



PERÚ

Ministerio
de Salud

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

R.M. 719-2015

ÓSCAR BOGGIO, MD MPH

Médico especialista
Medicina Preventiva y Salud Pública
Lima, 2 de mayo de 2017



DIABETES

LA DIABETES
AUMENTA



422 MILLONES
de adultos tienen diabetes

3,7 MILLONES
de muertes provocadas
por la diabetes y una
glucemia elevada

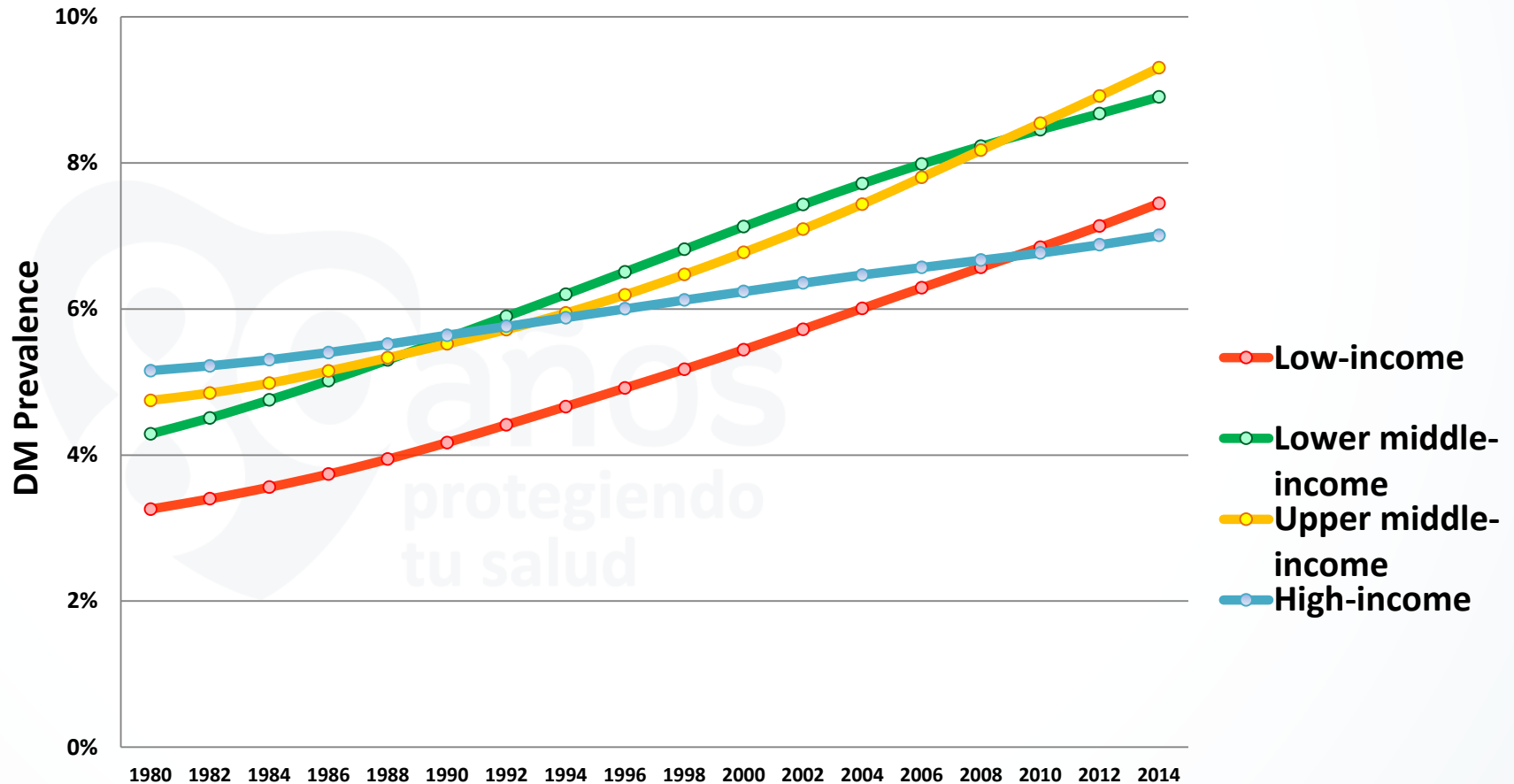
1,5 MILLONES
de muertes provocadas
por la diabetes



ESTO CORRESPONDE A
1 DE CADA 11 PERSONAS



El ascenso es más rápido en países de bajo- y mediano ingreso





CIFRAS Y DATOS

1 DE CADA 11 ADULTOS TIENE DIABETES



TRES CUARTAS PARTES DE LAS PERSONAS
CON DIABETES VIVEN EN PAÍSES DE RENTA BAJA Y MEDIA

46,5% DE LOS ADULTOS CON DIABETES
ESTÁN **SIN DIAGNOSTICAR**



542.000 NIÑOS TIENEN DIABETES TIPO 1



12% DEL TOTAL DE GASTO MUNDIAL
SE GASTA EN **DIABETES**



CADA **6 SEGUNDOS** 
UNA PERSONA MUERE POR **DIABETES**

PARA 2040 **1 DE CADA 10** ADULTOS
TENDRÁ **DIABETES**

1 DE CADA 7
NACIMIENTOS SE VE AFECTADO
POR LA DIABETES GESTACIONAL

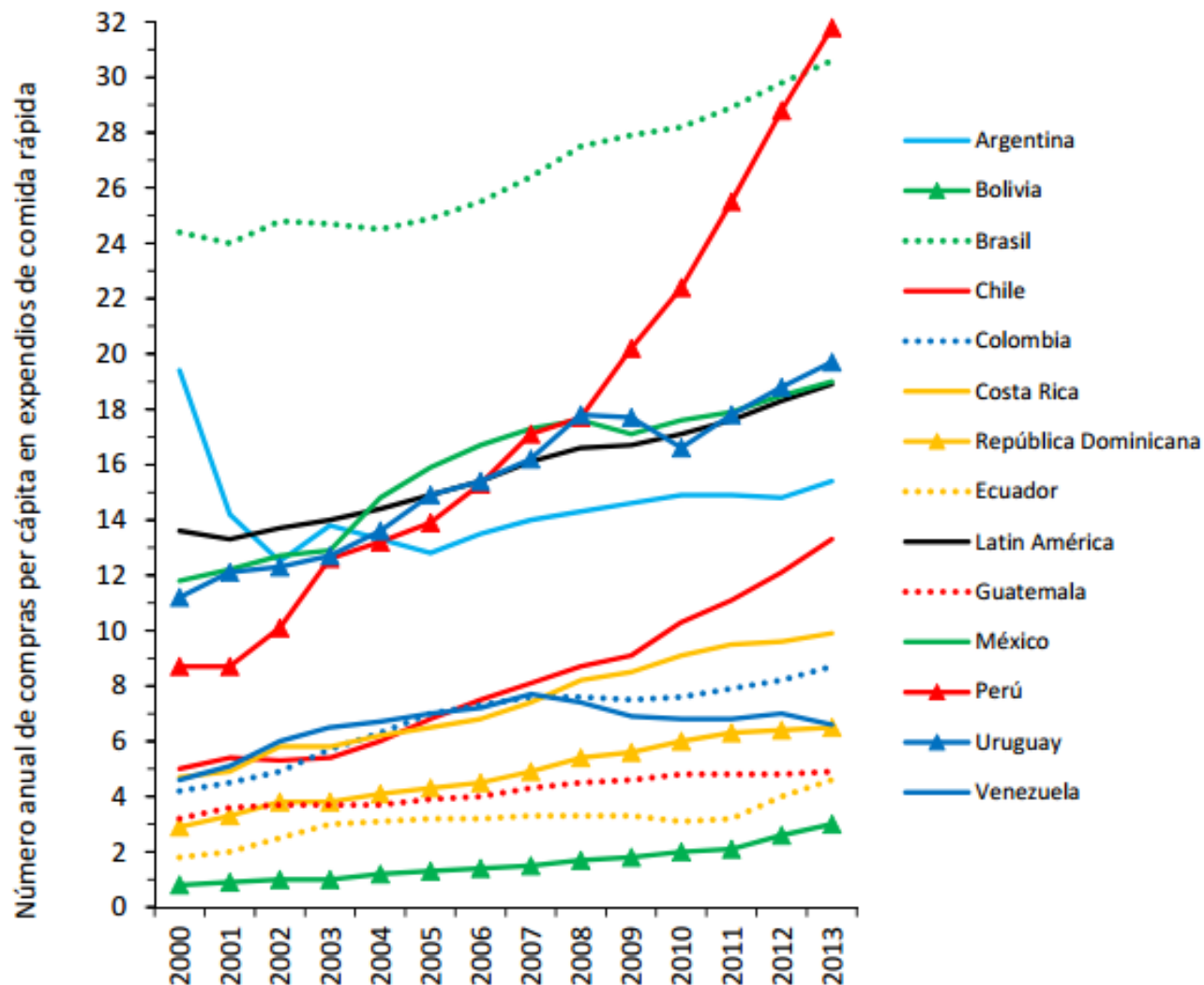


EL ATLAS DE LA DIABETES DE LA FID, SÉPTIMA EDICIÓN 2015 OFRECE LAS ÚLTIMAS CIFRAS, INFORMACIÓN Y PROYECCIONES SOBRE LA MAGNITUD ACTUAL Y FUTURA DE LA EPIDEMIA DE LA DIABETES.

