

7 de junio de 2017

Complicaciones Crónicas de la Diabetes: Retinopatía, Nefropatía y Disfunción Eréctil.

Lynda Louhibi Rubio

Facultativo de Endocrinología y Nutrición

Hospital General Universitario de Elda

Estudio di@bet.es



Cerca del 30% de la población estudiada presenta trastornos del metabolismo de los carbohidratos:

	Prevalencia	IC 95%
Diabetes Mellitus (DM) total	13,8%	12,8-14,7%
DM conocida	7,8%	6,97- 8,59%
DM desconocida	6%	5,4-6,7%
Glucemia basal alterada (IFG)	3,4%	2,9-4%
Tolerancia anormal de glucosa (IGT)	9,2%	8,2-10,2%
IFG + IGT	2,2%	1,7-2,7%

Datos ajustados por edad, sexo y zona de muestreo

Fuente: Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia* (2011)
Estudio financiado por el CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas-CIBERDEM (ISCIII, Ministerio de Ciencia e Innovación, España) y la Sociedad Española de Diabetes-SED. Más información en www.ciberdem.org/estudiodiabetes

ciberdem

di@bet.es

ORIGINALES

Complicaciones crónicas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de salud

J.A. Zafra Mezoua^a, J.C. Méndez Segovia^b, J.P. Novalbos Ruiz^c, M.J. Costa Alonso^c e I. Failde Martínez^c

^aServicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz). ^bCentro de Salud Pinillo Chico. Puerto de Santa Marta (Cádiz). ^cÁrea de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Cádiz.

