

¿Cuál de las exploraciones siguientes
NO se consideran básicas en la
valoración de un paciente con
diabetes?

- 1.- Radiografía de tórax
- 2.- Retinografía
- 3.- Índice tobillo brazo
- 4.- Monofilamento

1.- Radiografía de tórax.

Correcta. No existe ninguna recomendación en las Guías de práctica clínica sobre la necesidad de realizar una radiografía de tórax en la valoración del paciente con diabetes.

2.- Retinografía.

La Retinopatía diabética sigue siendo la causa más frecuente de ceguera en la población entre 20 y 75 años e los países desarrollados. En el momento del diagnóstico hasta un 20% de los pacientes pueden presentar RD alcanzando hasta un 60% cuando se llega a los 20 años de evolución de la enfermedad.

La realización de una Retinografía con una cámara digital no midriática constituye un método de cribado coste efectivo. Las imágenes son permanentes, siendo posible compararlas a lo largo del tiempo, detectando así las más pequeñas lesiones. A ello se añade una enorme comodidad para el paciente, ya que las pruebas pueden ser realizadas en un entorno cercano, valoradas por los profesionales de atención primaria adecuadamente entrenados y posteriormente si es necesario, dichas imágenes pueden ser valoradas por el oftalmólogo vía online, sin que el paciente tenga que desplazarse.

La frecuencia de realización está en discusión, pero se aconseja realizarla en el momento del diagnóstico en los pacientes tipo 2 y continuar cada dos años, en el caso de que aparezcan lesiones se debe disminuir el tiempo entre evaluaciones.

3.- Índice tobillo brazo.

El índice tobillo-brazo es el resultado de dividir la presión arterial sistólica (PAS) de las arterias de los tobillos (se utilizan las arterias tibial posterior y/o pedia) con la PAS más elevada de las tomadas en los brazos.

Para realizar esta medición es necesario contar con un equipo de Doppler continuo y al menos un esfigmomanómetro convencional o automático con diversos manguitos. Ya existen en el mercado aparatos automáticos que pueden realizar la toma a la vez en brazos y piernas.

La exploración se inicia con la toma de la presión arterial en ambos brazos y tomando el valor más alto de la PAS. Posteriormente se localizan las arterias a explorar en ambas piernas preferiblemente con la palpación, si no es posible, con la audición clara de la onda de pulso, comenzando a tomar la PAS de la arteria pedia con el esfigmomanómetro, se continúa con la tibial y después al otro pie. Se divide cada valor obtenido de PAS, en cada arteria de cada

pierna, por la PAS de brazo y valorándose el peor resultado: igual o menor a 0,9 se considera patológico, entre 0,91 y 1,24 dentro de la normalidad e igual o mayor a 1,25 sugestivo de calcificación arterial

4.- Monofilamento.

Por su sencillez, simplicidad y escaso coste, la simple y sencilla la exploración de la sensibilidad a la presión mediante el Monofilamento 5.07 de Semmes-Weinstein se ha convertido en la abanderada de toda la exploración de la neuropatía y de la del pie diabético.

Es una prueba que permite realizar un diagnóstico precoz y de bajo costo que se utiliza para plantear el diagnóstico precoz de neuropatía periférica sensitiva diabética. Permite evaluar la sensibilidad a la presión y constituye por sí sola un predictor independiente del riesgo de úlceras.