VISITA WWW.DIABETESATLAS.ORG

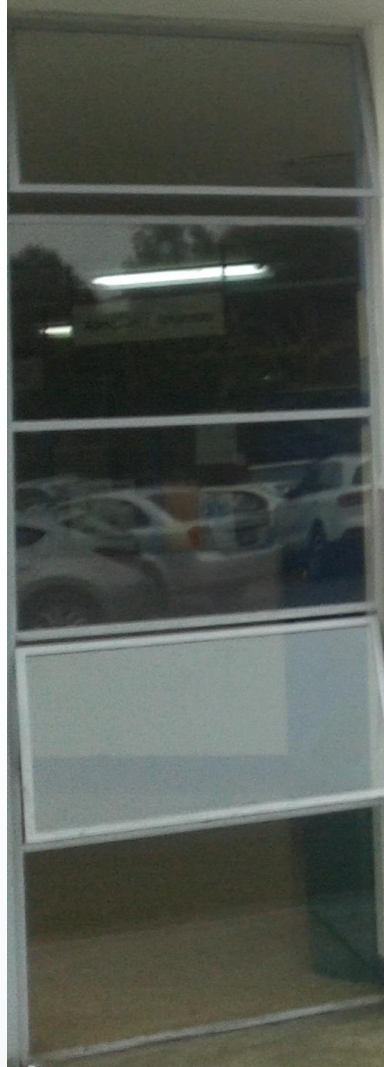
ENTONCES... ¿UNA ENFERMEDAD ES PELIGROSA
DEPENDIENDO DE QUIÉNES LA TENGAN?





Las compras se refieren a compras individuales completas (pueden incluir más de una comida). Los locales de comida rápida se definen como establecimientos que ofrecen menús limitados preparados rápidamente donde los clientes hacen su pedido, pagan y recogen en el mostrador. Fuente: Base de datos Passport de Euromonitor International (2014) (38).

LA VISTA





CAP. FAP. Guillermo Concha Iberico

Hidro:tal

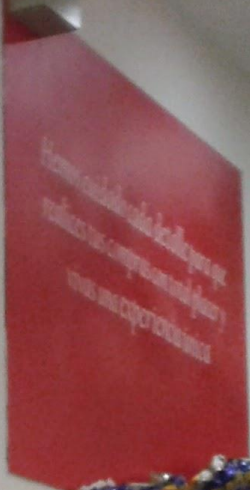
- BOMBAS
- MOTORES
- TRANSFORMADORES
- FUNCIÓN Y M...

(01) 219-4000





La naturaleza brinda la fibra que necesitamos
Aprovéchela al máximo consumiendo frutas y verduras frescas



Oferta
GALLETAS
SOPAL & MARRULLA
FELIZ
2¹⁸



MARCA RECOMENDADA POR PEDIATRAS

NUEVO

MeadJohnson Nutrition

Enfagrow PREMIUM

Listo para tomar

PRODUCTO SIN VALOR COMERCIAL
PROHIBIDA SU VENTA



Con los niveles más altos de DHA
para apoyar el desarrollo mental

Alimento lácteo UHT para niños en crecimiento
con DHA y prebióticos

Cont. Net. 200 ml

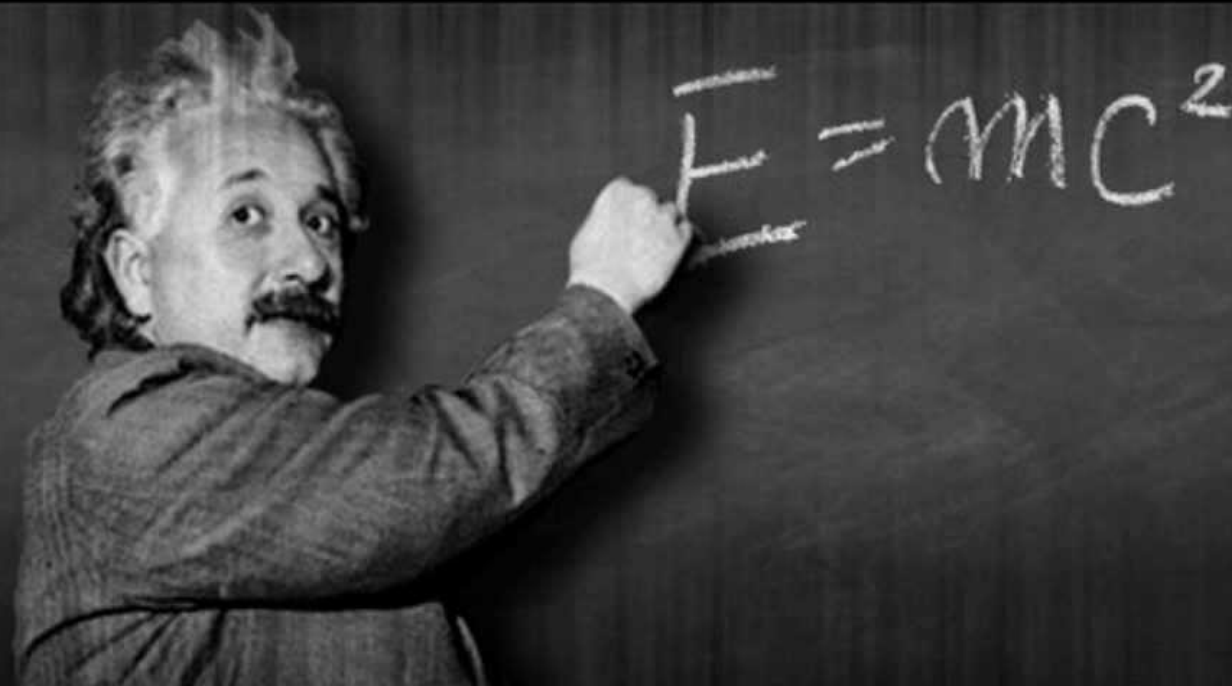


A que no sabes qué quiere ser el nene de grande...

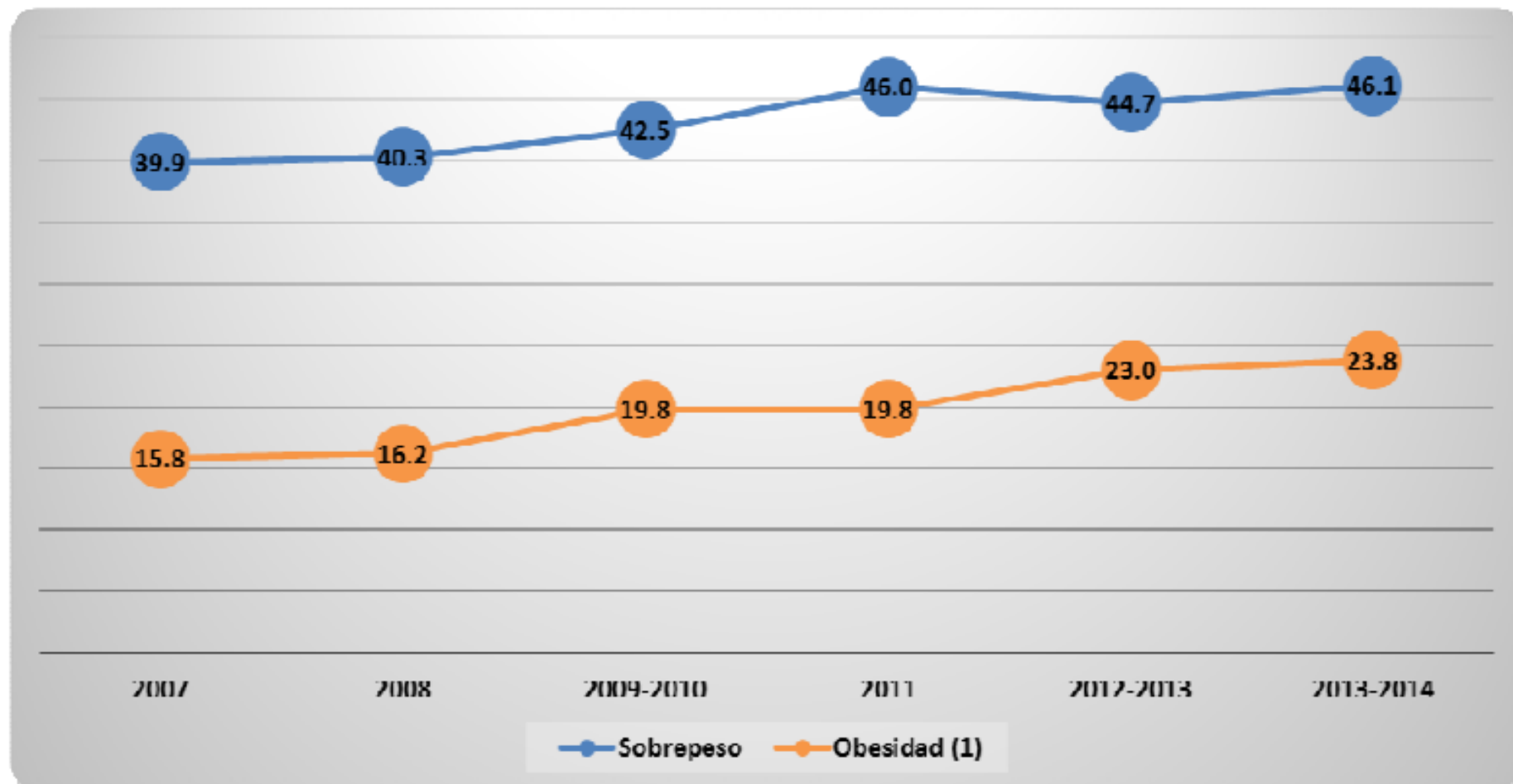
¿Diabético?