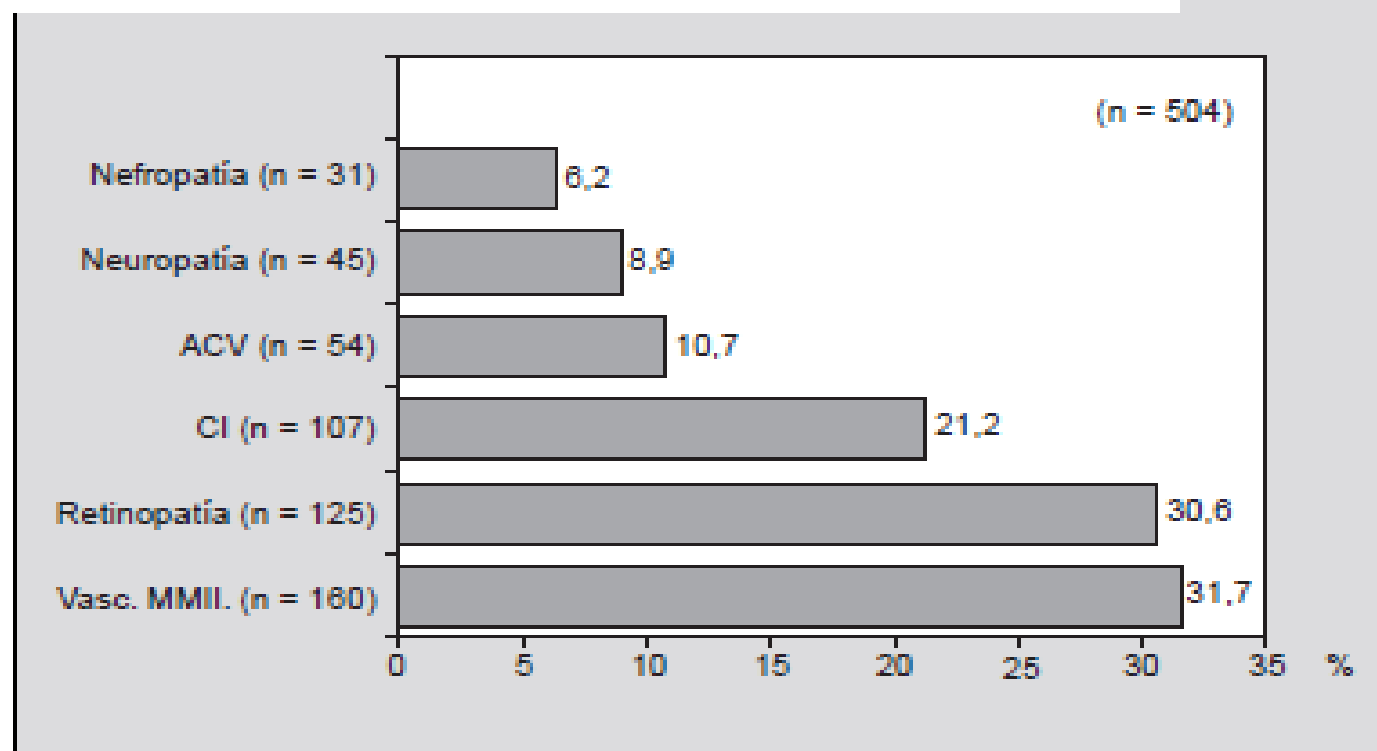


Figura 1. Prevalencia de complicaciones crónicas entre los diabéticos tipo 2. Zona Básica de Salud Puerto de Santa María Norte (Cádiz). Vasc. MMII.: vasculopatía de miembros inferiores; CI: cardiopatía isquémica, y ACV: accidente cerebrovascular.

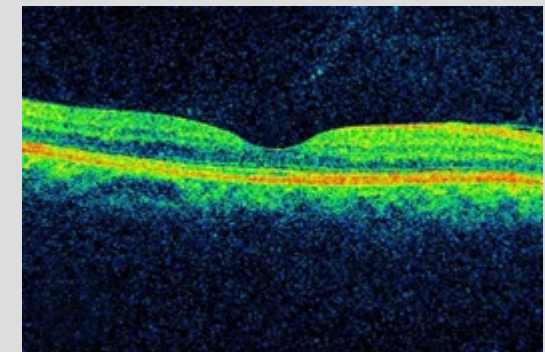
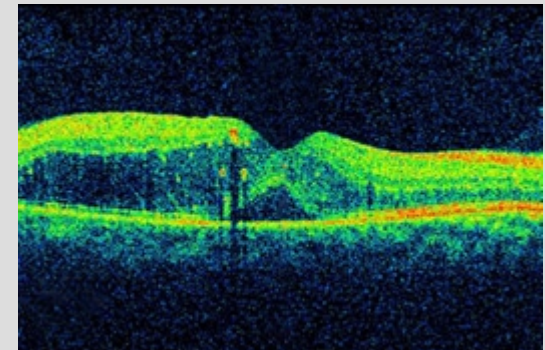
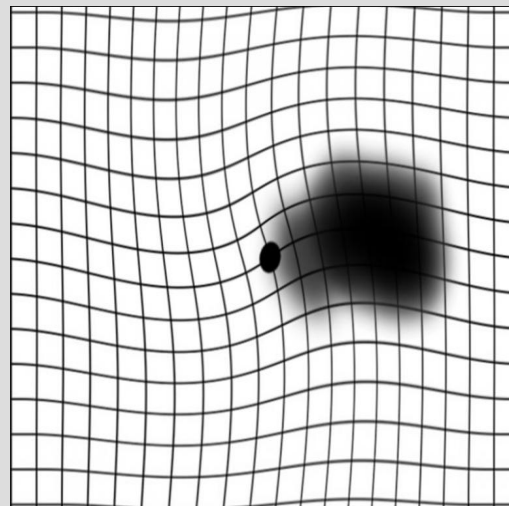
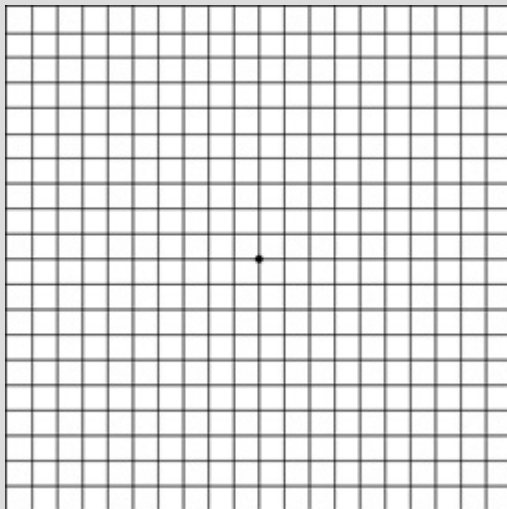
Media de duración de la DM: 8 años

Retinopatía diabética (RD)

- Complicación crónica más frecuente y precoz de la DM
- Puede estar presente desde el diagnóstico de la DM tipo 2 y a partir de los 5 años en la DM tipo 1
- Antiguas prevalencias: 100% en DM tipo 1 a los 15-20 años y 50 a 80% de los DM tipo 2.
- Actualmente “sólo” 18% con riesgo de ceguera a los 20 años del diagnóstico comparado con 43% en estudios antiguos.

