos comparaciones para los desenlaces principales maternos: trastornos hipertensivos del embarazo; cesárea; diabetes mellitus tipo 2; y del lactante: grande para la edad gestacional; mortalidad perinatal; mortalidad o morbilidad neonatal compuesta; discapacidad neurosensorial; y para los desenlaces secundarios maternos: inducción del parto; traumatismo perineal; depresión posnatal; retención posnatal de peso o vuelta al peso previo al embarazo; y del lactante: hipoglucemia; adiposidad en la infancia/adulthood; diabetes mellitus tipo 2 en la infancia/adulthood.

Resultados principales

En esta actualización se incluyeron 19 ensayos que asignaron al azar a 1398 mujeres con diabetes gestacional, con un riesgo de sesgo general de incierto a moderado (diez comparaciones). Para los desenlaces evaluados mediante el método GRADE, la disminución de la

certeza se basó en las limitaciones, la imprecisión y la inconsistencia de los estudios. Cuando no se informan los hallazgos de los desenlaces principales ni de los desenlaces GRADE predeterminados, se debe a que los ensayos incluidos no proporcionaron datos.

Desenlaces principales

Dieta con índice glucémico (IG) bajo a moderado versus dieta con IG moderado a alto (cuatro ensayos): no se observaron diferencias claras en: grande para la edad gestacional (razón de riesgos [RR] 0,71; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,22 a 2,34; dos ensayos, 89 lactantes; *evidencia de calidad baja*); hipertensión grave o preeclampsia (RR 1,02; IC del 95%: 0,07 a 15,86; un ensayo, 95 mujeres; *evidencia de calidad muy baja*); eclampsia (RR 0,34; IC 95% 0,01 a 8,14; un ensayo, 83 mujeres; *evidencia de calidad muy baja*) o cesárea (RR 0,66; IC 95% 0,29 a 1,47; un ensayo, 63 mujeres; *evidencia de calidad baja*).

Dieta con restricción calórica versus dieta sin restricción calórica (tres ensayos): no se observaron diferencias claras en: grande para la edad gestacional (RR 1,17; IC del 95%: 0,65 a 2,12; un ensayo, 123 lactantes; *evidencia de calidad baja*); mortalidad perinatal (ningún evento; dos ensayos, 423 lactantes; *evidencia de calidad baja*); preeclampsia (RR 1,00; IC del 95%: 0,51 a 1,97; un ensayo, 117 mujeres; *evidencia de calidad baja*); o cesárea (RR 1,12; IC del 95%: 0,80 a 1,56; dos ensayos, 420 mujeres; *evidencia de calidad baja*).

Dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) versus dieta control (tres ensayos): no se observaron diferencias claras en: preeclampsia (RR 1,00; IC del 95%: 0,31 a 3,26; tres ensayos, 136 mujeres); sin embargo, hubo menos cesáreas en el grupo de dieta DASH (RR 0,53; IC del 95%: 0,37 a 0,76; dos ensayos, 86 mujeres).

Dieta baja en carbohidratos versus dieta alta en carbohidratos (dos ensayos): no se observaron diferencias claras en: grande para la edad gestacional (RR 0,51; IC del 95%: 0,13 a 1,95; un ensayo, 149 lactantes); mortalidad perinatal (RR 3,00; IC del 95%: 0,12 a 72,49; un ensayo, 150 lactantes); hipertensión materna (RR 0,40; IC del 95%: 0,13 a 1,22; un ensayo, 150 mujeres); o cesárea (RR 1,29; IC del 95%: 0,84 a 1,99; dos ensayos, 179 mujeres).

Dieta con contenido alto en grasas insaturadas versus dieta con contenido bajo en grasas insaturadas (dos ensayos): no se observaron diferencias claras en: grande para la edad gestacional (RR 0,54; IC del 95%: 0,21 a 1,37; un ensayo, 27 lactantes); preeclampsia (ningún caso; un ensayo, 27 mujeres); hipertensión en el embarazo (RR 0,54; IC del 95%: 0,06 a 5,26; un ensayo, 27 mujeres); cesárea (RR 1,08; IC del 95%: 0,07 a 15,50; un ensayo, 27 mujeres); diabetes de una a dos semanas (RR 2,00; IC del 95%: 0,45 a 8,94; un ensayo, 24 mujeres) o de cuatro a 13 meses después del parto (RR 1,00; IC del 95%: 0,10 a 9,61; un ensayo, seis mujeres).