Patricio.



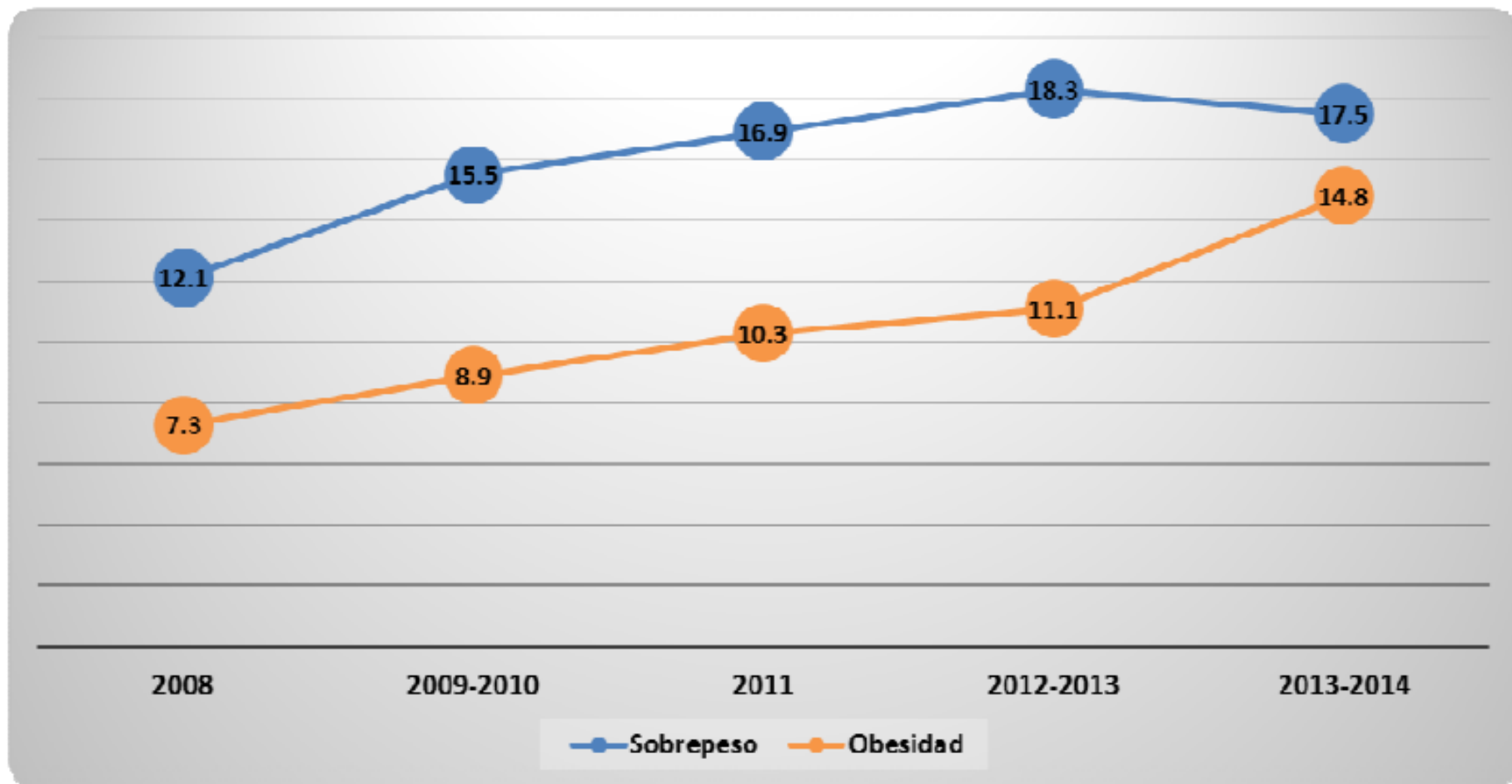
Tendencia del sobrepeso y obesidad en las y los adultos de 30 a 59 años. Perú, 2007-2014



(1) La información presentada corresponden a la sumatoria de la obesidad de grado I, II y III.

Fuente: Instituto Nacional de Salud- CENAN/DEVAN/Encuesta Nacional de Hogares 2007, 2008, 2009-2010, 2011, 2012-2013 y 2013-2014. Elaborado por el INS/CENAN

Tendencia del sobrepeso y obesidad en niñas y niños de 5 a 9 años. Perú, 2008-2014



Fuente: Instituto Nacional de Salud- CENAN/DEVAN/Encuesta Nacional de Hogares 2008, 2009-2010, 2011, 2012-2013 y 2013-2014. Elaborado por el INS/CENAN



PERÚ

Ministerio
de Salud

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

R.M. 719-2015

OBJETIVO

Establecer criterios técnicos para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) en el primer nivel de atención

ÁMBITO DE APLICACIÓN

- MINSA
- Referencia para otros

90 años
protegiendo
tu salud

DEFINICIÓN

La diabetes mellitus (DM) es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina.

Gráfico N° 5. Número de años perdidos según Subcategorías de Enfermedades y componentes AVP/AVD. Perú 2012.

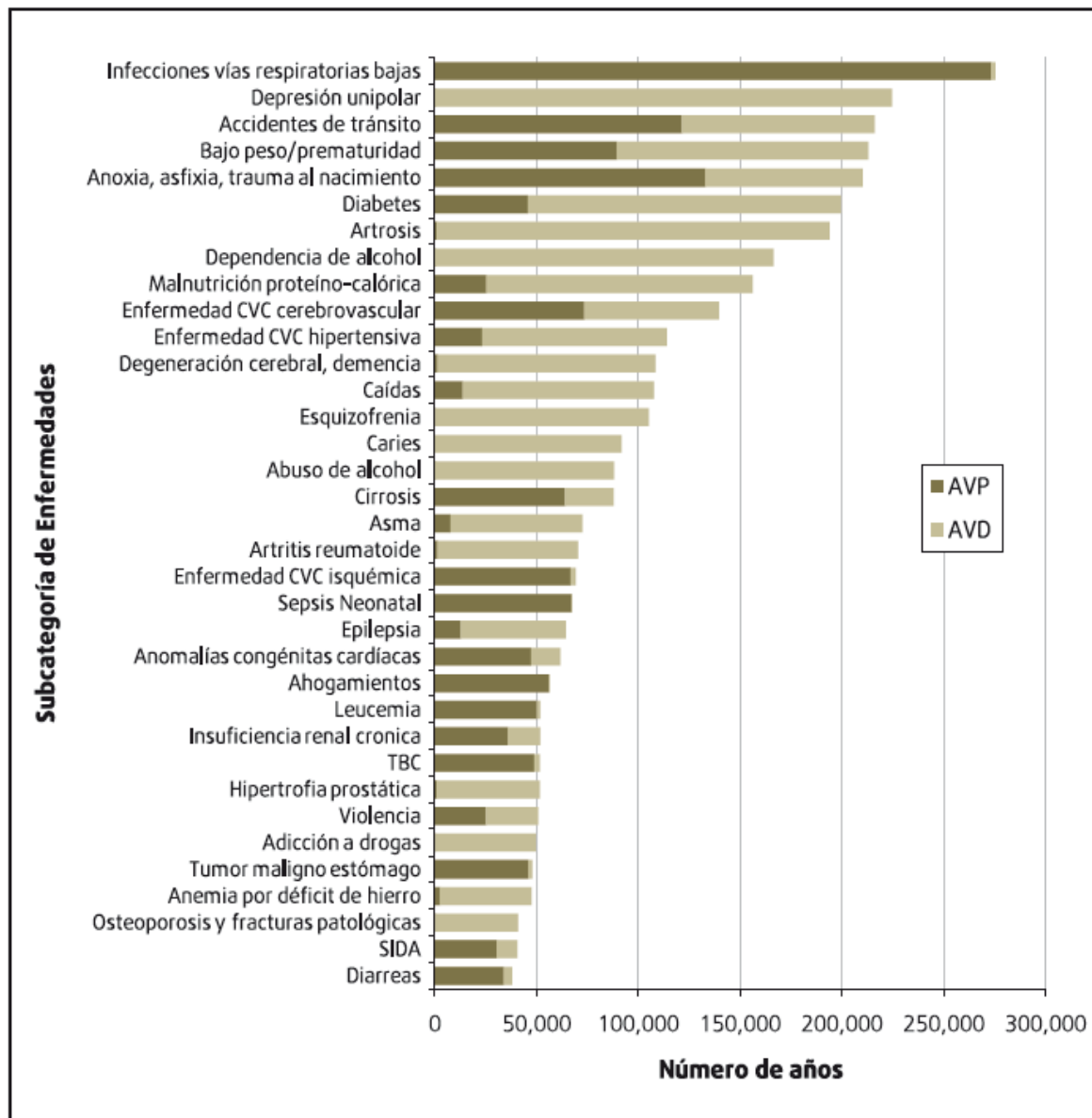
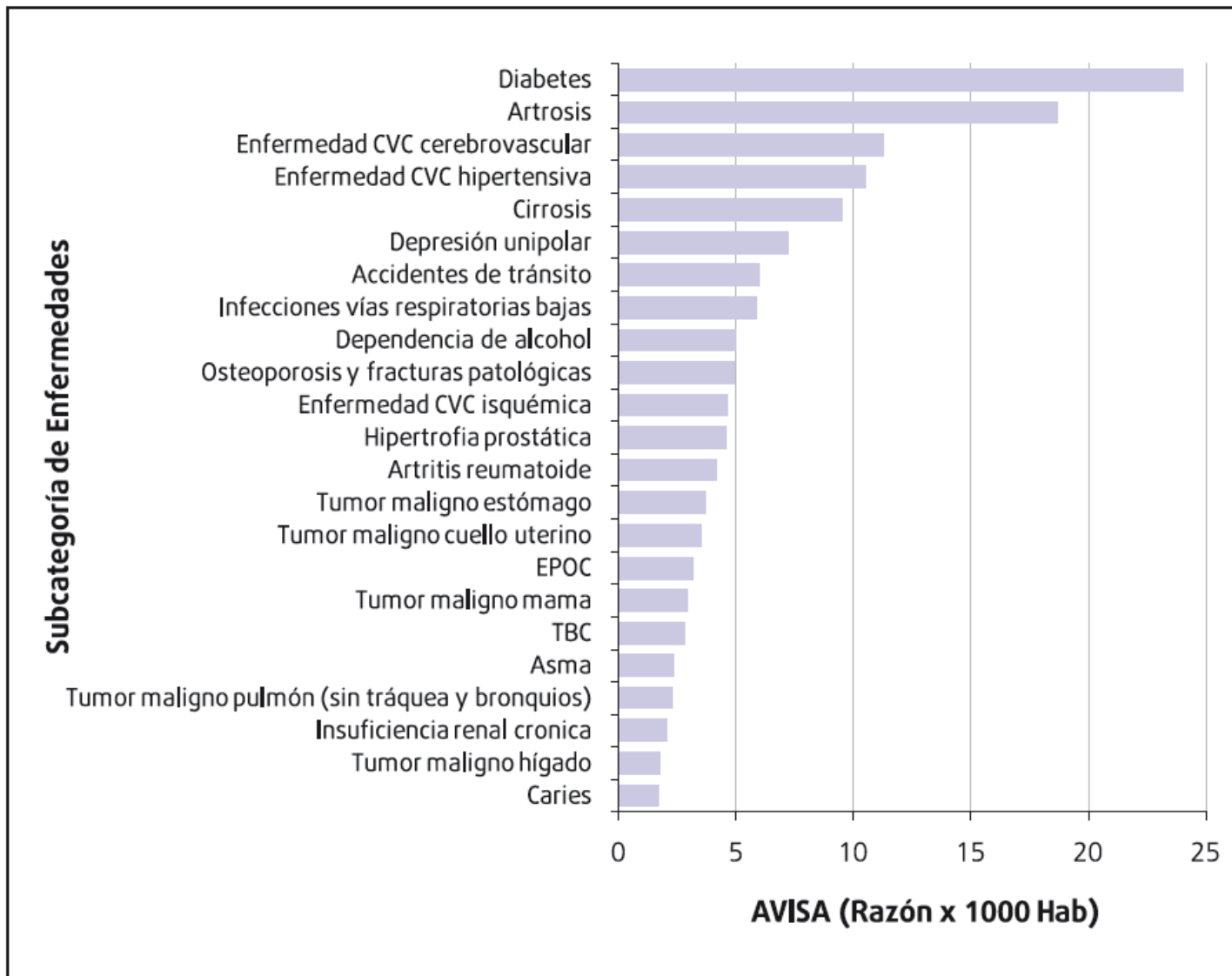