Retinopatía diabética (RD)

- Silente...Excepción del edema macular: cualquier estadio. Puede empeorar con pioglitazona. (Rejilla de Amsler).
- El AAS no aumenta el riesgo de hemorragia en caso de RD.



Retinopatía diabética (RD)

- Modificación de la historia natural por:
 - buen grado de control...importancia de la prevención primaria:
 - Reducción de 35% de riesgo de progresión por cada punto de HbA1c en DM tipo 2.
 - En la RD avanzada el grado de control glucémico no es tan efectivo, pero si parece estabilizar la enfermedad.
 - tratamientos de fotocoagulación, inhibidores angiogénicos.

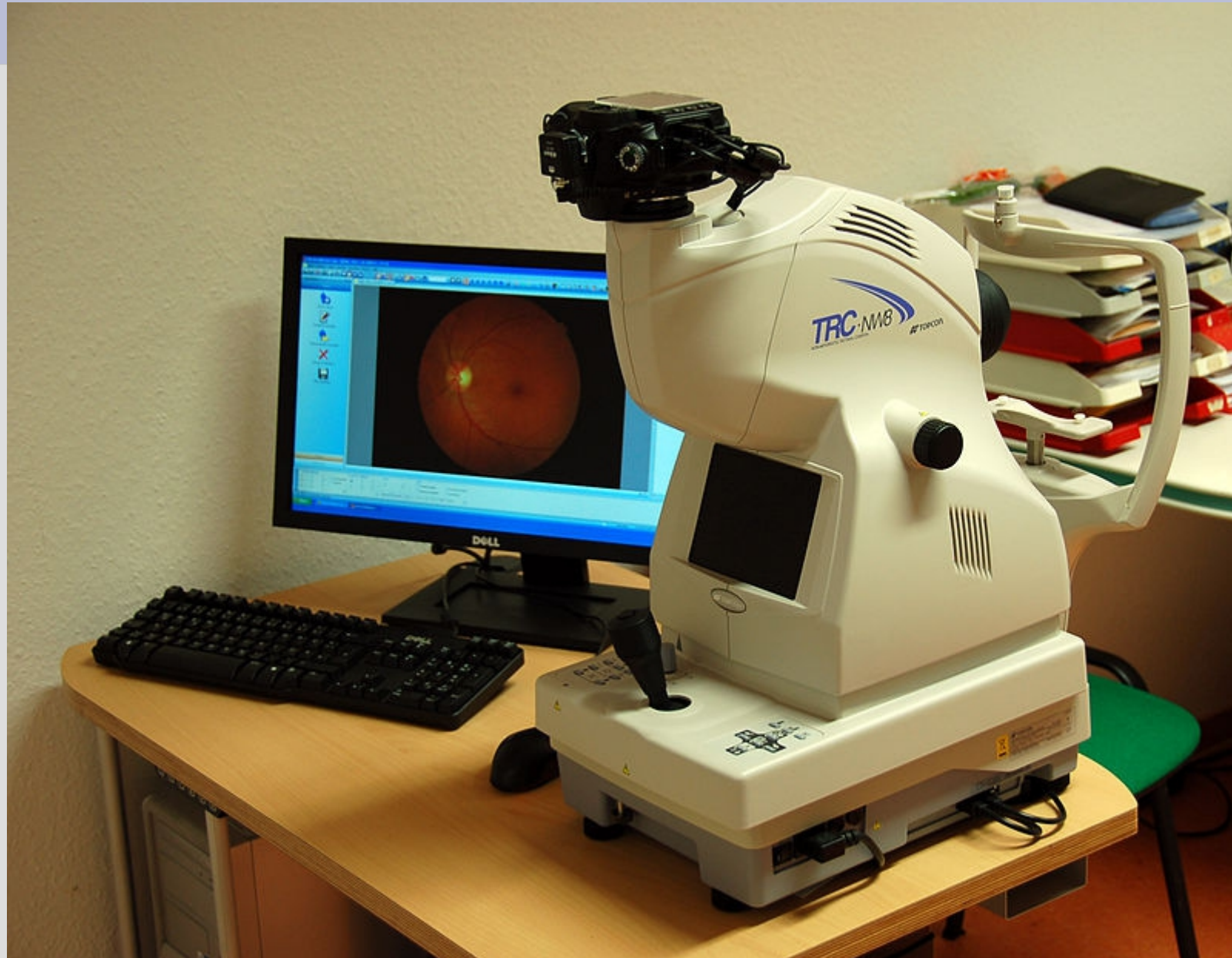
Retinopatía diabética (RD)

