

PREGUNTA 41

¿Cuál debe ser el estudio inicial de personas adultas con diabetes mellitus tipo 2?

Mateu Seguí Díaz

Médico de familia. Unidad Básica de Salud de Es Castell (Menorca)

En el momento del diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 está demostrado que ya existen complicaciones micro o macrovasculares en el paciente. Aun siendo subclínicas, su detección precoz permitiría parar o enlentecer su evolución en el tiempo. El United Kingdom Prospective Diabetes Study Group (UKPDS) encontró lesiones macrovasculares y, en menor grado, microvasculares en el momento que a los pacientes se les diagnosticaba diabetes mellitus tipo 2. El 50 % de los pacientes con diagnóstico reciente tuvo alguna complicación no aparente, dentro de las cuales el 21 % tenía retinopatía, el 18 % anomalías del electrocardiograma, la ausencia en los pulsos pedios se manifestó en el 14 % y los signos de neuropatía en el 7 %, entre un 2 y un 3 % había tenido infarto de miocardio, angina o claudicación intermitente y un 1 % un accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio¹.

Esta situación de partida, en donde el diagnóstico no indica el inicio de la enfermedad, hace necesario el conocimiento de la situación basal del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en el momento del etiquetado, pues permite aplicar estrategias preventivas con las que evitar o retrasar estas complicaciones en el tiempo. Cada una de ellas estará en relación con las pruebas específicas para detectar estas anomalías en los órganos diana².

A su vez, el momento del diagnóstico es el punto en el que iniciar una serie de actividades informativas y formativas de cara a fomentar el conocimiento de la enfermedad con el fin último de llegar al autocontrol (*empowerment*) de esta³⁻¹¹.

La implicación de otros profesionales de equipo, como los de enfermería, ayuda en esta función y mejora los resultados¹²⁻¹⁵.

En el estudio inicial se debería practicar:

- **Historia clínica básica.** Se debe valorar:
 - Hábitos de vida.
 - Clínica de la diabetes mellitus.
 - Complicaciones.
 - Antecedentes familiares.
 - Antecedentes medicamentosos.
 - Sintomatología que sugiera diabetes mellitus secundaria.
- Exploración física:
 - Peso/índice de masa corporal.
 - Presión arterial/frecuencia cardíaca.
 - Examen de los pies: monofilamento, vibratoria, etc.
 - Exploración de pulsos.
 - Índice tobillo-brazo.
 - Examen ocular: fondo de ojo, agudeza visual, tonometría, etc.
- Exploraciones complementarias:
 - Hemoglobina glucosilada.
 - Perfil lipídico.
 - Microalbuminuria (albúmina/creatina).
 - Filtrado glomerular (MDRD [Modification of Diet in Renal Disease Study]).
 - Electrocardiograma.
- **Cálculo del riesgo cardiovascular** (REGICOR [Registre Gironí del Cor]).
- **Conceptos iniciales de la educación diabetológica:**
 - Cumplimiento farmacológico.
 - Fundamentos de la dieta.
 - Fundamentos del ejercicio físico.
 - Fundamentos del cuidado de los pies.
 - Reconocimiento y manejo de las hipoglucemias.
 - Cómo practicar el autoanálisis de sangre/orina.
 - Conocimientos del autocontrol.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Véase la tabla 1.

Nivel de evidencia	
2+	Está demostrado que en el momento del diagnóstico existen ya signos o síntomas de complicaciones de la DM2
2++	En el momento del diagnóstico es cuando se puede/debe iniciar la actividad informativa/educativa del paciente diabético
2+	La participación del personal de enfermería mejora este cometido y permite profundizar en el objetivo de llegar al autocontrol de la enfermedad
Grado de recomendación	Recomendación
C	Se recomienda practicar una historia clínica básica. Valorando los hábitos de vida, clínica de la DM, complicaciones relacionadas con la DM, antecedentes familiares, antecedentes medicamentosos, comorbilidades y síntomas que sugieran DM secundaria
C	Se aconseja practicar pruebas de cribado de las principales complicaciones micro y macrovasculares que la DM2, probablemente, producirá con el tiempo
B	Se recomienda utilizar este primer contacto para iniciar tareas de formación sobre la DM2 en colaboración con la enfermería

DM: diabetes mellitus; DM2: diabetes mellitus tipo 2.

BIBLIOGRAFÍA

1. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS). VIII. Study design, progress and performance. *Diabetologia* 1991;34(12):877-90.
2. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(1):CD001481.
3. Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, Peyrot M, Brancati FL. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2003;29(3):488-501.
4. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de práctica clínica sobre diabetes tipo 2. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud: Osteba n.º 2006/08 2008. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.
5. GEDAPS. Guía de tratamiento de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria. Recomendaciones clínicas con niveles de evidencia. 5.ª ed. Elsevier; 2010.
7. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2015: summary of revisions. *Diabetes Care* 2015;38(Suppl 1):S4.
8. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Cheng AY. Canadian Diabetes Association 2013 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. Introduction. *Can J Diabetes* 2013;37(Suppl 1):S1-3.
9. Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Patient Educ Couns* 2004;52(1):97-105.
10. Welschen LM, Bloemendal E, Nijpels G, Dekker JM, Heine RJ, Stalman WA, et al. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes who are not using insulin: a systematic review. *Diabetes Care* 2005;28:1510-7.
11. International Diabetes Federation. Self-monitoring of blood glucose in non-insulin-treated type 2 diabetes. Recommendations based on a Workshop of the International Diabetes Federation Clinical Guidelines Taskforce in collaboration with the SMBG International Working Group. Bruxelles: International Diabetes Federation; 2009.
12. Roderick P, Ruddock V, Hunt P, Miller G. A randomized trial to evaluate the effectiveness of dietary advice by practice nurses in lowering diet-related coronary heart disease risk. *Br J Gen Pract* 1997;47(414):7-12.
13. Aubert R E, Herman WH, Waters J, Moore W, Sutton D, Peterson BL, et al. Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in a health maintenance organization. *Ann Intern Med* 1998;129(8):605-12.
14. Seguí M, Besco E, Torrent M, Díaz R. ¿Es posible mejorar los resultados metabólicos en el enfermo diabético tipo II mediante la intervención educativa de la enfermería? *Centro de Salud* 2001;9(3):170-4.
15. Welch G, Garb J, Zagarins S, Lendel I, Gabbay RA. Nurse diabetes case management interventions and blood glucose control: Results of a meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;88(1):1-6.