

Prevalencia de polineuropatía diabética en una población rural mediante el Toronto Clinical Scoring System (TCSS)

Objetivo. Determinar la prevalencia de polineuropatía periférica diabética (PNP-DM) en nuestro medio.

Palabras clave: Diabetes mellitus. Polineuropatía diabética. Prevalencia.

Tabla 1 Características generales de los pacientes diabéticos de la ZBS incluidos en el estudio

Parámetro	n	%
Sexo		
Varones	107	39,5%
Mujeres	164	60,5%
Edad (media ± DE)	68,6 ± 11,10	—
Tipo de DM		
DM tipo 1	4	1,5%
DM tipo 2	262	96,7%
Otros	5	1,9%
Años de evolución (media ± DE)	9,7 ± 6,5	(1-37)
Edad de inicio (media ± DE)	58,9 ± 12,3	—
Comorbilidad		
HTA	194	71,6%
Obesidad	153	57,5%
Dislipemia	172	63,5%
Tabaquismo	21	7,7%
Patología tiroidea	20	7,4%
Cardiopatía isquémica	63	23,2%
ACV	19	7,0%
Arteriopatía periférica	17	6,3
Amputaciones	8	2,9%
Presencia de complicaciones		
Retinopatía DM ^a	61	22,5%
Nefropatía DM ^b	72	26,6%
Neuropatía DM ^c	6	2,2%
Tratamiento de la DM		
Dieta solo	46	17,0%
ADO	142	52,6%
ADO + insulina	48	17,8%
Insulina solo	34	12,6%
Peso (media ± DE)	78,2 ± 15,8	—
IMC (media ± DE)	31,4 ± 5,7	—
Perímetro abdominal		
Varones	105,1 ± 14	—
Mujeres	105,0 ± 13,9	—
PAS (media ± DE)	152,4 ± 18,7	—
PAD (media ± DE)	79,3 ± 10,2	—
Glucemia basal (media ± DE)	158,6 ± 54,4	—
HbA _{1c} (media ± DE)	7,1 ± 1,6	—
Creatinina (media ± DE)	0,9 ± 0,3	—
TSH (media ± DE)	2,7 ± 5,4	—
Rango de puntuación		
< 6 (normal)	184	67,9%
6-8 (PNP-DM leve)	51	18,8%
9-11 (PNP-DM moderada)	30	11,1%
> 11 (PNP-DM grave)	6	2,2%

^aNo proliferativas, 72,1%; proliferativas 26,2%.

^bUsando la fórmula de Cockcroft y Gault, de las cuales son leve el 58,3%, moderada el 34,7% y grave el 1,4%.

^cSegún informe de la historia clínica.

ADO: antidiabéticos orales.

Diseño. Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Zona básica de salud (ZBS) de Porzuna, Ciudad Real.

Participantes. Todos los pacientes de la ZBS diagnosticados de diabetes mellitus en cualquiera de sus modalidades clínicas e independientemente del tiempo de evolución o edad del paciente, exceptuando los transeúntes o adscritos sólo de manera temporal a alguno de los cupos. Se excluyó del estudio a los pacientes con deterioro cognitivo lo suficientemente importante a juicio del investigador como para hacer inviable la anamnesis o la exploración necesaria.

Mediciones principales. Se registraron datos sobre antecedentes personales y familiares, comorbilidad, evolución de la diabetes (antigüedad, tratamiento, complicaciones), datos clínico-exploratorios (peso, talla, presión arterial, frecuencia cardíaca) y datos de laboratorio referentes a la diabetes. Para determinar la presencia de polineuropatía diabética (PNP-DM) se ha utilizado el Toronto Clinical Scoring System (Escala de Toronto [ET])¹.

Resultados. Se identificó a 297 pacientes diabéticos (prevalencia del 5,51%), de los cuales 26 presentaban criterios de exclusión. El 96,7% eran diabéticos tipo 2, con una edad media de 68,6 ± 11,1 años y 9,7 ± 6,5 años de evolución. El 60,5% eran mujeres. Sus características se resumen en la tabla 1.