- La HTA es un factor de riesgo para retinopatía. La aparición de nefropatía con proteinuria es predictiva de aparición de RD proliferativa.
- Descrito empeoramiento de la RD en el 1º año de transición a tratamiento intensivo y embarazo.

Retinopatía diabética (RD)

- Hemorragias por neovasos, desprendimiento de retina, edema macular, glaucoma neovascular.
- Retinógrafo en AP y en consulta de Endocrino. En caso de retinopatía o dilatación insuficiente se deriva a oftalmología.

Retinopatía diabética (RD)



Retinopatía diabética (RD)

- Frecuencia de los controles oftalmológicos: cada 1 a 2 años en función del control glucémico.
- En embarazadas:
 - Al menos uno durante el embarazo.
 - Si mal control o RD previa trimestral hasta 1 año después del parto.

Retinopatía diabética (RD)

- Otras comorbilidades oculares:
 - Cataratas senil y metabólica, reversible inicialmente con buen control metabólico.
 - Glaucoma neovascular agudo o crónico.

Nefropatía diabética (ND)

Alberto Martínez-Castelao et al. Detección y manejo de la ERC

documento de consenso

Tabla 4. Pronóstico de la enfermedad renal crónica por filtrado glomerular estimado y albuminuria⁶

Pronóstico de la ERC según FGe y albuminuria: KDIGO 2012				Categorías por albuminuria, descripción e intervalo		
				A1	A2	A3
				Normal o aumento leve	Aumento moderado	Aumento grave
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30-299 mg/g 3-29 mg/mmol	≥ 300 mg/g ≥ 30 mg/mmol
Categorías por FGe, descripción y rango (ml/min/1,73 m ²)	G1	Normal o alto	> 90			
	G2	Levemente disminuido	60-89			
	G3a	Descenso leve-moderado	45-59			
	G3b	Descenso moderado-grave	30-44			
	G4	Descenso grave	15-29			
	G5	Fallo renal	< 15			

Nefropatía diabética (ND)

- Primera causa de diálisis en el mundo. Evitable
- Multifactorial: Obesidad, HTA...contribuyen a la nefropatía diabética
- Intervención más coste-efectiva es el control tensional.

Nefropatía diabética (ND)

- Primera causa de diálisis en el mundo. Evitable
- Multifactorial: Obesidad, HTA...contribuyen a la nefropatía diabética
- Intervención más coste-efectiva es el control tensional.

Nefropatía diabética (ND)

- Detección:
 - Albumina/creatinina en orina y estimación de filtrado glomerular una vez al año
 - Al inicio en DM tipo 2
 - A los 5 años en DM tipo 1 o más tarde si el control ha sido bueno (salvo adolescentes)
 - En general en todos los diabéticos hipertensos

Nefropatía diabética (ND)

- Intervenciones para prevenir o estabilizar la ND: factores de riesgo modificables
 - HTA: **predictivo** independiente de enfermedad renal
 - Tabaquismo
 - Control glucémico: revierte albuminuria al inicio
 - Obesidad
 - Proteínas de la dieta: no mayor 0,8 g/kg/día en prediálisis

Nefropatía diabética (ND)

- Razonable 130-135/80-85 mmHg e individualizar según la edad y las comorbilidades de los enfermos.
- Beneficio de una PA < 130/80 mmHg con nefropatía, sobre todo si es albuminúrica.
- Beneficio de repartir tratamiento antiHTA entre mañana y noche.

