

PREGUNTA 5:

¿ES EFECTIVO EL CRIBADO DE DIABETES? EN SU CASO, ¿EN QUÉ GRUPOS DE RIESGO?

AUTORES

- José Luis Martín Manzano *Centro de Salud Salvador Caballero de Granada.*
- Alba Vergaz Ballesteros *Centro de Salud Francia. Fuenlabrada, Madrid*

■ Octubre 2021 (Última revisión)

SIMETAP-DM es un estudio observacional transversal realizado en atención primaria, con una muestra aleatoria de base poblacional de 10.579 adultos. Las prevalencias ajustadas por edad y sexo de diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y diabetes mellitus (DM) fueron del 1,0 % (1,3 % para hombres y 0,7 % para mujeres), el 11,5 % (13,6 % para hombres y 9,7 % para mujeres) y el 12,5 % (14,9 % para hombres y 10,5 % para mujeres), respectivamente.¹

Según el estudio Di@bet, la incidencia de DM en España, ajustada por la estructura de edad y sexo de la población española, fue de 11,6 casos por cada 1.000 personas/año (IC del 95 % = 11,1-12,1). La incidencia de diabetes conocida fue de 3,7 casos por cada 1.000 personas/año (IC del 95 % = 2,8-4,6). Los principales factores de riesgo para desarrollar diabetes fueron la presencia de prediabetes en el estudio transversal, la edad, el sexo masculino, la obesidad, la obesidad central, el aumento de peso y los antecedentes familiares de diabetes.² En el mismo estudio se observa una prevalencia de DM2 en España del 13,8 % y, de los pacientes con DM2, casi la mitad (6 %) no sabe que padece la enfermedad.³

EFECTIVIDAD DEL CRIBADO

Existen varias estrategias para el cribado de la DM2 y de la prediabetes, como el cribado oportunista, mediante la realización de glucemia en poblaciones con mayor riesgo, los cuestionarios o las escalas de riesgo, que permiten identificar subgrupos de población en los que estaría recomendado realizar el cribado.

Una revisión sistemática concluyó que el cribado no reduce la mortalidad en un seguimiento a diez años. El estudio Addition observó que el cribado frente al no cribado no fue superior en la reducción del riesgo de mortalidad total, mortalidad CV o mortalidad relacionada con la diabetes. Tampoco ensayos clínicos aleatorios (ECA) no han demostrado que el cribado de la diabetes mellitus mejore los resultados importantes en salud (complicaciones microvasculares, enfermedad cardiovascular o mortalidad).⁴

Siguiendo con el estudio Addition-Cambridge, en el año 2019 se publicaron los resultados de un análisis de seguimiento post hoc de diez años para establecer los efectos a largo plazo de la terapia multifactorial intensiva en personas con DM2 detectadas mediante cribado en atención primaria. De las 3.233 personas con diabetes detectada por cribado, 3.057 aceptaron participar (1.379 en el grupo de atención rutinaria y 1.678 en el grupo de tratamiento intensivo); 14 se perdieron durante el seguimiento y 12 se retiraron, quedando 3.031 para el análisis de seguimiento de diez años. Las reducciones sostenidas durante diez años después del diagnóstico fueron evidentes para el peso corporal, HbA_{1c}, presión arterial y colesterol en ambos grupos de estudio, pero las diferencias entre los grupos identificadas a uno y cinco años se atenuaron en el seguimiento de diez años. A los diez años, 443 participantes tuvieron un primer evento cardiovascular y 465 murieron. No hubo diferencias significativas entre los grupos en la incidencia del resultado compuesto

primario (16,1 por cada 1.000 personas/año en el grupo de atención de rutina frente a 14,3 por cada 1.000 personas/año en el grupo de tratamiento intensivo; cociente de riesgo [HR] 0,87, IC del 95 %: 0,73-1,04; $p = 0,14$) o mortalidad por todas las causas (15,6 vs. 14,3 por cada 1.000 personas/año; HR: 0,90; 0,76-1,07).⁵

En el mismo estudio también se analizó el impacto a más largo plazo del tratamiento multifactorial de la DM2 en el estado de salud autonotificado, la calidad de vida específica de la DM y la satisfacción con el tratamiento de la diabetes a los diez años de seguimiento del ensayo Addition-Europe. No hubo diferencias en las medidas de resultado informadas por los pacientes entre los brazos de atención de rutina y de tratamiento intensivo en este estudio de seguimiento de diez años [EQ-5D: -0,01 (IC del 95 %: -0,03; 0,01); puntuación compuesta física (encuesta de salud de formato corto de 36 ítems): -0,27 (IC del 95 %: -1,11; 0,57); cuestionario de auditoría de la calidad de vida dependiente de la diabetes: -0,01 (IC del 95 %: -0,11; 0,10); y cuestionario de satisfacción con el tratamiento de la diabetes: -0,20 (IC del 95 %: -0,70; 0,29)]. Se concluye que el tratamiento intensivo y multifactorial de las personas con DM2 detectada mediante pruebas de detección no afectó el estado de salud autoinformado, la calidad de vida específica de la diabetes o la satisfacción con el tratamiento de la diabetes a los diez años de seguimiento en comparación con la atención de rutina.⁶

En una reciente revisión de La Cochrane se concluye que no hay seguridad acerca de los efectos del cribado de la DM2 sobre la mortalidad por todas las causas y la mortalidad relacionada con la diabetes. La evidencia estuvo disponible de un solo estudio. Por lo tanto, no podemos sacar conclusiones firmes en relación con los resultados de salud del cribado temprano de DM2.⁷

Una intervención multifactorial que promueva el tratamiento intensivo de las personas con diabetes tampoco ha evidenciado beneficio, ya que no hubo diferencia en el riesgo de ECV incidente y la mortalidad entre los grupos de tratamiento intensivo y de atención de rutina durante los siete años de seguimiento.⁸

Según la American Diabetes Association (ADA)⁹, las pruebas de prediabetes y/o DM2 en personas asintomáticas deben considerarse en adultos de cualquier edad con sobrepeso u obesidad (IMC mayor o igual a 25 kg/m² o mayor o igual a 23 kg/m² en asiático-americanos) y que tienen uno o más riesgos adicionales. La ADA recomienda la GB cada cuatro años en pacientes mayores de 45 años y anual en los que tengan alguna glucemia previa alterada o riesgo elevado de diabetes.

