

# “Una **mejor alimentación en el embarazo** reduce la diabetes *gestacional* en **un 30%**”

ENTREVISTA AL DOCTOR **ALFONSO CALLE**, JEFE DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID) Y RESPONSABLE DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN ‘ESTUDIO SAN CARLOS POR LA PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE LA DIABETES GESTACIONAL’. Por **MANEL TORREJÓN**

**E**l doctor Alfonso Calle se volcó en el estudio de la diabetes por “el gran impacto social y familiar que tenía la enfermedad, sobre todo la diabetes tipo 1”. En una primera etapa, contribuyó a un mejor conocimiento y prevención del pie diabético, y en la actualidad su grupo de trabajo analiza el impacto de una alimentación y un estilo de vida saludables en las mujeres embarazadas, con el fin de prevenir la diabetes gestacional y, en caso de diagnóstico, poderla tratar de la mejor manera posible.

## ¿Cómo se empieza a interesar por el pie diabético?

En los primeros años de mi trayectoria, me dediqué sobre todo a la diabetes tipo 1. Pero a partir de los años 90, me centré en la diabetes tipo 2, con el objetivo de prevenir las complicaciones crónicas, especialmente en los pies. Nuestro grupo de trabajo determinó la epidemiología, la disminución de la calidad y de la expectativa de vida, y el impacto económico del pie diabético. Con ese conocimiento, se pueden definir estrategias para prevenir y mejorar la salud de los pacientes. Como resultado, el Hospital Clínico San Carlos creó en la década de los 90 una de las primeras unidades del pie en España, con un programa integral en el que también había podólogos. El eslogan que ideamos era *En busca del callo perdido*. Se trataba de hacer un cribado, para así reducir las tasas de aparición de esta complicación.

## Con el tiempo, se ha demostrado que la prevención es clave para reducir los casos de pie diabético...

Demostremos que el cribado permite detectar lesiones incipientes, lo que evita que el problema vaya a más. Prestábamos atención sobre todo a las personas con polineuropatía, una afectación que disminuye el reflejo del dolor, también en los pies, lo que impide que el paciente note las lesiones en esas extremidades.

Para reducir el colesterol, disponemos de fármacos específicos. Sin embargo, para la polineuropatía, no los hay. El pa-



**“En los 90, nuestro grupo de trabajo determinó la epidemiología, la disminución de la calidad y de la expectativa de vida, y el impacto económico del pie diabético”**

ciente debe hacerse un corte de uñas adecuado, y llevar zapatos y plantillas adecuados y, si es necesario, ortesis para los pies. El objetivo es evitar callos que den lugar a úlceras. Se trata de un riesgo que no es puntual, que se mantiene a lo largo del tiempo, por lo que el paciente debe cuidar y vigilar sus pies, y acudir de forma regular a la unidad del pie.

## ¿Qué beneficios ha aportado la unidad del pie en su hospital?

En 2006 se publicó en *The Lancet* un estudio europeo al que nuestro grupo contribuyó. En total, participaron 10 centros hospitalarios de 10 países. Nuestro grupo publicó que en el área de nuestro hospital se había reducido la tasa de amputaciones en un 50% entre 1993 y 1999, coincidiendo con la puesta en marcha de la unidad del pie.

## Otra línea de trabajo de su grupo es la diabetes gestacional. ¿En qué consiste esta investigación?

En el 2008, se cambiaron los criterios de diagnóstico de la diabetes gestacional, con el aval de la Organización Mundial de la Salud y de la Asociación Americana de Diabetes. Al disminuir el umbral de glucemia a partir del cual se diagnostica una diabetes gestacional, la prevalencia de esta dolencia podía aumentar desde el 10% hasta el 35%. Ése era el principal obstáculo, que los porcentajes de diabetes gestacional se dispararían. Pero una vez descontado ese incremento, éramos conscientes de que el tratamiento prematuro de este tipo de diabetes podía frenar eventos adversos.

En 2014 publicamos un estudio a partir del análisis de unas 3.000 mujeres embarazadas que habían acudido a nuestro hospital durante la gestación desde el 2012. Demostramos que, con este nuevo criterio, se reducía la prematuridad del bebé (del 4% al 1,2%), la hipertensión provocada por la gestación (del 7% al 4,1%) y el número de cesáreas urgentes (del 51% al 15%). Asimismo,

mo, aumentaba el porcentaje de bebés nacidos con buena salud: disminuyeron los casos de bebés grandes o macrosómicos (del 4,1% al 1%) y de bebés de bajo peso (del 4,1% al 1%).

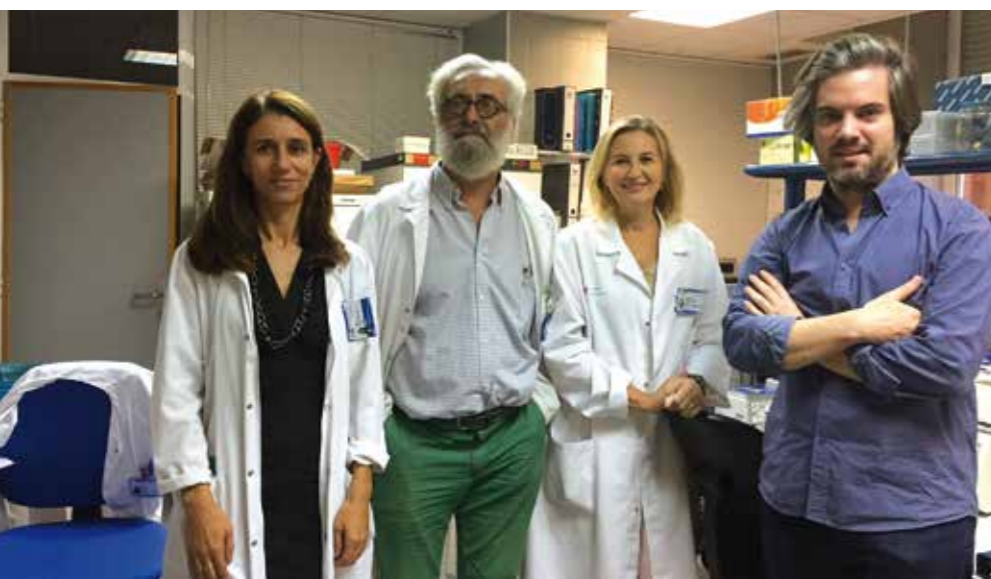
Los beneficios no solo eran de salud de la madre y del niño, sino también de reducción de costes para el hospital, de aproximadamente 15.000 euros por cada 100 mujeres cribadas con los nuevos criterios diagnósticos.

