

Combinación de un cuestionario autoaplicable con la determinación de glucosa capilar en el tamizaje de diabetes tipo 2.

La incidencia de diabetes tipo 2 (DM-T2) ha alcanzado proporciones epidémicas constituyendo un reto de salud pública,¹ por lo que el tamizaje como estrategia para identificar tanto a los individuos en alto riesgo como a los portadores asintomáticos de la enfermedad es una actividad común, no obstante que el Consenso de la Asociación Americana de Diabetes no lo recomienda.²

En un estudio de población desarrollado en Durango, ciudad en el norte de México, evaluamos la eficacia de la combinación de un cuestionario autoaplicable (que incluyó los factores de riesgo para DM-T2)² con la determinación de glucosa capilar en el tamizaje de DM-T2. El tamizaje fue considerado como positivo por la presencia de glucemia capilar de ayuno o casual ≥ 126 o ≥ 200 mg/dL, respectivamente,³ y/o por la presencia de obesidad más dos factores de riesgo adicionales, independientemente del valor de la glucemia. Los participantes con tamizaje positivo fueron informados con detalle acerca de su condición de riesgo e invitados a realizarse, sin costo alguno, una curva de tolerancia a la glucosa (CTG).

En dos días se estudiaron 691 sujetos con una edad promedio de 48.0 ± 16.1 años; de ellos, 406 (58.8%) mujeres y 285 (41.2%) hombres. Veintiséis participantes (3.8%) tenían diagnóstico previo de DM-T2. Entre los 665 sujetos aparentemente sanos, 347 (52.2%) tuvieron prueba de tamizaje positiva. Se identificó hiperglucemia casual (306.3 ± 90.1 mg/dL) y de ayuno (145.9 ± 18.0 mg/dL) en 32 (21.9%) y 114 (78.1%) personas. Solamente 16 (4.6%) sujetos acudieron a realizar CTG, estableciéndose diagnóstico de alteración de glucosa en ayuno, intolerancia a la glucosa y DM-T2 en 4 (1.1%), 3 (0.9%) y 7 (2.0%) de ellos.

La baja tasa de respuesta, de los sujetos en riesgo, para someterse a la CTG sugiere que los programas de tamizaje

para DM-T2 no se justifican en nuestro medio. De igual forma, nuestros resultados enfatizan la necesidad de enfocar los esfuerzos, y realizar los estudios pertinentes, para identificar las causas subyacentes que determinan la falta de aceptación para someterse a los estudios diagnósticos confirmatorios. En ausencia de las estrategias apropiadas para identificar estos factores, los programas de tamizaje de DM-T2 no justifican el esfuerzo humano ni el apoyo financiero que se les otorga, sobre todo en las comunidades pobres y los países en desarrollo.

Como alternativa y teniendo en cuenta que el éxito de un programa de escrutinio depende de la identificación apropiada de los sujetos en riesgo, nuestros resultados sugieren que el escrutinio oportunístico al que se incluyan los individuos con tres o más factores clínicos de riesgo podría ser una alternativa.

Por otro lado, considerando que los factores de riesgo y la prevalencia de DM-T2 varían de una región a otra^{4,5} y que la obtención de información confiable en los cuestionarios autoaplicables depende de elementos sociales y culturales, los esfuerzos para identificar a los sujetos de riesgo requiere una aproximación regional, más que un consenso internacional, circunstancia que es particularmente relevante en países con una gran diversidad como lo es México.

MC, M en C, Dr en Med Martha Rodríguez-Morán,^{1,2,3}

MC Ricardo Alvarado-Ruiz,^{2,4}

MC Guadalupe Morales-Franco,⁵

MC, Dr en Med Fernando Guerrero-Romero.^{1,2,3}

guerrero_romero@hotmail.com

¹Unidad de Investigación Biomédica, Instituto Mexicano del Seguro Social

²Grupo de de Investigación en Diabetes y Enfermedades Crónicas

³Núcleo de Investigación y Diagnóstico Clínico (NIDIAC)

⁴Hospital General, Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado

⁵Clinica de Diabetes, Secretaría de Salud, Durango, México.

Referencias

1. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025 prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998; 21: 1414-1431.

2. American Diabetes Association. Screening for Diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25 Suppl 1: S21-S24.

3. Muñoz J, Cordido F, López-Rodríguez I, Castro-Beiras A. Effect of the application of the new diagnostic criteria of diabetes mellitus in the prevalence estimates and diagnostic level in the general population. *Eur J Public Health* 1999; 9: 149-151.

4. McLaughlin T, Abbasi F, Lamendola C, Reaven G. Heterogeneity in the Prevalence of Risk Factors for Cardiovascular Disease and Type 2 Diabetes Mellitus in Obese Individuals: Effect of Differences in Insulin Sensitivity. *Arch Intern Med* 2007; 167: 642 - 648.

5. Kumari M, Head J, Marmot M. Prospective Study of Social and Other Risk Factors for Incidence of Type 2 Diabetes in the Whitehall II Study. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1873-1880.