Nefropatía diabética (ND)

- Fármacos de primera elección: ARAII o IECA, especialmente si albuminuria > 300 mg/g creat y/o FG < 60 ml/min/1.73m².
- Importante ajuste de tratamiento según filtrado glomerular, incluida la insulina.

Nefropatía diabética (ND)

- Derivación a nefrología
 - Hematuria no urológica
 - Albuminuria > 300 mg/g creatinina
 - FG < 30 ml/min/1.73m² o disminución de más de 25%.
 - HTA refractaria
 - Anemia renal
- Reevaluar entre 3 a 6 meses según severidad.
- Valoración específica durante el embarazo.

Nefropatía diabética (ND)

- Diagnóstico diferencial:
 - Sospechar si no hay otras complicaciones microvasculares y/o duración de DM < 10 años.
 - 100% de los diabéticos tipo 1 con nefropatía tendrán RD, generalmente proliferativa, y 2/3 de los diabéticos tipo 2.

Disfunción eréctil (DE)

- Aumenta progresivamente con la edad:
 - Prevalencia de **6%** *entre 20-24 años* frente a **52%** *entre 55-59 años*.
 - En general se debe considerar predictivo de enfermedad cardiovascular.
 - Factores asociados: neuropatía periférica o autonómica, retinopatía, larga evolución de la DM, mal control glucémico, polimedicados, macroangiopatía.

Disfunción Eréctil (DE)

- La reversibilidad de la DE es más frecuente en edad joven, menor duración de la DM y posible origen psicogénico en la valoración inicial (casos leves a moderados).
- Supone una pérdida importante de calidad de vida y favorece los síntomas depresivos (círculo vicioso). Hasta 34% tienen síndrome depresivo en caso de DE severa.

Disfunción Eréctil (DE)

- Suele ser multifactorial (neuropatía, vasculopatía, factores psicológicos, hormonales...). Determinar testosterona, prolactina y TSH.
- Importancia de preguntar específicamente por esfera sexual durante la anamnesis y NO asumir la etiología de la DM como única causa.



Disfunción Eréctil (DE)

Etiología por fármacos:

- Antihipertensivos (diuréticos y betabloqueantes son las causas más frecuentes)
- Antidepresivos
- Antipsicóticos
- Antiandrógenos
- Antihistamínicos
- Drogas (heroína, cocaína, metadona)

Disfunción Eréctil (DE)

- No se suele evaluar neuropatía periférica o autonómica específica al ser pruebas caras y complejas (reservar para contexto quirúrgico).
- No hay estudio de intervención farmacológica específica en hombres diabéticos.
- Valoración psicológica siempre útil.



Disfunción Eréctil (DE)

- No hay estudios de intervención específicos en hombres diabéticos.

PROPIEDADES	SILDENAFILO (VIAGRA)	VARDENAFILO (LEVITRA)	TADALAFILO (CIALIS)
Dosis usual	50-100 mg. 1 hora antes	10-20 mg. 1 hora antes	10-20 mg 1 hora antes
Inicio de acción	16-27 min	20 min	16 min
Duración acción	8 horas	8 horas	36 horas
Interacción alimentos	Grasas retraso	Grasas retraso	No
Efectos adversos	Cefalea, rubor congestión nasal, dispepsia, trastornos visuales	Cefalea, rubor, congestión nasal, dispepsia, trastornos visuales	Cefalea, rubor, congestión nasal, dispepsia, dolor de espalda, dolor muscular
Interacción con fármacos	Nitratos, alfa bloqueantes, separar en el tiempo	Nitratos, y alfa bloqueantes	Nitratos, y alfabloqueantes, excepto tamsulosina

Disfunción Eréctil (DE)

- No es obligatorio la realización de un screening de cardiopatía previo al uso de IPDE-5 ya que no se ha demostrado prevenir eventos coronarios en relación a la actividad sexual.
- Asociación americana de cardiología los considera seguros en hombres con cardiopatía coronaria estable sin toma de nitratos.
- Síncope: ojo si se asocia con nitratos: riesgo alto de hipotensión y síncope.

Disfunción Eréctil (DE)

- Otros tratamientos:
 - Alprostadil intrauretral es efectivo. No estudio específico en diabéticos.
 - Inyecciones intracavernosas prostaglandinas, fentolamina y otros.
 - Microcirugías y medios físicos (banda) en desuso.

Gracias por vuestra atención

