

Cribado de las complicaciones vasculares de la diabetes

Santiago Domínguez-Coello

Medicina de Familia. Unidad de Investigación. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.
Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Santa Cruz de Tenerife. España.

La diabetes es una enfermedad cuya prevalencia se ha incrementado en los últimos años y, por tanto, también lo han hecho sus complicaciones¹. Por ello, el clínico debe realizar un cribado anual de las complicaciones vasculares derivadas de esta enfermedad. No obstante, estas complicaciones no son susceptibles de cribado en la misma medida; en otras palabras, la evidencia científica de la efectividad de su cribado es diferente según se trate de una complicación u otra².

Entre las características que debe reunir el cribado destacan: *a)* que el tratamiento de los pacientes cribados mejore su pronóstico; *b)* que sea coste-efectivo, y *c)* que sea factible. Y las pruebas de cribado deben ser aceptables, válidas y fiables³.

La enfermedad cerebrovascular es una entidad, por definición, aguda (accidente cerebrovascular o ictus) y, por tanto, no susceptible de cribado. No obstante, el clínico deberá estar atento a la posibilidad de que el paciente haya tenido un accidente isquémico transitorio, que se podrá detectar mediante anamnesis, y derivarlo rápidamente al segundo nivel con el fin de

evaluar adecuadamente al paciente para prevenir la aparición de un posterior evento cerebrovascular. Con relación a la cardiopatía isquémica, la posibilidad de detectar enfermedad isquémica asintomática mediante la prueba de esfuerzo ha sido objeto de debate, pero actualmente las sociedades científicas no lo consideran recomendable⁴. La arteriopatía periférica se puede detectar en pacientes diabéticos asintomáticos mediante el índice tobillo/brazo⁵. Un resultado inferior a 0,9 indica obstrucción de más del 50 % del flujo sanguíneo, con una sensibilidad del 95 % y una especificidad del 99 %⁶. Esta prueba se puede realizar en cualquier consulta mediante Doppler con sonda de 8 MHz. La prueba consiste en tomar la presión arterial en ambos brazos y en ambos tobillos con el Doppler. En los tobillos debe tomarse la presión arterial sistólica del pedio y el tibial posterior. En el denominador se escribe la presión arterial sistólica más alta de los dos brazos y en el numerador, la más alta de las dos obtenidas en cada tobillo⁷.

De las complicaciones microvasculares, la retinopatía diabética presenta mayor evidencia científica en cuanto a susceptibilidad de cribado². Actualmente, la retinografía no midriática permite al médico de atención primaria valorar a todos los diabéticos y remitir al oftalmólogo sólo a aquellos con prueba dudosa o patológica (fig. 1)⁸. Esto ha permitido disminuir las listas de espera y detectar precozmente esta compli-

Correspondencia: Dr. S. Domínguez-Coello.
Medicina de Familia. Unidad de Investigación. Hospital
Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Gerencia de Atención
Primaria de Tenerife.
Carretera General El Rosario, s/n. Ed. Traumatología, 2ª planta.
38010 Santa Cruz de Tenerife. España.
Correo electrónico: sdominguezc@telefonica.net

Recibido el 29-10-2007; aceptado para su publicación el 14-3-2008.



Figura 1. Retinopatía diabética no proliferativa.

cación, con lo que aumenta la satisfacción del paciente y el profesional, así como la eficiencia del sistema. Esta prueba debe hacerse a los 3-5 años del diagnóstico en el diabético de tipo 1 y en el momento del diagnóstico, al diabético de tipo 2. El seguimiento, en ambos casos, debe ser anual. En la paciente diabética embarazada el examen ocular debe hacerse en el primer trimestre, con un seguimiento estrecho durante el resto del embarazo. Las pacientes con diabetes gestacional no tienen mayor riesgo de retinopatía durante el embarazo. El diagnóstico de la neuropatía diabética es clínico y exploratorio. Rara-

mente se necesitan pruebas complejas, como el electromiograma. La combinación de la exploración vibratoria de los pies mediante diapason de 128 Hz, la sensibilidad superficial mediante monofilamento de 10 g y los reflejos osteotendinosos aquileos permiten detectar polineuropatía con un 87 % de sensibilidad. El cribado debe hacerse en el momento del diagnóstico y de forma anual. El cribado de la neuropatía autonómica debe hacerse en el momento del diagnóstico en la diabetes tipo 2 y a los 5 años del diagnóstico en la de tipo 1². Para el cribado de la nefropatía diabética el clínico debe solicitar microalbuminuria en muestra aislada y creatinina en sangre, y realizar la estimación del filtrado glomerular mediante fórmula para la estadificación de la insuficiencia renal crónica⁹. No obstante, el clínico deberá emplear con precaución tanto la fórmula de Cockcroft-Gault como la MDRD (*modification of diet in renal disease*) en la estimación del filtrado glomerular porque tienden a subestimar su valor real en pacientes diabéticos de reciente diagnóstico¹⁰.

La microalbuminuria se determinará a los pacientes diabéticos de tipo 1 a los 4 años del diagnóstico y a los del tipo 2 desde el mismo momento del diagnóstico. La creatinina sérica debe realizarse, como mínimo, anualmente para la estimación del filtrado glomerular².

Bibliografía

1. Bethel MA, Sloan FA, Belsky D, Feinglos MN. Longitudinal incidence and prevalence of adverse outcomes of diabetes mellitus in elderly patients. *Arch Intern Med.* 2007;167:921-7.
2. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2007. *Diabetes Care.* 2007;30 Suppl 1:S4-41.
3. Salleras L, Domínguez A, Forés MD. Los métodos de la medicina clínica preventiva (y III). Cribados. *Med Clin (Barc).* 1994; 102 Supl:26-34.
4. Buse JB, Ginsberg HN, Bakris GL, Clark NG, Costa F, Eckel R, et al. Primary prevention of cardiovascular disease in people with diabetes mellitus: A Scientific Statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. *Circulation.* 2007;115:114-26.
5. Vicente Díez JL, Lahoz Rallo C, Mostaza Prieto JM. ¿Nos podemos beneficiar de la determinación del índice tobillo-brazo en la consulta de atención primaria? *Aten Primaria.* 2006;38:358-61.
6. Doubeni CA, Yood RA, Emani S, Gurwitz JH. Identifying unrecognized peripheral arterial disease among asymptomatic patients in the primary care setting. *Angiology.* 2006;57:171-80.
7. William RH. Medical treatment of peripheral arterial disease and claudication. *N Engl J Med.* 2001;344:1608-21.
8. Baeza Díaz M, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Pedrera Carbonell V, Ribera Montes C, Pérez Pons I, et al. Validez de la cámara no midriática en el cribado de la retinopatía diabética y análisis de indicadores de riesgo de la retinopatía. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2004;79:433-42.
9. Kramer H, Molitch ME. Screening for kidney disease in adults with diabetes. *Diabetes Care.* 2005;28:1813-6.
10. Chudleigh RA, Dunseath G, Evans W, Harvey JN, Evans P, Ollerton R, et al. How reliable is estimation of glomerular filtration rate at diagnosis of type 2 diabetes? *Diabetes Care.* 2007;30: 300-5.