Gráfico N° 20. Razón de AVISA (por 1000 habitantes) en personas de 45 a 59 años según Subcategorías de Enfermedades. Perú 2012.



Existiría un **6.7%** (IC 95%; 4.1% – 9%) de personas con 18 años a más que tienen azúcar elevada en sangre (≥ 126 mg/dl) o que toman medicación hipoglucemiante o tuvieron diagnóstico previo de diabetes mellitus.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014, disponible en línea. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

CUADRO N° 1.4

PERÚ: PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014 Y 2015

(Porcentaje)

Característica seleccionada	2014			2015				
	Valor estimado	Coeficiente de variación	Total de casos sin ponderar	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Total de casos sin ponderar
					Inferior	Superior		
Total	3,2	5,1	27 266	2,9	2,6	3,1	5,2	32 906
Sexo								
Hombre	2,9	8,2	12 806	2,3	1,9	2,6	8,3	14 836
Mujer	3,6	6,7	14 460	3,4	3,0	3,9	6,8	18 070
Grupo de edad								
15 - 19	(0,4)	41,7	2 725	(0,2)	0,0	0,4	51,7	3 168
20 - 29	(0,3)	25,6	5 124	(0,4)	0,2	0,6	29,0	8 208
30 - 39	(1,2)	17,9	5 612	0,9	0,7	1,2	13,8	8 768
40 - 49	3,2	11,7	4 650	2,1	1,6	2,6	12,7	5 102
50 - 59	6,8	9,9	3 639	6,6	5,2	8,0	10,6	3 280
60 y más	8,2	7,7	5 516	8,5	7,2	9,7	7,4	4 380
20 y más	3,6	5,2	24 541	3,2	2,9	3,6	5,2	29 738
Área de residencia								
Urbana	3,8	5,6	16 741	3,7	3,3	4,1	5,6	21 654
Rural	1,4	12,1	10 525	1,3	1,0	1,6	11,6	11 252

En el reporte PERUDIAB, realizado en personas de 25 años a más del área urbana y suburbana, en el país existiría una prevalencia de diabetes mellitus de **7%** (IC 95%; 5.3% - 8.7%) de los que el 4.2% (60%) refirieron que un médico o una enfermera les mencionó tener diabetes o utilizaban medicación para tratarla (antidiabéticos orales o insulina)

Fuente: Seclen SN, Rosas ME, Arias AJ, Huayta E, Medina CA (2015). Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population-based longitudinal study, disponible en línea. British Medical Journal Open Diabetes Research and Care, **3(1)**:e000110. Disponible en: <http://drc.bmj.com/content/3/1/e000110>

Aproximadamente 1.000.000
de diabéticos

protegiendo
tu salud



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Medio ambiente

Urbanización

Riesgo ocupacional

Sedentarismo

Malos hábitos alimentarios

Tabaquismo

Alcohol

Antecedente familiar de diabetes mellitus

Hiperglucemia intermedia

Síndrome metabólico

Sobrepeso y obesidad

Obesidad abdominal

Etnia

Edad

Dislipidemia

Historia de enfermedad cardiovascular

Hipertensión arterial (HTA)

Antecedentes obstétricos de diabetes mellitus gestacional

Antecedente de hijos macrosómicos

Antecedente de bajo peso al nacimiento

Acantosis nigricans y acrocordones

Síndrome de ovario poliquístico

Bajo grado de instrucción

años
protegiendo
tu salud

CRIBADO:

Se recomienda el cribado de la glucosa plasmática -como una parte más de la evaluación del riesgo cardiovascular- en los adultos entre 40-70 años de edad que fueran obesos o tuvieran sobrepeso; o según lo indicado en las normas de valoración y tamizaje de factores de riesgo. Si los valores son normales, repetir cada 3 años. Considerar realizarlo a menores de 40 años si tienen historia familiar de diabetes, diabetes gestacional o síndrome de ovario poliquístico u otros según criterio médico.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Cualquiera de los siguientes:

1

Glucemia en ayunas en plasma venoso igual o mayor a 126 mg/dl, en dos oportunidades.

No debe pasar más de 72 horas entre una y otra medición. El ayuno se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos 8 horas. La persona puede estar asintomática.

2

Síntomas de hiperglucemia o crisis hiperglucémica y una glucemia casual medida en plasma venoso igual o mayor de 200 mg/dl.