Dieta con IG bajo versus dieta con IG moderado y contenido alto en fibra (un ensayo): no se observaron diferencias claras en: grande para la edad gestacional (RR 2,87; IC 95%: 0,61 a 13,50; 92 lactantes); cesárea (RR 1,91; IC 95%: 0,91 a 4,03; 92 mujeres); o diabetes tipo 2 a los tres meses del parto (RR 0,76; IC 95%: 0,11 a 5,01; 58 mujeres).

Recomendación dietética más asesoramiento conductual relacionado con la dieta versus recomendación dietética solamente (un ensayo): no se observaron diferencias claras en: grande para la edad gestacional (RR 0,73; IC del 95%: 0,25 a 2,14; 99 lactantes); o cesárea (RR 0,78; IC del 95%: 0,38 a 1,62; 99 mujeres).

Dieta enriquecida con proteína de soja versus dieta sin proteína de soja (un ensayo): no se observaron diferencias claras en: preeclampsia (RR 2,00; IC 95%: 0,19 a 21,03; 68 mujeres); o cesárea (RR 1,00; IC 95%: 0,57 a 1,77; 68 mujeres).

Dieta con contenido alto en fibra versus dieta con contenido estándar en fibra (un ensayo): no se informaron desenlaces principales.

Dieta específica según el grupo étnico versus dieta saludable estándar (un ensayo): no se observaron diferencias claras en: grande para la edad gestacional (RR 0,14; IC del 95%: 0,01 a 2,45; 20 lactantes); desenlace adverso neonatal compuesto (ningún evento; 20 lactantes); hipertensión gestacional (RR 0,33; IC del 95%: 0,02 a 7,32; 20 mujeres); o parto por cesárea (RR 1,20; IC del 95%: 0,54 a 2,67; 20 mujeres).

Desenlaces secundarios

En los desenlaces secundarios evaluados mediante el método GRADE no se observaron diferencias: entre una dieta con IG bajo a moderado y moderado a alto en la inducción del trabajo de parto (RR 0,88; IC del 95%: 0,33 a 2,34; un ensayo, 63 mujeres; *evidencia de calidad baja*); o una dieta con restricción calórica y sin restricción calórica en la inducción del trabajo de parto (RR 1,02; IC del 95%: 0,68 a 1,53; un ensayo, 114 mujeres; *evidencia de calidad baja*) y la hipoglucemia neonatal (RR promedio 1,06; IC del 95%: 0,48 a 2,32; dos ensayos, 408 lactantes; *evidencia de calidad muy baja*).

Se observaron algunas otras diferencias claras en los desenlaces informados. En su mayoría no se informaron desenlaces de salud a largo plazo, ni el uso y los costes de los servicios sanitarios.

Conclusiones de los autores

La evidencia de 19 ensayos que evaluaron diferentes tipos de asesoramiento dietético para mujeres con DMG no indican diferencias claras en los desenlaces principales ni los desenlaces secundarios evaluados mediante el método GRADE, excepto una posible reducción de la cesárea en las mujeres que recibieron una dieta DASH en comparación con una dieta control. Se observaron pocas diferencias en los desenlaces secundarios.

La evidencia actual es limitada por el escaso número de ensayos en cada comparación, los tamaños muestrales pequeños y la calidad metodológica variable. Se necesita más evidencia para evaluar los efectos de diferentes tipos de asesoramiento dietético en mujeres con DMG. Los ensayos futuros deben tener un poder estadístico adecuado para evaluar desenlaces a corto y a largo plazo.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Diferentes tipos de asesoramiento dietético para las mujeres con diabetes mellitus gestacional

¿Cuál es el problema?

La diabetes mellitus gestacional (DMG) es una intolerancia a los carbohidratos que provoca un exceso de azúcar en la sangre (hiperglucemia) que comienza o se detecta por primera vez durante el embarazo. La orientación o el asesoramiento dietético es la estrategia principal para ayudar a las mujeres a controlar la DMG, pero no está claro qué asesoramiento dietético es el mejor. Esta revisión se propuso determinar qué asesoramiento dietético para las mujeres con DMG es mejor para reducir las complicaciones de salud de las mujeres y sus recién nacidos.

¿Por qué es esto importante?

