

Cribado, estadificación y seguimiento de la diabetes tipo 1 en estadios preclínicos: Consenso de las sociedades científicas SED, SEEN y SEEP

M. Asunción Martínez-Brocca, Virginia Bellido, Roque Cardona-Hernandez, Luis Castaño, Ignacio Conget, Alberto Fernández, Ana Lucía Gómez Gila, Isabel Leiva-Gea y Dídac Mauricio

Diabetes tipo 1 (DT1)



- ❖ Enfermedad autoinmune crónica.
- ❖ Caracterizada por la destrucción progresiva de células beta del páncreas, lo que culmina en una deficiencia virtualmente absoluta de insulina.



RIESGOS DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TARDÍO

- ❖ Cetoacidosis diabética (CAD), que conlleva riesgo de edema cerebral, déficits cognitivos y muerte.
- ❖ Elevados costes de hospitalización relacionados con la CAD.



BIOMARCADORES CLAVE

- ❖ La presencia de autoanticuerpos contra antígenos de células beta anticipa la aparición clínica de la enfermedad en familiares de personas con DT1 y en población general.



IMPORTANCIA DEL CRIBADO

- ❖ La detección temprana de la DT1 se ha convertido en una prioridad en la práctica clínica actual.
- ❖ Posibilita la implementación de estrategias preventivas orientadas a reducir complicaciones agudas en el momento del diagnóstico, como la CAD, y a preservar la función residual de las células beta.



Objetivo

Facilitar y estandarizar el manejo de las fases presintomáticas de la enfermedad



ESTABLECER UN MARCO COMÚN PARA EL CRIBADO, ESTADIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA DT1 EN FASES PRESINTOMÁTICAS, BASADO EN LA EVIDENCIA Y ORIENTADO A SU IMPLEMENTACIÓN CLÍNICA

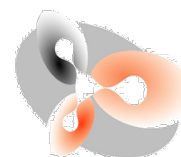


El documento de consenso recoge el posicionamiento acordado entre las siguientes sociedades médicas españolas



SEEN

Sociedad Española de
Endocrinología y Nutrición

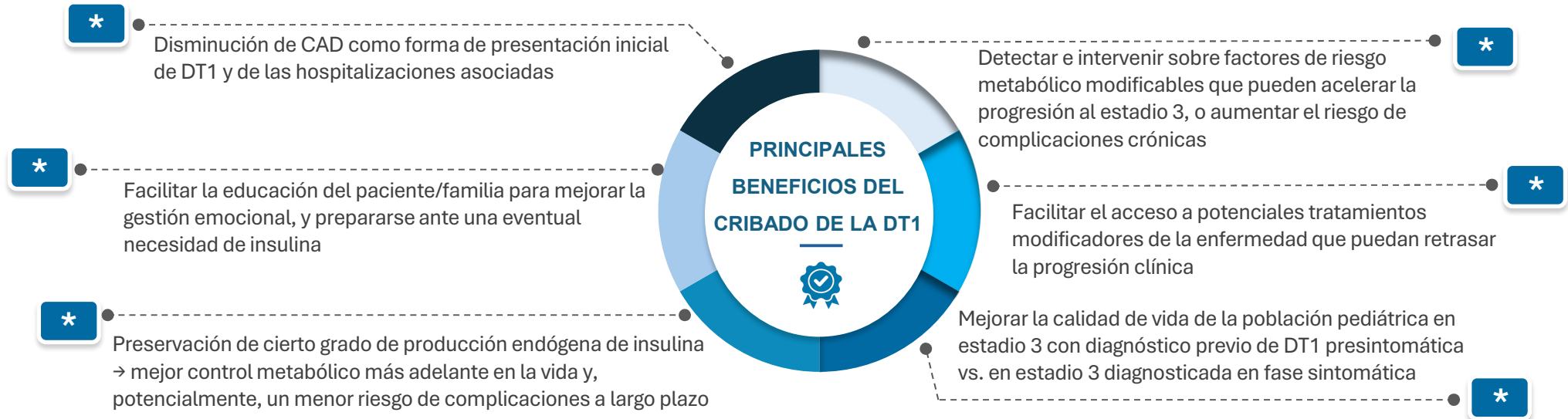


**SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
ENDOCRINOLOGÍA
PEDIÁTRICA**



Cribado de la DT1

Propósito: identificar y potencialmente prevenir o curar procesos que ya están produciendo diversas alteraciones patológicas, pero que no han llegado a una fase sintomática clínica, en la que las personas buscan asistencia médica.



