

EPIDEMIOLOGÍA DEL PIE DIABÉTICO

El estudio de la Epidemiología del Pié Diabético se ha encontrado con muchos problemas relacionados a los test diagnósticos y a las poblaciones seleccionadas.

La falta de registros de personas con diabetes trajo aparejado la carencia de datos confiables en relación a la prevalencia e incidencia de esta complicación tardía. (2,3)

Paul Brand (1914-2003) en su conferencia ante el Departamento de Salud de los Estados Unidos, recomendó una campaña nacional para estimular a los médicos a quitarles los zapatos y medias a los pacientes para revisar correctamente los pies. (1,2)

Las úlceras del pie y las amputaciones son complicaciones muy comunes y serias en pacientes con diabetes tipos 1 y 2, y están asociadas a una alta mortalidad. (2,4)

Más del 5% de los diabéticos tienen una historia de úlceras en los pies. La incidencia de úlceras de pie en personas con diabetes se estimó recientemente en un 25%; esto implica un aumento importante respecto del 2003 donde era del 15% (5)

Cada año aproximadamente 4 millones de personas con diabetes desarrollan una úlcera, y estas preceden el 85% de las amputaciones.

Los factores etiológicos de las úlceras diabéticas son la neuropatía y la enfermedad arterial. La Neuropatía por sí sola en un 46%, la isquemia en un 12% siendo las neuroisquémicas las más frecuentes (60%) y sin factor de riesgo identificado 12% (6,7,8).

Un 10 a 30% de los pacientes diabéticos con una úlcera de pie requerirán eventualmente una amputación, de las cuales el 60% son precedidas por una úlcera infectada. (9)

Los datos publicados hasta el momento indican claramente, que las lesiones de pie en personas con diabetes, en los países en desarrollo tienden a ser predominantemente neuropáticas en su origen.

La Neuroartropatía de Charcot tiene una prevalencia de 1 cada 680 pacientes diabéticos (10,11)

La enfermedad Vasculiar Periférica es de 2 a 6 veces más frecuente en los diabéticos que en la población general y es responsable del 20% de las internaciones por úlceras del pie. (11,12,13)

No es la complicación más frecuente pero sí la más grave porque incrementa el riesgo de amputación y de muerte a mediano y largo plazo (12,13)

La diabetes es la principal causa de amputación no traumática con un riesgo 15 veces mayor que en la población no diabética. (3)

El 70% de las amputaciones no traumáticas ocurren en personas diabéticas.

Mundialmente, cada año, se realizan más de 1 millón de amputaciones en miembros inferiores como consecuencia de la diabetes, lo cual significa que cada 30 segundos un miembro inferior es perdido por la diabetes.(4)

Un paciente amputado tiene un riesgo de sufrir una nueva amputación del mismo lado en el 40% y del lado contra lateral en el 30% de los casos seguidos durante un periodo de tiempo de 5 años. (3,4)

Los pacientes amputados suelen tener muchos años de diabetes y severas comorbilidades. La mortalidad perioperatoria de una amputación llega al 10%.

El 30% de los pacientes fallecen en el primer año, 50% dentro de los 3 años y 70% de ellos en los próximos 5 años de realizada la amputación. Esta mortalidad es básicamente por causa cardiovascular. (7,8,9)

El porcentaje de nuevos casos de úlceras en los pies esta en relación con la duración de la diabetes, la edad, el sexo masculino, el hábito de fumar y el nivel de prevención que pueda establecerse. (3,8,9)

Los pacientes con insensibilidad a la prueba del monofilamento, ausencia de pulso pedio, niveles elevados de HbA1c y deformidades en sus pies, tienen el riesgo más alto. (6,7)

Los costos de atención de personas con pie diabético ascienden al 12 a 15% del gasto total asignado a la atención de pacientes diabéticos. En los países en desarrollo puede elevarse hasta el 40%.(4)

La formación de equipos multidisciplinarios ha demostrado ser muy efectiva en disminuir las amputaciones. En el Ipswich Hospital en Sulfok, U.K. en un seguimiento de 11 años, lograron una disminución en la incidencia de amputaciones mayores del 62%. (8)

BIBLIOGRAFIA

- 1) Nigel Unwin, Newcastle University Institute of Health and Society, medical School. The diabetic foot in the developing world. *Diabetes Metab Res Rev* 2008;24(Suppl 1) :S31- S33
- 2) Andrew J.M.Boulton. Universities of Manchester. The diabetic foot: grand overview, epidemiology and pathogenesis. *Diabetes Metab Res Rev* 2008; 24 (Suppl 1): S3-S6
- 3) William H. van Houtum , Spaarne Hospital Hoofddorp, Department of Internal Medicine, Spaarhepoort. Amputations and ulceration; pitfalls in assessing incidence. *Diabetes Metab Res Rev* 2008; 24 (Suppl 1) : S14-S18
- 4) Monica Ortegon, William Ken Redekap and Locus Wilhelmus Niessen. Cost-Effectiveness of Prevention and Treatment of the diabetic foot. *Diabetes Care* 27: 901-907.2004
- 5) Nalini Singh, David G. Armstrong, Benjamin A. Lipsky- Preventing Foot Ulcers in Patients with Diabetes. *JAMA* 2005 293, 217-228.
- 6) Caroline Abbot, Loretta Vileikyte and Andrew J. M. Boulton. Multicenter Study of the Incidence of and Predictive Risk Factors for Diabetic Neuropathic Foot Ulceration. *Diabetes Care*, Vol 21 n° 7. 1998
- 7) Cuidados del Pie Diabético. Diego de A. Martínez Gómez. 2° Edición. 2005.
- 8) 5° International Consensus On The Diabetic Foot And Practical Guidelines On The Management And Prevention Of The Diabetic Foot. IDF- 2007.
- 9) Mc Culloch J, Management of ulceration caused by sensory loss in the diabetic foot. *Diabetic Foot*, 1,:16-22, 1999

- 10) Características de las amputaciones de MI en personas con diabetes y no diabetes en la ciudad de Paraná Argentina 1999-2000
Piciochi C, Damiano M, Abichain S, Solana S, Sereday M. Rev SAD:36:8586.2002
- 11) Shaw J, Boulton A: The pathogenesis of diabetic foot problems.
Diabetes 46:94-98, 1998
- 12) Marso SP, Hiatt W R :Peripheral Arterial Disease in patients with Diabetes. J Am Col Cardiol 2006; 47:921-929
- 13) Peripheral Arterial Disease in People with Diabetes. Consensus Statement American Diabetes Association. Diabetes Care 2003, 26 (12) 3333-3341