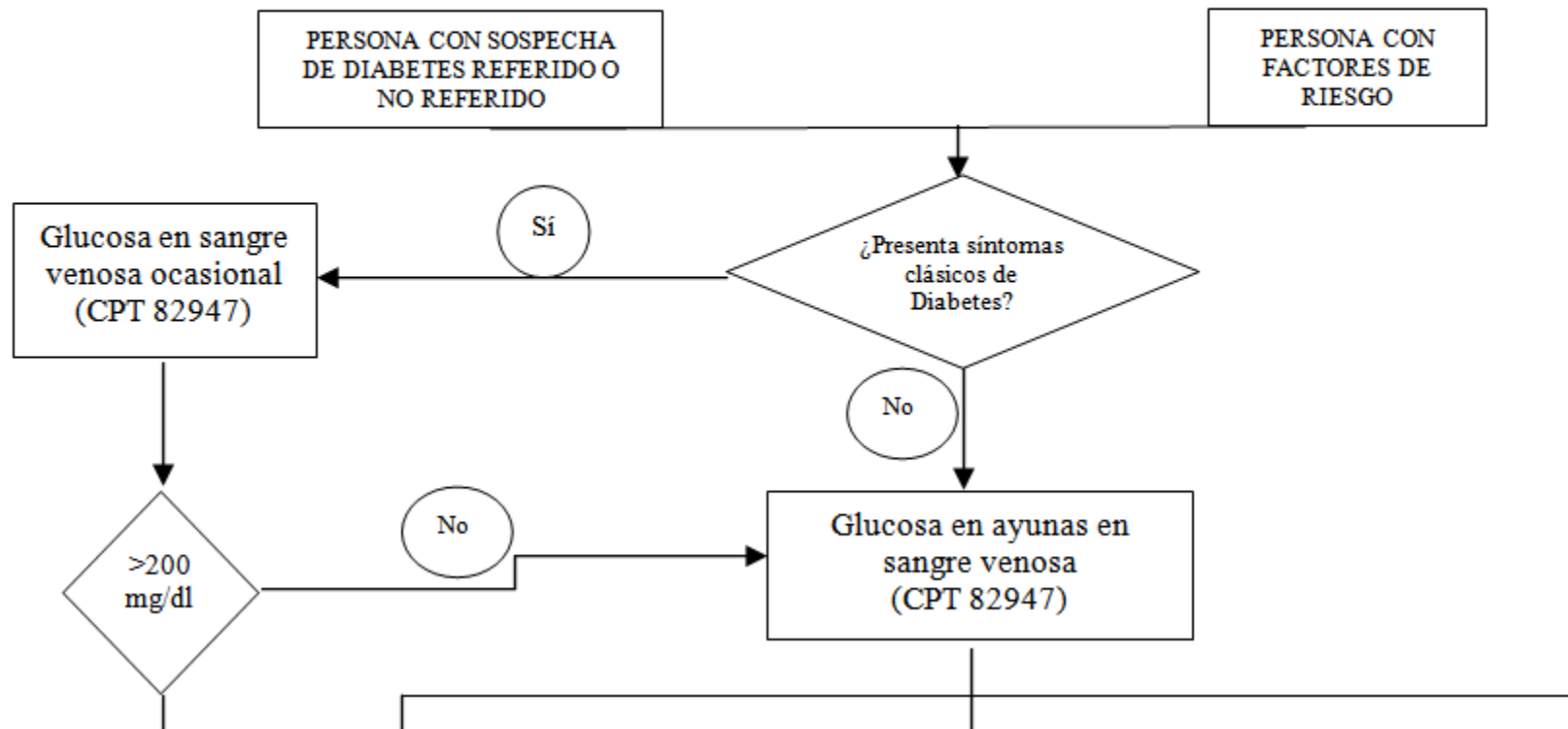
Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas de la hiperglucemia incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.

3

Glucemia medida en plasma venoso igual o mayor a 200 mg/dl dos horas después de una carga oral de 75gr. de glucosa anhidra

No se recomienda el uso de hemoglobina glucosilada para el diagnóstico de DM-2, debido a que en la actualidad es poco accesible en nuestro país, con una variedad de métodos para su determinación y por no existir aún la estandarización del método más apropiado para su medición en los laboratorios clínicos en el proceso diagnóstico.

FLUJOGRAMA N° 1 DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2



PERSONA
DE DÍA

Glucosa en sangre
venosa ocasional
(CPT 82947)

>200
mg/dl

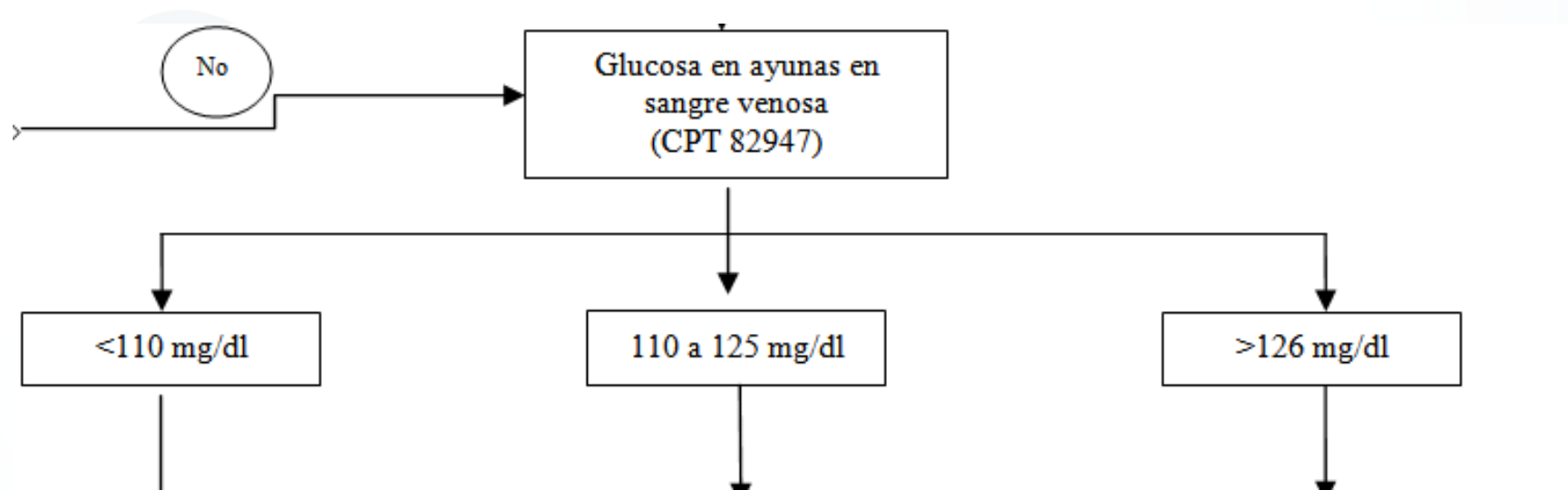
<11

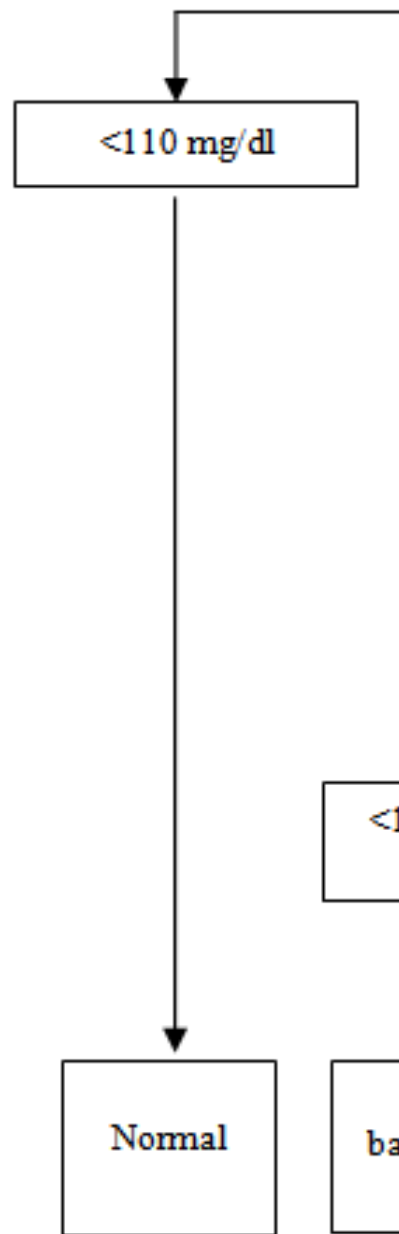
Si

Diabetes
mellitus
(E11.9)

