

Atención primaria y diabetes mellitus tipo 2: limitaciones actuales del cribado y las acciones comunitarias

AMANDO MARTÍN ZURRO

Presidente del Organismo de Coordinación Estatal del PAPPs. Ex Coordinador General del Programa de Medicina de Familia y Comunitaria de Cataluña.

La prevalencia y la incidencia de la diabetes mellitus tipo 2 crecen de forma continua en los países desarrollados: en Estados Unidos, según datos del US Preventive Services Task Force¹, la presenta el 9,3% de los adultos y en España se ha duplicado la prevalencia en los últimos 10 años, con un mayor impacto en la población mayor de 65 años. La mortalidad derivada de las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 se sitúa entre el cuarto y el sexto lugar en las estadísticas generales. La morbilidad, en términos de deterioro grave de las funciones visual y renal y de accidentes cardiovasculares, supone un porcentaje significativo de la originada por el conjunto de las enfermedades crónicas^{2,3}. La historia natural de este problema nos indica que, además de los factores hereditarios, hay otros determinantes de salud que influyen en su progresión a lo largo de varios años hasta el diagnóstico clínico, la gran mayoría de ellos relacionados con la esfera de la nutrición y la actividad física⁴.

Sirvan las consideraciones previas para remarcar la importancia de este problema de salud, a la vez enfermedad y factor de riesgo, en los países de nuestro entorno y para señalar los caminos principales de actuación que podemos emprender para conseguir disminuir su impacto en la salud individual y colectiva.

Con independencia de las características concretas de la organización de cada sistema sanitario, parece obvio que es en el ámbito de la atención primaria y de la comunidad donde han de desarrollarse, de forma prioritaria, tanto las actuaciones de prevención como las de seguimiento y control de los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2. Esta afirmación no contradice la necesidad de que exista, en forma de consultorías puntuales, una colaboración estrecha entre los profesionales médicos y de enfermería de atención fa-

miliar y comunitaria y los especialistas en endocrinología y nutrición.

Cuando nos planteamos el abordaje de este tipo de diabetes mellitus desde la perspectiva de la prevención, debemos considerar cuáles son las mejores opciones estratégicas y técnicas para conseguir mayores efectividad y eficiencia de unas actuaciones que se justifican en la medida en que sean capaces de modificar de forma clara y favorable la historia natural de la enfermedad y sus complicaciones: podemos abordar el problema en el ámbito de la población general, de la que consulta o en la de mayor riesgo. Estos enfoques no son excluyentes entre sí y, por lo tanto, es posible combinarlos con distintos grados de priorización para cada uno de ellos en razón de las características y necesidades de cada momento y del tipo de acción que vayamos a desarrollar: de promoción de la salud o de prevención secundaria o terciaria. Hay evidencias suficientes para afirmar que, en términos de cribado, es necesario priorizar las actuaciones sobre la población de riesgo⁵, pero no hay un consenso universal para definirla ni sobre a partir de qué edad deben iniciarse. La recomendación más reciente para el cribado en adultos asintomáticos del US Preventive Services Task Force se centra en las personas con hipertensión arterial⁶, mientras que la Academia Americana de Medicina de Familia y el Canadian Task Force on Preventive Health Care lo indican en los adultos hipertensos y con dislipemia, y la American Diabetes Association, en los mayores de 45 años, fundamentalmente en aquellos con sobrepeso o con otros factores predisponentes, genéticos o de hábitos de vida, para diabetes mellitus. Entre nosotros, el Programa de Actividades Preventivas de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (PAPPs) recomienda el cribado coincidiendo con el de la hipercolesterolemia en los mayores de 45 años y anualmente a partir de esa edad si tienen obesidad, dislipemia o hipertensión arterial, o antecedentes personales de diabetes gestacional o en familiares de primer grado. En cualquier caso, disponemos de datos que indi-

Correspondencia: Dr. A. Martín Zurro.
Correo electrónico: a.martinzurro@gencat.cat.

can que el cribado de la diabetes mellitus tipo 2 con glucemia en ayunas es coste-efectivo^{7,8} en términos de reducción de la prevalencia y retardo de la aparición de complicaciones cardiovasculares en los pacientes con hipertensión arterial. No hay evidencia suficiente para recomendar el cribado en la población sana asintomática y sin factores genéticos o de riesgo adquirido para diabetes mellitus ni puede establecerse de forma incontestable la periodicidad con la que debe realizarse en los casos indicados. La conjunción de estas indefiniciones e interrogantes obligan a que, desde la perspectiva individual, sea imprescindible analizar de forma muy cuidadosa las circunstancias clínicas de los pacientes que acuden a las consultas antes de indicar el cribado periódico de esta enfermedad.