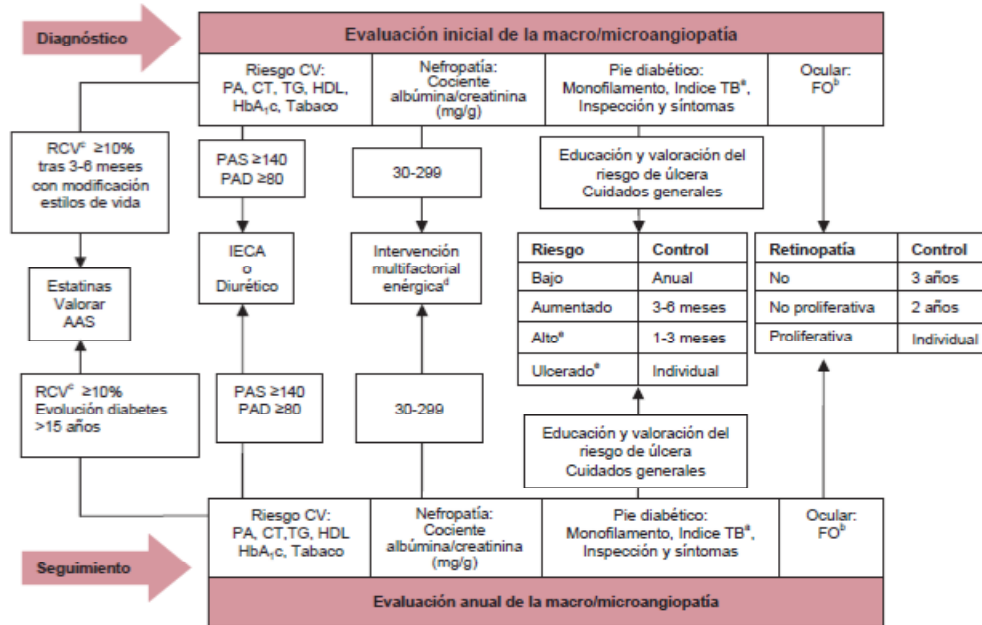
El monofilamento consta de un filamento de nailon unido a un mango que al doblarse aplica una presión constante de 10 g, siempre la misma independientemente de la fuerza con que se aplique, se coloca perpendicular a la piel y se va aplicando fuerza hasta que el hilo se dobla.

Se realiza con el paciente en decúbito supino con los ojos cerrados, se aplica perpendicularmente a la piel del paciente, se presiona hasta que se dobla, en ese momento se valora, sin mantenerse la presión más de 1-2 segundos .

Se deben explorar 4 puntos en cada pie: las superficies plantares de la última falange primer dedo y de las cabezas de 1º, 3º y 5º metatarsiano. Si existe hiperqueratosis o una úlcera se debe aplicar en la zona circundante. Con estos puntos se detectan el 90% de los pacientes insensibles al MF.

- Cano JF, Franch J y miembros de la redGDPS de España. Guía de la diabetes tipo 2. Recomendaciones clínicas con niveles de evidencia. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- Mediavilla Bravo JJ, coordinador y miembros del Grupo de Trabajo Diabetes de SEMERGEN. Guía de Práctica Clínica Diabetes tipo 2 de SEMERGEN.
www.semergen.es/semergen/contentFiles/File/guias_clinicas/diabetes.pdf.
- Type 2 diabetes. The management of type 2 diabetes. This guideline partially updates NICE clinical guideline 66 and replaces it. NICE clinical guideline 87; march 2010. NHS. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Disponible en URL:
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12165/44320/44320.pdf>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08

Evaluación de la macro y microangiopatía en el diagnóstico y seguimiento de la diabetes tipo 2



^a Índice TB (tobillo-brazo): en caso de exploración física anormal u otra afectación macro/microangiopática.
^b FO (fondo de ojo): cámara no miátrica o consulta oftalmológica en caso de no disponer de ésta.
^c RCV (riesgo cardiovascular): calculado según tabla REGICOR.
^d Dieta, ejercicio, terapia antitabaco, IECA, AAS, OBJETIVO TERAPÉUTICO: PAS ≤130 mmHg, control estricto de HbA_{1c} y colesterol.
^e Requiere valoración por atención especializada o, si disponible, unidad de pie o podólogo.
 PA, PAS, PAD: presión arterial, sistólica, diastólica; AAS: ácido acetil salicílico; FO: fondo de ojo; CT: colesterol; TG: triglicéridos.