No



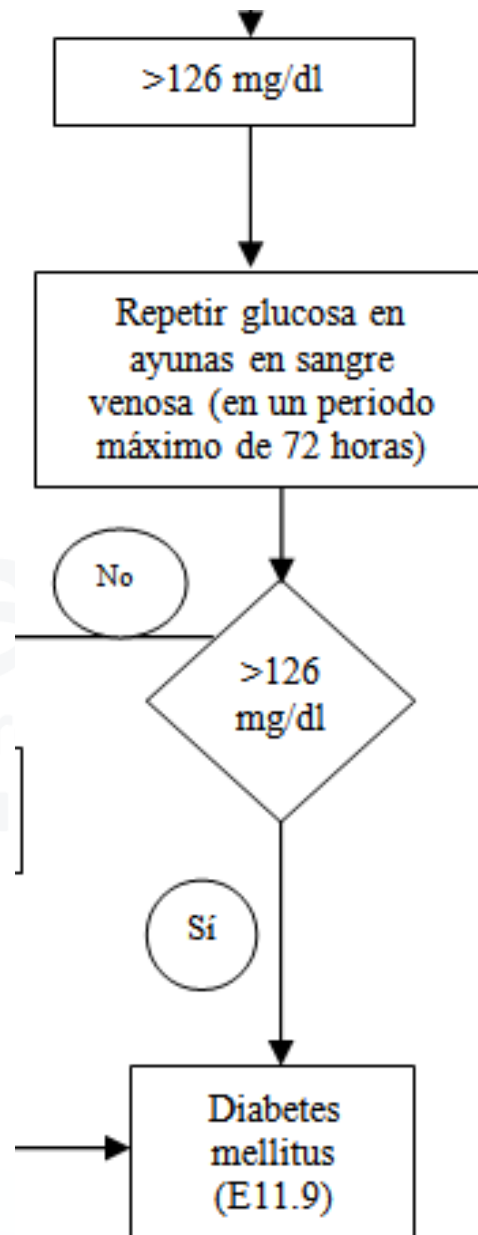


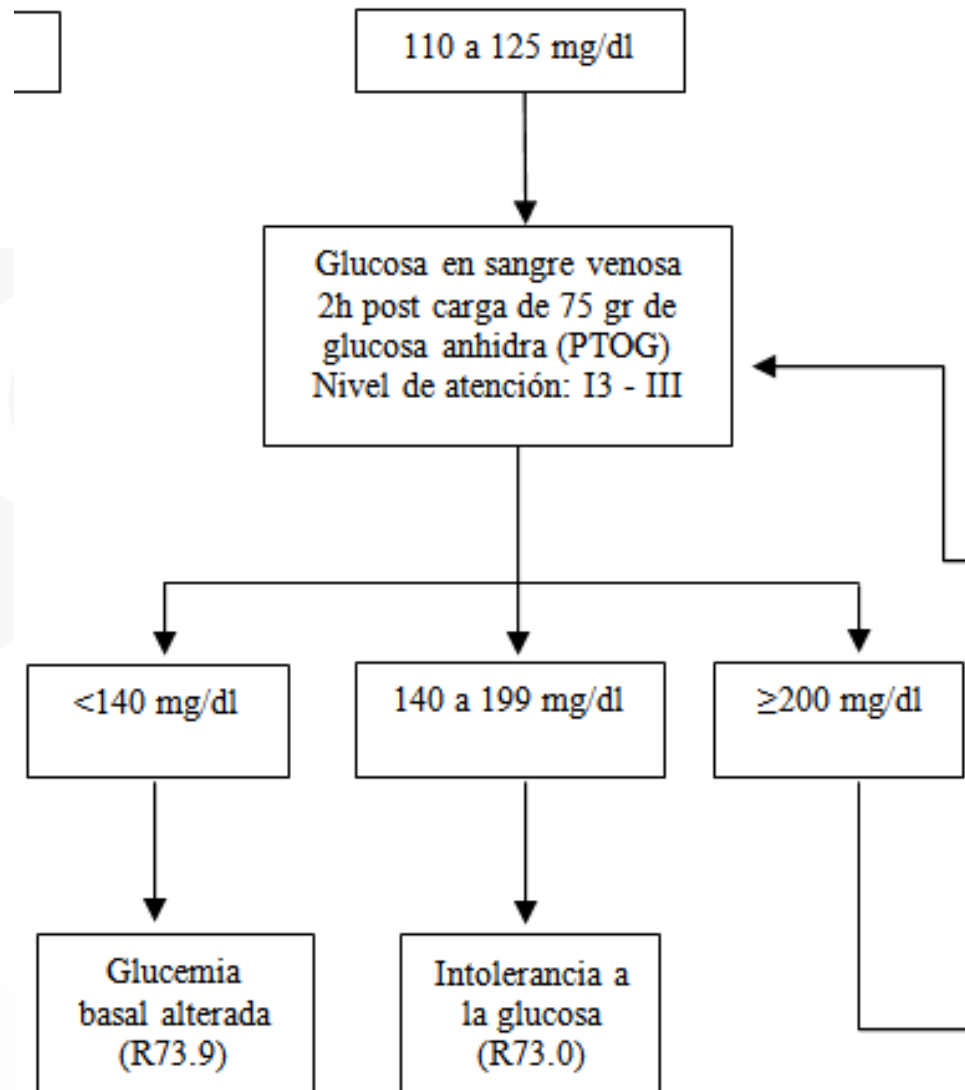


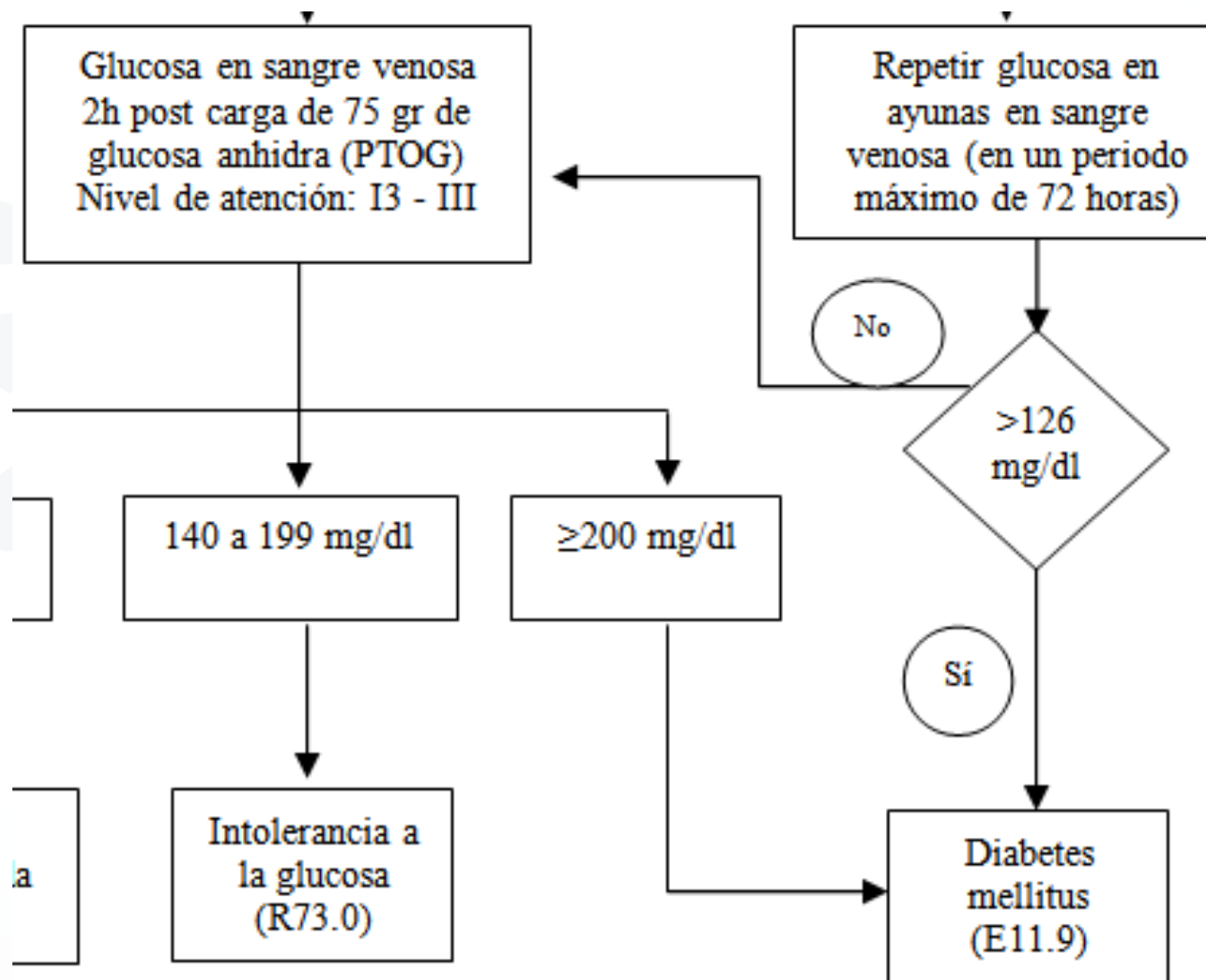
<1

ba













Procedimientos	Inicial	C/mes - C/3m ¹	Anual
Historia clínica completa <ul style="list-style-type: none">• Síntomas (hiperglucemia, hipoglucemia, parestesias, claudicación, etc.).• Signos: acantosis nigricans, úlceras en MMII.• Factores de riesgo cardiovascular: tabaco, hipertensión arterial, dislipidemia, etc.• Angina, ICC, Enfermedad coronaria, ACV.• Amputaciones.	X		
Actualización de datos historia clínica			X
Evolución de problemas activos y nuevos eventos		X	X
Resultados de exámenes previos	X	X	
Talla	X		
Peso e índice de masa corporal	X	X	X
Perímetro abdominal	X	X	X
Presión arterial (en posición sentada)	X	X	X
Presión arterial (acostado y luego sentado con los pies colgando)	X		X
Examen cardiovascular: <ul style="list-style-type: none">• Corazón• Carótidas• Pulsos periférico: femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio en ambas extremidades inferiores	X	X	X
Inspección de extremidades inferiores	X	X	X
Examen neurológico de las extremidades inferiores: <ul style="list-style-type: none">• Reflejos ósteotendinosos aquiliano y patelar• Sensibilidad superficial con monofilamento 10 g.• Sensibilidad vibratoria con diapasón de 128 Hz.	X		X ²
Fondo de ojo	X		X ³



Procedimientos	Inicial	C/mes - C/3m ¹	Anual
Glucemia	X	X	X
Glucemia por tira reactiva		X ⁴	
HbA1c	X	X ⁵	X
Perfil lipídico	X		X ⁶
Examen de orina	X		X ⁷
Microalbuminuria cuantitativa en orina (índice albumina/creatinina)	X		X
Creatinina y calculo de la tasa de filtrado glomerular	X		X ⁸
TGO	X		X ⁹
TGP	X		X ⁹
Hemograma	X		X
Consulta o consejería nutricional	X		X
Educación en autocontrol	X		X
Reforzamiento de conocimientos y actitudes	X		X
Examen odontológico	X		X
Evaluación psicológica	X		X

- **Electrocardiograma:** Indicado en todas las personas con sintomatología cardiovascular. Se recomienda realizar un electrocardiograma anualmente en las personas asintomáticas con diabetes.

años
protegiendo
tu salud

INTERCONSULTAS AL DIAGNÓSTICO DE LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Una vez realizado el diagnóstico de diabetes mellitus, se debe evaluar complicaciones y comorbilidades. Estos se realizan en el segundo y tercer nivel de atención (o en alguno del primer nivel con disponibilidad de médico especialista o personal capacitado) dependiendo de la disponibilidad del profesional.