Los valores obtenidos en la ET muestran que un 32,1% de los pacientes presentaba algún grado de PNP-DM: leve (ET = 6-8) en el 18,8%, moderada (ET = 9-11) en el 11,1% y grave (ET > 11) en el 2,2%. La puntuación media del conjunto de diabéticos para dicha escala era de 3,9 ± 3,5. El grado de gravedad de la PNP-DM se acentúa con la edad ($p = 0,0003$) y las puntuaciones de PNP-DM grave no aparecen antes de los 60 años de edad; los pacientes con algún grado de polineuropatía llevan más años de evolución de su diabetes (10,7) que los pacientes sin polineuropatía (9,12), aunque sin alcanzar la significación estadística ($p = 0,07$); sin embargo, sí se encuentra significación estadística respecto a la edad de inicio clínico de la diabetes (según fecha registrada en la historia clínica: 62,2 frente a 57,4 años; $p = 0,0028$), el índice de masa corporal (IMC) ($p = 0,0056$), perímetro abdominal ($p = 0,0008$), la cifra de la velocidad de sedimentación globular ($p = 0,002$) y los diagnósticos de retinopatía diabética ($p < 0,0001$) o cardiopatía isquémica ($p = 0,0003$), rozando la significación estadística.

tica con la hipertensión arterial ($p = 0,052$) y la arteriopatía periférica ($p = 0,0573$).

Discusión y conclusiones. La prevalencia de la PNP-DM es mal conocida debido a la diversidad de métodos empleados en la captación de las muestras de pacientes y los criterios diagnósticos utilizados, con una oscilación en la literatura científica entre el 23 y el 49,5%². En nuestro país no hemos encontrado ningún trabajo que aborde el problema con una base poblacional bien definida, no expuesta a sesgos de selección en función de la edad de los pacientes, el ámbito asistencial u otros. La prevalencia encontrada en nuestro estudio (32,1%) está alejada de la obtenida en otros estudios realizados en el ámbito de la atención primaria de nuestro país²⁻⁵ y más cercana a la de los estudios publicados del Reino Unido y Estados Unidos⁶ efectuados en un ámbito hospitalario. Por otro lado, la ET para PNP-DM ha resultado ser rápida y fácil de aplicar, y en general muy bien tolerada por el paciente, requiriendo un instrumental fácilmente asequible para el médico de atención primaria (monofilamento, diapasón de 126 Hz y martillo de exploración), útil tanto para la exploración sistemática del paciente diabético con intención diagnóstica como para el seguimiento de la evolución de la posible sintomatología de su polineuropatía. Puede constituir, en nuestra opinión, una excelente herramienta para facilitar la aproximación diagnóstica a la PNP-DM.

Agradecimiento

El presente estudio ha sido posible gracias a la autorización y el apoyo material de la Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real, así como de la Unidad de Docencia e Investigación del Área de Ciudad Real. Laboratorios Aventis aportó desinteresadamente el equipo de exploración de sensibilidad Neuropen® utilizado en el presente estudio.

José L. del Burgo Fernández, Antonio L. Ruiz Serrano, Isabel Maestre Moyano, Inmaculada Cuenca de Yarto, Sara Sánchez García, María G. Ballesteros Taboada, Agustina García-Pliego González-Mohino, Sagrario Gutiérrez Pérez, Lorenzo J. Rodríguez Martín y Miguel Loro Rodríguez
Centro de Salud de Porzuna. Ciudad Real.
España.

1. Bril V, Perkins BA. Validation of the Toronto Clinical Scoring System for diabetic polyneuropathy. *Diabetes Care*. 2002;25:2048-52.
2. Cabezas-Cerrato J. The prevalence of clinical diabetic polyneuropathy in Spain: a study in primary care and hospital clinic groups. *Diabetologia*. 1998;41:1263-9.
3. Jurado Campos J, Llover Téllez M, Blanco Lapaz R, Vidal Cortada J, Pou Torelló JM. Evaluación de la neuropatía diabética y de diferentes factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de edad avanzada atendidos en asistencia primaria. *Endocrinol Nutr*. 2002;49:316-21.
4. Cantón A, Fernández Castañer M, Conget I, Carreras G, Castell C, Tresserras R. Type 1 diabetes mellitus in Catalonia: chronic complications and metabolic control ten years after onset. *Med Sci Monit*. 2004;10:185-90.
5. Morato Grier J, Franch Nadal J, Carriello Muñoz R, Via Vidal M, Herrera Ruiz A, Valerio Sallent LL. Cronología de las complicaciones de la diabetes en los adultos. *El Estudio Raval Sur. An Med Intern*. 1995;12:431-7.
6. Young MJ, Boulton AJM, Macleod AF, Williams DRR, Sonksen PH. A multicentre study of the prevalence of diabetic peripheral neuropathy in the United Kingdom hospital clinic population. *Diabetologia*. 1993;36:150-4.