En el campo de las acciones comunitarias hay un número cada vez mayor de evidencias que nos hablan de la eficacia de las recomendaciones sobre los hábitos dietéticos, la disminución de peso y el ejercicio físico en sujetos con riesgo elevado para desarrollar diabetes mellitus tipo 2, por ejemplo en aquellos con intolerancia a la glucosa o síndrome metabólico⁹. Sin embargo, persisten dudas sobre el coste-efectividad de este tipo de intervenciones comunitarias en poblaciones tanto de alto como de bajo riesgo¹⁰. En los últimos años se han publicado algunos estudios que apuntan el posible papel en la disminución del riesgo de desarrollar diabetes mellitus de tipo 2 del consumo moderado de determinadas sustancias como el café¹¹ o el alcohol¹² y de la inhibición farmacológica del sistema renina-angiotensina¹³.

El análisis de las evidencias disponibles en relación con el cribado oportunista y las actuaciones comunitarias nos permite deducir que estas estrategias parecen ser coste-efectivas en las personas y los grupos con riesgo elevado de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, pero no en el resto de los casos.

Las actuaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad son nucleares en el contexto de la atención primaria; de hecho constituyen uno de los elementos emblemáticos de la reforma de este nivel del sistema sanitario iniciada a mediados de los años ochenta. Distintas iniciativas y programas, entre ellos el PAPPS, han contribuido de forma decisiva a la implantación reglada y fundamentada científicamente de este grupo de actividades en las consultas de nuestros centros de salud. A pesar de los avances conseguidos no se ha logrado unificar las recomendaciones preventivas que se realizan desde los distintos ámbitos e instituciones profesionales y de la administración, con la consiguiente desorientación de los ciudadanos y de los propios médicos. También es preciso seguir llamando la atención sobre el riesgo de incrementar la medicalización de la vida cotidiana y el consumo inadecuado de recursos sanitarios ante recomendaciones de criba-

dos o de otras actuaciones preventivas realizadas sin disponer de evidencias incontestables o que no son fácilmente asumibles o aceptadas por la población. Antes de iniciar cualquier tipo de programa preventivo, es preciso analizar, con el mayor rigor, el balance de beneficios y riesgos inherentes a toda actuación sanitaria, sobre todo, como es el caso de la prevención, cuando incidimos sobre personas sanas o asintomáticas. El caso de la diabetes mellitus tipo 2 no es ajeno a estas consideraciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Norris SL, Kansagara D, Bougatasos C, Fu R, US Preventive Services Task Force. Screening adults for type 2 diabetes: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2008;148:855-68.
2. Centers for Disease Control and Prevention. National Diabetes fact sheet: General information and national estimates on diabetes in the United States, 2003. Rev ed. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2004.
3. Cano Pérez JF, Tomás Santos P. Diabetes mellitus. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6.ª ed. Madrid: Elsevier; 2008. p. 838.
4. Orozco LJ, Buchleitner AM, Giménez Pérez G, Roqué Figuls M, Richter B, Mauricio D. Exercise or exercise and diet for preventing type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;3:CD003054.
5. Harris R, Donahue K, Rthore S, Frame P, Woolf SH, Lohr KN. Screening adults for type 2 diabetes: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2003;138:215-29.
6. US Preventive Services Task Force. Screening for type 2 diabetes mellitus: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. AHRQ Publication N.º 08-05116-EF-June 2008. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf08/type2/type2rs.htm>
7. Waugh N, Scotland G, McNamee P, Gillett M, Brennan A, Goyder E, et al. Screening for type 2 diabetes: literature review and economic modeling. *Health Technol Assess.* 2007;11.
8. Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Sandbaek A. Is prevention of type-2 diabetes feasible and efficient in primary care? A systematic PubMed review. *Prim Care Diabetes.* 2007;1:5-11.
9. Eddy DM, Schlessinger L, Kahn R. Clinical outcomes and cost-effectiveness of strategies for managing people at high risk for diabetes. *Ann Intern Med.* 2005;143:251-64.
10. Segal L, Dalton A, Richardson J. Cost-effectiveness of the primary prevention of non-insulin dependent diabetes mellitus. *Health Promot Int.* 1998;13:197-210.
11. Van Dam RM, Willett WC, Manson JE, Hu FB. Coffee, caffeine, and risk of type 2 diabetes: a prospective cohort study in younger and middle-aged US women. *Diabetes Care.* 2006;29:398-403.
12. Conigrave KM, Rimm EB. Alcohol for the prevention of type 2 diabetes mellitus? *Treat Endocrinol.* 2003;3:145-52.
13. Andrews R, Brown DL. Effect of inhibition of the rennin-angiotensin system on development of type 2 diabetes mellitus (meta-analysis of randomized trials). *Am J Cardiol.* 2007;7:1006-12.