A la persona con DM-2 derivar para:

- Ser evaluado por oftalmólogo, en su defecto, médico capacitado.
- Ser evaluado por endocrinólogo, en su defecto, médico internista.
- Ser evaluado por cirujano dentista.
- Ser evaluado por nutricionista o personal de salud capacitado.

Según resultados en el proceso diagnóstico, la persona con DM-2:

- Podrá ser evaluado por especialista en Salud Mental.
- Podrá ser evaluado por consultor de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis o neumólogo.
- Podrá ser evaluado por nefrólogo, en su defecto, médico internista.
- Podrá ser evaluado por cardiólogo, en su defecto, médico internista.

Metas de control cardiometabólico:

- Glucemia en ayunas 70 a 130 mg/dl.
- Glucemia post prandial menor de 180 mg/dl.
- Hemoglobina glucosilada menor de 7%(*).
- Colesterol total menor de 200 mg/dl.
- Colesterol HDL mayor de 50 mg/dl.
- Colesterol LDL menor de 100 mg/dl.
- Triglicéridos menor de 150 mg/dl.
- Presión arterial menor de 140/80 mmHg.



MANEJO
protegiendo
tu salud

- El pilar del tratamiento de la diabetes es la intervención intensiva sobre estilos de vida: plan de alimentación y actividad física, a cargo de un equipo conformado idealmente por médico (general, familiar, internista y/o endocrinólogo), enfermera, nutricionista, psicólogo u otro personal de salud capacitado en diabetes.

CAMBIOS ESTILOS DE VIDA

protegiendo
tu salud

3 a 4 meses*

EDUCACIÓN EN DIABETES

- Familia y soporte social
- Autocuidado

2

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

- Frutas y verduras
- Evitar otras

EL PLATO PARA COMER SALUDABLE

Use aceites saludables (como aceite de oliva y colza) para cocinar, en ensaladas, y en la mesa. Limite la mantequilla. Evite las grasas trans.



Cuanto más verduras y mayor variedad, mejor. Las patatas y las patatas fritas no cuentan.

Coma muchas frutas y de todos los colores.



¡MANTÉNGASE ACTIVO!

© Harvard University



Harvard T.H. Chan School of Public Health
The Nutrition Source
www.hsph.harvard.edu/nutritionsource



Beba agua, té, o café (con poco o nada de azúcar). Limite la leche y lácteos (1-2 porciones al día) y los zumos (1 vaso pequeño al día). Evite las bebidas azucaradas.

Coma cereales (granos) integrales variados (como pan integral, pasta integral, y arroz integral). Limite los cereales refinados (como arroz blanco y pan blanco).

Escoja pescados, aves, legumbres (habichuelas/garbanzos/lentejas), y frutos secos; limite las carnes rojas y el queso; evite el beicon, fiambres, y otras carnes procesadas.

Harvard Medical School
Harvard Health Publications
www.health.harvard.edu



3

ACTIVIDAD FÍSICA

- 150 minutos semanales
- 10 minutos como mínimo
- Fortalecimiento de grandes grupos musculares (2v/sem)



TABACO

80 años
protegiendo
tu salud

4

RIESGOS OCUPACIONALES

5

80 años
protegiendo
tu salud

6

VACUNAS

- Gripe 1v/año
- Neumococo 1 o 2 v/vida (corte: 65 años)
- VHB*, Tdap*

TERAPIA FARMACOLÓGICA



MONOTERAPIA

¿Estable? Empieza

80 años
protegiendo
tu salud

MONOTERAPIA

- METFORMINA
- GLIBENCLAMIDA

años
protegiendo
tu salud

MONOTERAPIA

- METFORMINA
 - Primera línea
 - 500 y 850 mg
 - Iniciar con dosis bajas de 500mg u 850mg por día, dosis única.
 - Incrementar de 500mg a 850mg cada 1 a 2 semanas de forma progresiva hasta alcanzar el control glucémico y/o la dosis máxima de 2,550mg si fuera necesario.
 - Debe tomarse con o inmediatamente después de las comidas principales.

- Está contraindicada si:
 - Creatinina ≥ 1.4 mg/dl en mujeres
 - Creatinina ≥ 1.5 mg/dl en varones
 - Depuración de creatinina < 30 ml/min
 - En pacientes con EPOC, insuficiencia cardíaca descompensada, insuficiencia respiratoria o hepática y en pacientes con alcoholismo.
- Los eventos colaterales más frecuentes son gastrointestinales

MONOTERAPIA

- METFORMINA
 - Nauseas, diarreas y dolor abdominal son los efectos adversos más frecuentes.
 - Acidosis láctica, que se puede presentar si se usa: En infarto agudo de miocardio, insuficiencia renal o hepática.
 - La hipoglucemia es muy rara.

MONOTERAPIA

- GLIBENCLAMIDA
 - Intolerancia o contraindicación a metformina.
 - 5 mg
 - Hipoglucemias, aumento de peso
 - Iniciar con dosis bajas (2.5 mg – 5 mg) una vez al día en el desayuno o primera comida. Se puede administrar dos veces al día en algunas personas (por ejemplo aquellos que reciben más de 10 mg por día).
 - Incrementar ≤ 2.5 mg al día cada semana hasta conseguir el control glucémico deseado o hasta que se alcance la dosis máxima permitida (20 mg/día).
 - Existe mayor susceptibilidad de hipoglucemia en las personas con malnutrición, adulto mayor, personas con falla hepática o renal, o insuficiencia adrenal o pituitaria. Referir en estos casos a médico internista o endocrinólogo.

MONOTERAPIA

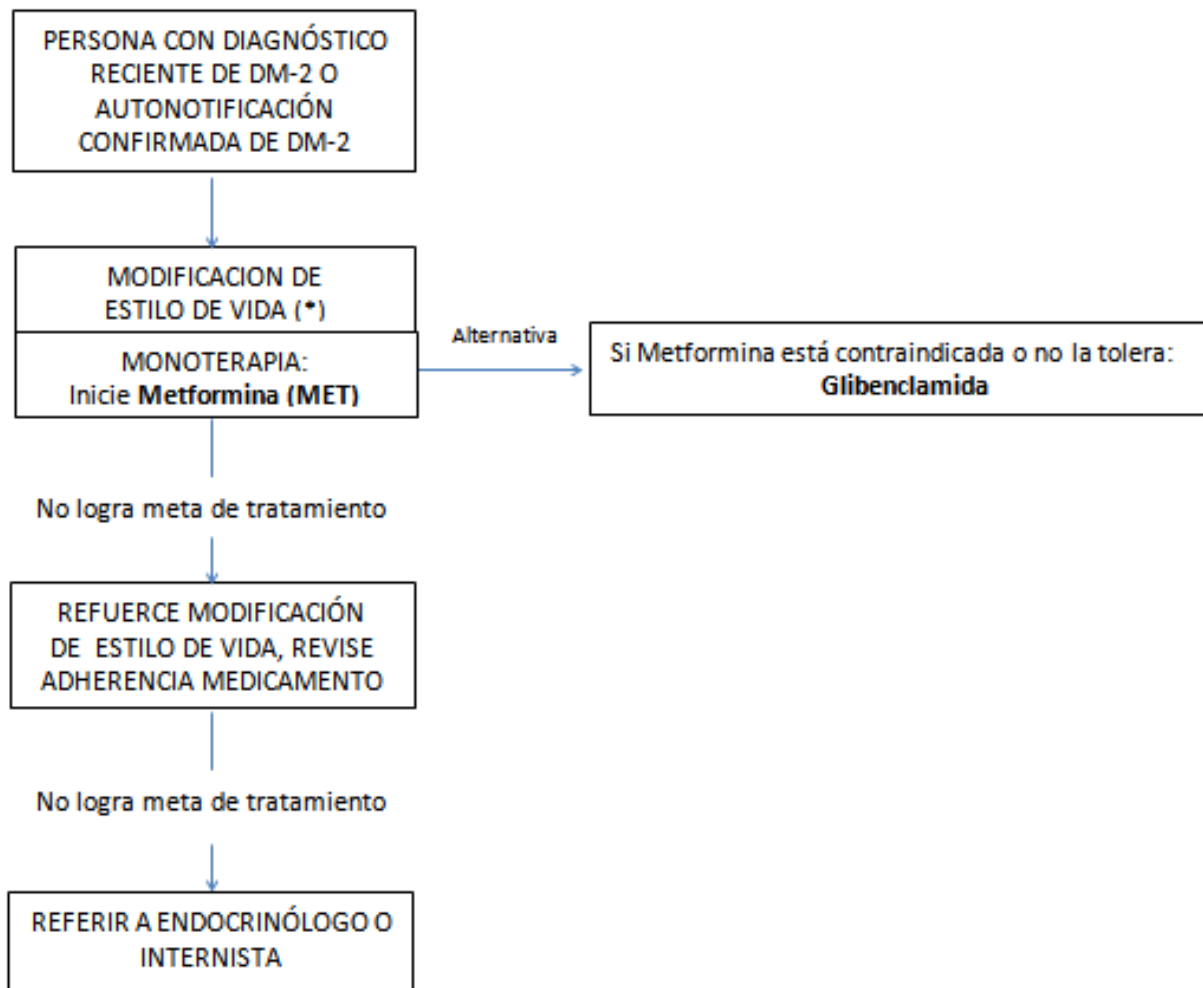
- GLIBENCLAMIDA
 - Hipoglucemia.
 - Reacciones de hipersensibilidad cutánea (esporádicas).
 - Posible alergia cruzada con sulfonamidas.
 - Raramente puede ocasionar trombocitopenia, agranulocitosis, pancitopenia y anemia hemolítica, estasis biliar y hepatitis.