## ¿Se está utilizando estos nuevos criterios de diagnóstico de la diabetes gestacional en otros hospitales?

Se está aplicando en más centros, pero se está haciendo poco a poco, por el temor al brusco aumento de prevalencia que conlleva, al emerger casos de diabetes gestacional que con los anteriores criterios no se diagnosticaban.

## ¿A partir de qué momento del embarazo se interviene?

Intervenimos en las semanas 8-10 de gestación. Con la mejora de la alimentación y del estilo de vida, se consigue una reducción de la diabetes gestacional de más del 30%. Así, si bien en un primer momento los porcentajes de esta diabetes se disparan por la adopción del nuevo criterio, con la intervención en las madres se consigue reducir



**“Intervenimos en las semanas 8-10 de gestación con la mejora de la alimentación y del estilo de vida de las gestantes”**



la prevalencia. En nuestro hospital, pasamos de un 35% de diabetes gestacionales en 2012, tras el cambio de criterio, a un 17% en 2016. Todos estos resultados los publicamos en 2017 en la revista médica *Plos One*.

**Pasar del 35% al 17% de casos de diabetes gestacional en cuatro años es una evolución espectacular. ¿No lo ve así?**

Lo cierto es que las mujeres gestantes son muy adherentes a las pautas que se les da, porque para ellas la salud del niño es fundamental.

**Por lo que vemos, cuando el paciente se involucra al 100%, los resultados son muy positivos.**

Así es. Algunos datos ayudan a entender cómo de importante es intervenir de forma precoz, y hacerlo a partir de los nuevos criterios de detección de la diabetes gestacional. Para que haya un bebé menos en la UCI, solo es necesario tratar a cinco pacientes. Para evitar un episodio de trauma perineal, solo hace falta tratar a 10 pacientes. Para ahorrarnos un caso de diabetes gestacional, solo necesitamos tratar a 20 mujeres.

**¿Qué cambios en el estilo de vida se introducen en las mujeres gestantes para evitar la diabetes gestacional?**

A partir de la primera visita, en las semanas 8-10, establecimos seis patrones alimentarios relevantes, tres de ellos vinculados a consumos de grasas insaturadas:

- El uso del aceite de oliva virgen extra como única grasa culinaria.
- El consumo de más de 40 mililitros por día y por persona de aceite de oliva virgen extra, que es el equivalente a cuatro cucharadas soperas.
- Este consumo se asocia a la ingesta de más ensaladas y verduras, y también debe conllevar la reducción del uso de las salsas comerciales.
- El consumo de frutos secos cuatro días a la semana, una elección saludable con la que al mismo tiempo se sustituye los snacks no saludables.
- La reducción del consumo de bebidas azucaradas, incluyendo zumos, también los naturales.
- La ingesta de dos piezas de fruta al día.
- La ingesta de un plato de verdura o de ensalada al día.

**Su hospital ha reducido al 17% el porcentaje de mujeres embarazadas con diabetes gestacional. ¿Se puede bajar aún más ese porcentaje?**

Si la mujer gestante sigue estas pautas de alimentación desde el inicio del embarazo, podemos lograr reducir el porcentaje al 13%. Sin embargo, para conseguir un embarazo lo más saludable posible, la mujer se puede empezar a preparar desde antes de la concepción. El objetivo debería ser programar el embarazo en las mejores condiciones. Así, las mujeres que desean quedarse embarazadas deberían evitar el sobrepeso, y presentar un Índice de Masa Corporal (IMC) de menos de 25.

La evolución es positiva, porque en 2008 solo el 20% de mujeres de nuestra área programaban su embarazo, y en 2018 lo hace casi el 50%. La concienciación ha aumentado, en parte porque está aumentando la edad a la que las mujeres se quedan embarazadas.

Con una intervención lo más temprana posible, podríamos reducir los casos de diabetes gestacional por debajo del 10%.

**¿Qué trabajo de investigación están realizando ahora?**

Tenemos una alianza con un consorcio hospitalario del Reino Unido para investigar los efectos de la alimentación sana de la madre durante los cuatro primeros años de vida de los niños. Ese primer ciclo de estudio de cuatro años lo completaremos en el año 2019. Hay patologías de esos primeros años de vida, como bronquiolitis, enfermedades infecciosas y alergias, cuya prevalencia se reduce. A partir de ahí, deseamos poder hacer un seguimiento de esos niños hasta los 10 años de edad, una labor de investigación para la que buscaremos fondos. ●

**“Tenemos una alianza con un consorcio hospitalario del Reino Unido para investigar los efectos de la alimentación sana de la madre durante los cuatro primeros años de vida de los niños”**