

DISCUSIÓN

El promedio de edad de los sujetos evaluados es semejante al encontrado en otros estudios ^(6,9,12) en los cuales evalúan pacientes que ya tienen el Pié Diabético (PD) como complicación. El promedio de edad relativamente avanzado de los pacientes de la serie estudiada (60 años +/- 11 años, con un rango de 33 a 93 años) sugiere indirectamente que la mayoría de pacientes que son atendidos en la unidad de pie diabético fueron diagnosticados como tal mucho después que la enfermedad aparezca.

El hecho que más de la mitad de los casos estudiados (55.2%) correspondan a pacientes de que no completaron la primaria sugiere un nivel socioeconómico bajo el cual se comporta como otro factor de riesgo agregado ⁽¹⁵⁾.

Los resultados de este estudio confirman que nuestra población no es ajena a la mayor prevalencia de hipertrigliceridemia, dislipidemia característica de la DM2 ⁽¹⁶⁾ así como a la alta prevalencia de complicaciones tipo RD (50.5%), lo cual revela el grado de descompensación glicémica y el diagnóstico tardío cuando posiblemente muchas de las complicaciones microvasculares de la diabetes se encuentran ya presentes. Esto es apoyado

por la observación de que , en el presente estudio, la RD se presenta mayormente conforme la edad y el tiempo de diagnóstico aumentan.

Considerando que estos pacientes tienen, por ser diabéticos, un riesgo incrementado de enfermedad cardiovascular en relación a la población general, preocupa que más de la mitad de ellos ya tengan otro factor de riesgo cardiovascular como HTA, dislipidemia, sobrepeso u obesidad. Estos hallazgos nos alertan para incrementar la asistencia médica y educativa de estos pacientes y así evitar o retrasar las temidas complicaciones cardiovasculares, que son 2 a 4 veces más frecuentes como causa de muerte en sujetos diabéticos que en la población general independientemente de la edad o del género ⁽¹⁷⁾. Cabe anotar que la frecuencia de HTA (53.6%) encontrado en el presente estudio es mayor que el 39.67% reportado por Valdivia y col. ⁽¹⁸⁾ y difiere sustancialmente del 19% de frecuencia de HTA encontrado en pacientes diabéticos del Cusco ⁽¹⁹⁾, aunque es conocida la menor frecuencia de HTA en diabéticos de altura según lo reportado por Garmendia y Col.⁽²⁰⁾. La ADA reporta una frecuencia variable, desde 20 al 60%, de HTA en sujetos diabéticos, dependiendo de la obesidad, raza o edad ⁽²¹⁾

La cronicidad de la enfermedad también queda de manifiesto al observar que solo una minoría de pacientes tenían los pies libres de alguna alteración en piel (callos, eritema, etc) o uñas (gruesas, encarnadas) , así como libres de

alguna deformidad (dedos en martillo, rígidos o prominencias óseas), factores estos importantes para que un pie en riesgo presente una úlcera neuropática (10,11).

Si bien es cierto que la mayor parte de los pacientes estudiados no presentan alteraciones en alguno de los 4 pulsos evaluados, la verdadera frecuencia de enfermedad vascular periférica se desconoce ya que el examen de Eco Dopler no fue realizado en todos los pacientes sino solo en un pequeño número de casos. Probablemente sea similar al 45.3% reportado por Neyra⁽⁹⁾.

La prevalencia de neuropatía diabética puede variar notablemente según se considere solo los síntomas o las pruebas objetivas de neuropatía⁽²²⁾, donde el estudio de la velocidad de conducción nerviosa es el método más empleado. La frecuencia de neuropatía diabética clínica se halla dentro de lo reportado para pacientes diabéticos, que va desde el 10% al 90% de acuerdo a la edad y al tiempo de enfermedad y sobre todo del método empleado⁽¹⁶⁾. Sin embargo solo la quinta parte de nuestros pacientes desarrollaron neuropatía detectada al test del Monofilamento. Ello es debido principalmente a que el mencionado test es utilizado principalmente para identificar sujetos diabéticos con riesgo elevado de sufrir una úlcera neuropática⁽²³⁾

Cuando comparamos a los pacientes que tenían NMF con aquellos que no la tenían, observamos que ambas sub poblaciones eran comparables considerando que no existían diferencias en cuanto a edad, sexo o tiempo de diagnóstico de la enfermedad. Encontramos asociación estadística entre NMF y la presencia de RD, IRC (probablemente por nefropatía diabética V), y otros signos de neuropatía como debilidad de MMII, atrofia de músculos ínter óseos y síntomas como adormecimiento, llegando a esta conclusión al gracias al Odds Ratio elevado. Ya que se utilizó un diseño de casos y controles, no podemos (y no debemos) establecer una relación causa efecto, es decir no podemos afirmar que la RD, por ejemplo, “es causa” de NMF o viceversa. Solo podemos afirmar que existe una asociación estadística, una probabilidad de presentar tal complicación si se tiene signos de otra, todo lo cual es explicable si consideramos que todas las manifestaciones tardías mencionadas tienen un mismo origen y comparten factores de riesgo. Podemos afirmar por ejemplo que si un paciente diabético presenta NMF, éste tiene 4 veces mas probabilidad de tener RD, 4 veces más probabilidad de tener IRC o 3 veces más probabilidad de presentar atrofia de músculos interóseos, que aquel paciente que sin NMF. Es de esperar encontrar también asociación si confrontamos la presencia de NMF con la de otras complicaciones pero no observamos tales asociaciones presumiblemente por el número de pacientes estudiados, cabría hallar tales asociaciones si se emprendiera un estudio con una muestra mucho mayor.