Estrategias de cribado

Cribado con anticuerpos (2 muestras, 2 veces, 2 técnicas)

Anticuerpos recomendados de estudio: anti-GAD o GADA, anti-insulina o IAA, anti-AIA2 o IA-2A, y anti-ZnT8 o ZnT8A

Evaluación del riesgo genético + cribado con anticuerpos

Estudio del HLA o del PRS/GRS seguido del cribado con autoanticuerpos solamente en aquellas personas con alto riesgo genético

Población diana del cribado de la DT1

El cribado en FPG o personas con riesgo genético elevado está respaldado por:

- Evidencia clínica
- Recomendaciones de sociedades (ej. ISPAD, ADA)



Desarrollar programas piloto en la población pediátrica general permitirá evaluar la viabilidad para una futura implementación a gran escala

Evaluación del impacto y seguimiento

» Para valorar el impacto de la puesta en marcha del programa de cribado en familiares y la monitorización sistemática, se plantean los siguientes indicadores específicos (su análisis se llevaría a cabo de forma desagregada para población pediátrica y adulta)



NECESIDAD DE COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR CON LA IMPLICACIÓN DE DIFERENTES PROFESIONALES Y DE FORMACIÓN ESPECÍFICA PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO Y LA EDUCACIÓN

Recomendaciones para el cribado y seguimiento de estadios presintomáticos de DT1

CRIBADO



A QUIÉN

Familiares de primer grado (FPG)

- ❖ Como práctica clínica habitual
- ❖ Cada centro definirá un proceso de inclusión progresiva según disponibilidad y/o criterio organizativo*

Personas con riesgo genético elevado

El cribado en población general (cribado poblacional), solo en el contexto de estudios piloto de cribado y seguimiento, para evaluar la efectividad, viabilidad y aceptación en nuestro medio



CUÁNDO

Niños:

- ❖ A los 2, 6-8 y 12-14 años
- ❖ No repetir más allá de los 14 años si el último cribado es negativo

Adultos:

- ❖ El primer cribado se realizará a cualquier edad entre los 18-45 años
- ❖ No repetir si el resultado es negativo



DÓNDE (ÁMBITO)

- ❖ El cribado de FPG, la estadificación y seguimiento se llevarán a cabo generalmente en la atención especializada (endocrinología pediátrica o endocrinología de adultos)**
- ❖ Para aquellos familiares adultos de un caso en un niño o para aquellos niños familiares de un adulto, cada centro tomará la decisión de cómo/dónde llevar a cabo el cribado



CÓMO

- ❖ Determinación de 4 autoanticuerpos (GAD, IA2, IAA, ZnT8) contra la célula beta pancreática en laboratorios certificados/acreditados
- ❖ De ser positivo, deberá confirmarse en una segunda muestra
- ❖ La confirmación de anticuerpos en la segunda muestra puede combinarse con el análisis de la glucemia en ayunas y HbA_{1c}



EN CASO POSITIVO

- Valorar la tolerancia a la glucosa mediante: SOG, glucemia en ayunas, HbA_{1c}
- Clasificación: normal, disglucemia o hiperglucemia



SEGUIMIENTO

CÓMO

- Valoración metabólica (tolerancia a la glucosa) en todos los casos. En niños se puede sustituir por los otros parámetros metabólicos
- Reevaluación solo de Ac: en los casos de 1 Ac+ con tolerancia normal a la glucosa



Casos con 1 solo Ac+ y tolerancia normal a la glucosa

Casos con ≥ 2 Ac+ y tolerancia normal a la glucosa (estadio 1)

Casos con ≥ 2 Ac+ y tolerancia anormal a la glucosa (estadio 2)

Niños: semestral en < 3 años durante los 3 primeros años, anualmente en los 3 años posteriores; anualmente en > 3 años durante 3 años. Repetir a los 12-14 años
Adultos: anual, hasta los 45 años***

Niños: cada 3-6 meses hasta los 9 años; a partir de 9 años, cada 12 meses
Adultos: anual, hasta los 45 años***

Niños: cada 3 meses hasta los 14 años; cada 6 meses a partir de los 14 años
Adultos: cada 6 meses

*Se recomienda que la estrategia de cribado y seguimiento DT1 en fases presintomáticas garantice unos estándares mínimos homogéneos en todo el territorio español adaptando su implementación a las características y necesidades específicas de cada región y servicio sanitario para asegurar la equidad.

**En los programas piloto de población general, el cribado se puede hacer en los equipos de pediatría de familia; sin embargo, el seguimiento y estadificación se realizará en los equipos especializados.

***Si no es FPG/no hay factores de riesgo adicionales y no hay progresión a los 5 años, cada 2 años. A partir de los 45 años, el seguimiento metabólico puede continuarse de acuerdo con la detección de DT2 establecida en atención primaria.