

PREGUNTA 29:

¿HAY QUE REALIZAR CRIBADO DE LA NEFROPATÍA DIABÉTICA? ¿CADA CUÁNTO TIEMPO? ¿CÓMO?

AUTORES

- Concepción Navarro Hernández *Consultorio La Alcayna. Molina de Segura (Murcia)*
- Xavier Mundet Tudurí *Equipo de atención primaria El Carmel. Barcelona*

■ Marzo 2021 (Última revisión)

VOLUMEN DE LA EVIDENCIA: INTRODUCCIÓN Y REVISIONES O ECAS O ESTUDIOS PUBLICADOS

La revisión de las principales guías de actuación de la nefropatía diabética desde el 2016 hasta la actualidad no incorpora grandes cambios en el cribado de la nefropatía diabética.

El resumen de evidencia consultado de UpToDate¹ explica que en las personas con DM2 la nefropatía puede ya estar presente en el momento del diagnóstico de la diabetes y da unas directrices similares para la detección de la enfermedad renal diabética, basadas en las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA)² y la Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)³. El resumen indica que los test anormales deberían repetirse (para confirmarse) en 3-6 meses.

También coincide con estas recomendaciones la GPC de Diabetes Canada de 2018⁴ y son similares las de otras sociedades científicas.

Recientemente se ha estudiado la aplicabilidad de una determinación semicuantitativa de la excreción urinaria de albúmina (EUA) mediante tiras reactivas con una sensibilidad del 85 %, una especificidad del 76,6 % y un área bajo la curva ROC de 0,807 (IC del 95 %: 0,752-0,863) y un nuevo péptido urinario CPK 273, con mayor capacidad para detectar la progresión de la enfermedad que, aunque tiene un coste superior a la determinación de la excreción urinaria de albúmina, supone una ganancia en años de vida (0,13 QALYs), especialmente en los pacientes con alto riesgo de enfermedad renal por presentar una enfermedad cardiovascular asociada a la DM2.⁷

APLICABILIDAD: SON APLICABLES A NUESTRO SISTEMA DE SALUD, MISMA POBLACIÓN, EDAD

Las guías consultadas son de países de nuestro entorno (EE. UU., Reino Unido, Canadá, etc.) por lo que sus recomendaciones son aplicables a nuestra población.

CONSISTENCIA: ¿DIFIERE NUESTRA PREGUNTA DE LA GUÍA DE LO QUE MUESTRAN LOS ARTÍCULOS CLAVE QUE HEMOS REVISADO?

Las recomendaciones tienen consistencia en tanto que la respuesta se ha basado primordialmente en guías de práctica clínica y todas coinciden en la respuesta.

RELEVANCIA/IMPACTO CLÍNICO: MAGNITUD DEL EFECTO Y BENEFICIO-RIESGO DE LA INTERVENCIÓN. ¿DIFIERE DE LA ANTERIOR?

Las recomendaciones detectadas no difieren de la anterior edición de esta guía.⁸

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Nivel de evidencia

| | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2+ | La presencia de filtrado glomerular disminuido y/o EUA elevada en personas con diabetes se asocia a un incremento de eventos cardiovasculares y/o renales. La presencia de ambas alteraciones incrementa el riesgo. |
| 2+ | Todas las guías consultadas recomiendan la determinación anual de la tasa de filtrado glomerular estimado (FGe) y de EUA mediante el cociente albúmina/creatinina en la orina matinal. |
| 3 | La determinación anual del FGe y EUA es coste-eficiente para la prevención de enfermedad renal. |

Grado de recomendación

| | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B | Se sigue recomendando el cribado en el momento del diagnóstico y de forma anual. |
| B | El cribado se realizará mediante la estimación del filtrado glomerular a partir de la creatinina plasmática y la determinación de la excreción urinaria de albúmina mediante el cociente albúmina creatinina (CAC) (en una muestra puntual de orina). |
| B | Para la estimación del filtrado glomerular se sigue sugiriendo usar la fórmula CKD-EPI o, en su defecto, la fórmula del estudio MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) o la fórmula de Cockcroft-Gault. |
| D | Se sugiere que en los pacientes con un CAC superior a 300 mg/g y/o un FGe inferior a 60 ml/min se monitoricen estos parámetros cada seis meses. |

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

| Base de datos | Estrategia de búsqueda | Fechas |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Medline (PubMed y Ovid) | "renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms] OR "diabetic nephropathies"[MeSH Terms]) AND "diabetes mellitus"[MeSH Terms] AND ("Diagnosis"[MeSH Terms] OR "Diagnostic Screening Programs"[MeSH Terms]) | Enero 2016-diciembre 2020 |
| UpToDate | Diabetic nephropathy AND diagnosis | -- |

BIBLIOGRAFÍA

1. Mottl AK, Tuttle KR, Bakris GL. Diabetic kidney disease: Manifestations, evaluation, and diagnosis. This topic last updated: Nov 13, 2020. Glasscock RJ, Nathan DM, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com>
2. American Diabetes Association. Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care* 2021;44(Suppl. 1):S151-S167. doi: 10.2337/dc21-S011.
3. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int* 2020 Oct;98(4S):S1-S115. doi: 10.1016/j.kint.2020.06.019.
4. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee, McFarlane P, Cherney D, Gilbert RE, Senior P. Chronic Kidney Disease in Diabetes. *Can J Diabetes* 2018 Apr;42 Suppl 1:S201-S209. doi: 10.1016/j.jcjd.2017.11.004.
5. Shiwa T, Nishimura M, Kato M. The Effectiveness of the Semi-quantitative Assessment of Microalbuminuria Using Routine Urine Dipstick Screening in Patients with Diabetes. *Intern Med* 2018 Feb 15;57(4):503-506. doi: 10.2169/internalmedicine.9069-17.
6. Kim Y, Park S, Kim MH, Song SH, Lee WM, Kim HS, et al. Can a semi-quantitative method replace the current quantitative method for the annual screening of microalbuminuria in patients with diabetes? Diagnostic accuracy and cost-saving analysis considering the potential health burden. *PloS One*, 15(1):e0227694. doi: 10.1371/journal.pone.0227694.
7. Critselis E, Vlahou A, Stel VS, Morton RL. Cost-effectiveness of screening type 2 diabetes patients for chronic kidney disease progression with the CKD273 urinary peptide classifier as compared to urinary albumin excretion. *Nephrol Dial Transplant* 2018 Mar 1;33(3):441-449. doi: 10.1093/ndt/gfx068.
8. Mundet Tudurí X. Pregunta 29. ¿Hay que realizar el cribado de la nefropatía diabética? ¿Cada cuánto tiempo? ¿Cómo? En: Ezkurra Loiola P, coordinador. Fundación redGDPS. Guía de actualización en diabetes mellitus tipo 2. Badalona. Euromedice, 2017: 125-127. <http://redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/P29.pdf>