Las mujeres con DMG tienen un mayor riesgo de desarrollar presión arterial elevada y preeclampsia (presión arterial elevada con edema y proteína en la orina) durante el embarazo. Los recién nacidos pueden tener un tamaño grande para la edad gestacional. Debido a lo anterior pueden sufrir lesiones en el momento del parto o provocar lesiones a la madre durante el parto. Los recién nacidos tienen mayores probabilidades de nacer por un parto inducido o de nacer por cesárea. Las mujeres y los recién nacidos tienen un mayor riesgo de presentar problemas de salud a largo plazo que incluyen diabetes tipo 2 y discapacidad.

¿Qué evidencia se encontró?

El 8 de marzo de 2016 se buscó en la bibliografía médica y en esta revisión actualizada se incluyeron 19 ensayos controlados aleatorizados que incluyeron 1398 mujeres con DMG y sus recién nacidos. El riesgo general de sesgo de los ensayos fue incierto o moderado debido a las limitaciones metodológicas, y la calidad de la evidencia fue baja o muy baja. Los estudios en general fueron pequeños, pocos compararon las mismas intervenciones o intervenciones similares y los desenlaces informados no fueron exhaustivos.

Se incluyeron diez comparaciones diferentes de asesoramiento dietético. Estas fueron: 1) una dieta con índice glucémico (IG) bajo a moderado con una dieta con IG moderado a alto (cuatro ensayos); 2) una dieta con restricción calórica con una dieta sin restricción calórica (tres ensayos); 3) una dieta "Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)" rica en frutas, verduras, cereales integrales y productos lácteos bajos en grasa con una dieta control (tres ensayos); 4) una dieta con contenido bajo en carbohidratos con una dieta con contenido alto en carbohidratos (dos ensayos); 5) una dieta con contenido alto en grasas insaturadas con una dieta con contenido bajo en grasas insaturadas (dos ensayos); 6) una dieta con IG bajo con una dieta con IG moderado y contenido alto en fibra (un ensayo); 7) recomendaciones dietéticas y asesoramiento conductual relacionado con la dieta con recomendaciones dietéticas solamente (un ensayo); 8) una dieta enriquecida con proteína de soja con una dieta sin proteína de soja (un ensayo); 9) una dieta con contenido alto en fibra con una dieta con contenido estándar en fibra (un ensayo); y 10) una dieta específica según el grupo étnico con una dieta saludable estándar (un ensayo).

La revisión no encontró diferencias claras entre los diferentes tipos de asesoramiento dietético en cuanto al número de mujeres con presión arterial elevada durante el embarazo que incluye la preeclampsia (nueve ensayos en seis comparaciones de dietas diferentes), recién nacidos grandes para la edad gestacional (ocho ensayos en siete comparaciones de dietas diferentes), muertes perinatales que incluyen mortinatos y muerte alrededor del momento del parto (tres ensayos en dos comparaciones de dietas diferentes), desarrollo de diabetes tipo 2 por la madre (dos ensayos en dos comparaciones de dietas diferentes) y un desenlace compuesto de muertes neonatales o salud deficiente (un ensayo en una comparación de dietas). No se observaron diferencias claras en el número de recién nacidos que nacieron por cesárea (diez ensayos en ocho comparaciones de dietas diferentes), excepto una reducción con una dieta DASH. Ninguno de los ensayos incluidos informó sobre la discapacidad tardía durante la niñez de los recién nacidos.

Se analizó una variedad de otros desenlaces sin que se informaran diferencias consistentes entre los diferentes tipos de asesoramiento dietético. En su mayoría no se informaron desenlaces relacionados con la salud a más largo plazo de las mujeres y los recién nacidos, ni el uso y los costes de los servicios de salud.

¿Qué significa esto?

El asesoramiento dietético es la estrategia principal para el control de la DMG; sin embargo, todavía no está claro qué tipo de asesoramiento es mejor. Todavía no se dispone de evidencia definitiva de ensayos controlados aleatorizados para guiar la práctica, aunque se ha investigado una variedad amplia de intervenciones de asesoramiento dietético. Pocos ensayos han comparado las mismas intervenciones o intervenciones similares, los ensayos han sido pequeños y han informado resultados limitados. Se necesitan grandes ensayos controlados aleatorizados bien diseñados adicionales para evaluar los efectos de diferentes tipos de asesoramiento dietético para las mujeres con DMG para mejorar los desenlaces de salud a corto y a largo plazo de las mujeres y los recién nacidos.