La US Preventives Task Force (USPTF) en su RS¹⁰ comenta que los ensayos de detección de diabetes no encontraron beneficio en la mortalidad significativa, pero no contaban con datos suficientes para evaluar otros resultados de salud y la evidencia sobre los daños del cribado fue limitado. Para las personas con diabetes recientemente diagnosticada (no detectada por exámenes de detección), las intervenciones mejoraron los resultados de salud; fundamentalmente para personas obesas o con sobrepeso con prediabetes. Las intervenciones se asociaron con una menor incidencia de diabetes y una mejoría en otros resultados intermedios.

La USPSTF recomienda la detección de prediabetes y DM2 en adultos de 35 a 70 años que tengan sobrepeso u obesidad. Los médicos deben ofrecer o derivar a las personas con prediabetes a intervenciones preventivas eficaces¹¹.

JUSTIFICACIÓN DE LA RECOMENDACIÓN

Hacen falta estudios a largo plazo que comparen la morbimortalidad y la calidad de vida entre pacientes diabéticos detectados mediante cribados y aquellos que recibieron el diagnóstico mediante la atención clínica rutinaria.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Nivel de evidencia	
2++	No hay pruebas suficientes que demuestren que el cribado de la diabetes mellitus tipo 2 mejore la morbimortalidad asociada a la diabetes mellitus.
Grado de recomendación	
D	Se sugiere utilizar la estrategia actual de cribado oportunista con glucemia basal cada 4 años en mayores de 45 años, dentro del contexto de detección de otros factores de riesgo cardiovascular
D	Se sugiere el cribado en dos etapas mediante el FINDRISC cada 4 años a partir de los 40 años y la glucemia basal cuando la puntuación obtenida sea superior o igual a 15.

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Fechas
PubMed	((“Mass Screening”[MeSH]) AND “Diabetes Mellitus, Type 2”[MeSH]) AND “Clinical Trial” [Publication Type]]	Enero 2016-agosto 2021
Cochrane Library	“Diabetes Mellitus” AND “screening ”	Enero 2016-agosto 2021

BIBLIOGRAFÍA

- Ruiz-García A, Arranz-Martínez E, García Álvarez JC, García Fernández ME, Palacios Martínez D, Montero Costa A, et al. Prevalencia de diabetes mellitus en el ámbito de la atención primaria española y su asociación con factores de riesgo cardiovascular y enfermedades cardiovasculares. Estudio SIMETAP-DM. Clin Investig Arterioscler 2020;32(1):15-26.
- Rojo-Martínez G, Valdés S, Soriguer F, et al. Incidencia de diabetes mellitus en España según resultados del estudio de cohorte nacional di@bet.es. Sci Rep 10, 2765 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-59643-7>
- Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. Diabetologia 55(2012);88-93M.
- Martín Manzano JL. Pregunta 5. ¿Es efectivo el cribado de diabetes? ¿En su caso, en que grupos de riesgo? En: Ezkurra Loiola P, coordinador. Fundación RedGDPS. Guía de actualización en diabetes mellitus tipo 2. Badalona. Euromedice Vivactis, 2017:33-35. Disponible en: <http://redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/P5.pdf>
- Griffin SJ, Rutten GEHM, Khunti K, Witte DR, Lauritzen T, Sharp SJ, et al. Long-term effects of intensive multifactorial therapy in individuals with screen-detected type 2 diabetes in primary care: 10-year follow-up of the ADDITION-Europe cluster-randomised trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019 Dec;7(12):925-937. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30349-3.
- Dalgaard EM, Sandbaek A, Griffin SJ, Rutten GEHM, Khunti K, Davies MJ, et al. Patient-reported outcomes after 10-year follow-up of intensive, multifactorial treatment in individuals with screen-detected type 2 diabetes: the ADDITION-Europe trial. Diabet Med. 2020 Sep;37(9):1509-1518.

7. Peer N, Balakrishna Y, Duraio S. Screening for type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 5.CD005266. doi: 10.1002/14651858.CD005266.pub2
8. Charles M, Skriver MV, Griffin SJ, Simmons RK, Witte DR, Dalsgaard E-M, et al. Does Training and Support of General Practitioners in Intensive Treatment of People with Screen-Detected Diabetes Improve Medication, Morbidity and Mortality in People with Clinically-Diagnosed Diabetes? Investigation of a Spill-Over Effect in a Cluster RCT. PLoS ONE. 2017;12(2):e0170697. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170697>
9. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2021. Diabetes Care 2021 Jan;44(Suppl 1):S15-S33
10. Jonas DE, Crotty K, Yun JDY, Middleton JC, Feltner C, Taylor-Phillips S, et al. Screening for Prediabetes and Type 2 Diabetes: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2021 Aug 24;326(8):744-760.
11. US Preventive Services Task Force, Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Prediabetes and Type 2 Diabetes: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2021 Aug 24;326(8):736-743.