MONOTERAPIA

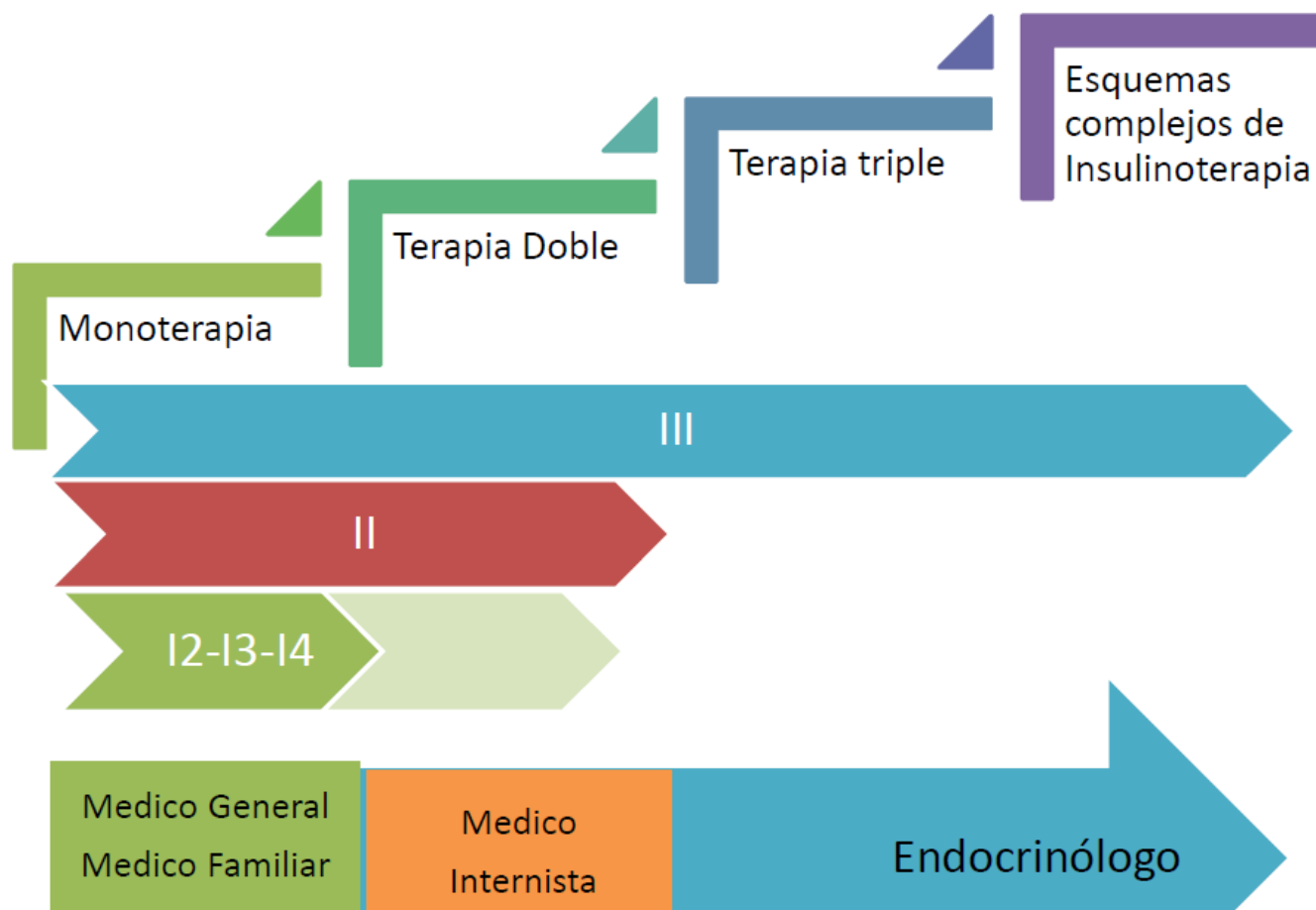
- GLIMEPIRIDA
 - 2-4 mg
 - Aprobado por DIGEMID para:
 1. En el tratamiento de la DM-2 en personas ≥ 65 años con hiperglucemia no controlada con medicamentos de primera línea (metformina).
 2. En la enfermedad renal crónica, se justifica solo para personas con enfermedad renal leve y moderada con $FG > 60$ ml/min/1.73 m² en los que no se consigue el objetivo de control glucémico con metformina por lo que la individualización del tratamiento resulta esencial y requiere ajuste de dosis.
 - El uso de este medicamento requiere ser iniciado por médico especialista del segundo o tercer nivel de atención. El médico del primer nivel podrá utilizarlo con las indicaciones precisas del especialista antes mencionado.



MANEJO AMBULATORIO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Estrategias de tratamiento de la DM2 están basadas en:



INSULINA: referir*

90 años
protegiendo
tu salud

COMBINACIONES: referir*

99 años
protegiendo
tu salud

OTRO MEDICAMENTO: referir*, R. M.
540-2011/MINSA (NTS para la
Utilización de Medicamentos no
considerados en el PNUME)

Procedimientos e intervenciones del equipo de salud

Establecimiento de Salud según categoría	Médico	Enfermera	Nutricionista	Tecnólogo médico	Técnico enfermería
Categoría I-1					
Identificación de pacientes en riesgo de DM-2	x	x	x		
Identificación de pacientes con diagnóstico conocido de DM-2	x	x	x		x
Actividades preventivo promocionales en personas con riesgo	x	x	x		x
Indicación de exámenes para diagnóstico de DM-2	x	x			
Lectura de resultados, diagnóstico y tratamiento de DM-2	x				



Establecimiento de Salud según categoría	Médico	Enfermera	Nutricionista	Tecnólogo médico	Técnico enfermería
Categoría I-2, I-3 y I-4					
Todas los procedimientos del I-1, mas lo que precede					
Anamnesis y examen físico e identificación de factores de riesgo	x				
Identificación de pacientes con sospecha clínica de DM-2	x	x	x		
Identificación de pacientes con diagnóstico conocido de DM-2	x	x	x		
Solicitar o referir para exámenes auxiliares o interconsultas para valoración de complicaciones o comorbilidades	x	x			
Tratamiento no farmacológico: cambios en los estilos de vida y educación en autocontrol (personal capacitado)	x	x	x	x	
Tratamiento farmacológico inicial de la DM-2 con monoterapia	x				
Manejo de hipoglucemia o manejo inicial en caso de sospecha de crisis hiperglucémicas	x				
Solicitar HbA1c de control a los 3 meses de iniciado tratamiento farmacológico, ola prueba disponible en el establecimiento: - Si los valores están dentro de meta, continuar tratamiento instaurado y reforzar estilos de vida. - Si los valores no estan dentro de meta con cambios en los estilos de vida y buena adherencia a tratamiento, iniciar o referir para terapia doble.	x				
Seguimiento de pacientes diabéticos controlados con monoterapia o terapia doble (referidos)	x				
Referir a los pacientes con terapia doble a los 12 meses para control por médico internista o endocrinólogo	x				

CRITERIOS DE REFERENCIA

1

Persona con diagnóstico de DM-2 con inadecuado control metabólico por 3 a 6 meses a pesar del tratamiento no farmacológico y farmacológico en monoterapia (con adecuada adherencia y dosis), debe ser referido al segundo o tercer nivel de atención para evaluación por médico internista o endocrinólogo.

CRITERIOS DE REFERENCIA

2

En caso de no contar con un profesional licenciado en nutrición o personal de salud capacitado en esta función, se podrá referir al nivel de atención inmediato superior para evaluación y educación en autocontrol de la diabetes.

CRITERIOS DE REFERENCIA

3

Toda persona con DM-2 con sintomatología o daño evidenciado de complicación crónica que requieran atención por un médico especialista en oftalmología, nefrología, neurología y cardiología, debe ser referido al II o III nivel de atención según corresponda, en los siguientes casos:

- Albuminuria mayor de 300 mg/24 horas.
- Concentración de creatinina sérica mayor de 1.5 mg/dl.
- TFG < 60ml/minuto (enfermedad renal crónica, etapa 3 o más).
- Neuropatía diabética dolorosa.
- Neuropatía diabético autonómica.
- Enfermedad vascular periférica.
- Pie diabético con clasificación de Wagner con grado ≥ 2 .
- Retinopatía diabética no proliferativa moderada a severa.
- Retinopatía diabética proliferativa.
- Enfermedad coronaria.
- Insuficiencia cardíaca grado III y IV.
- Antecedente de accidente cerebrovascular.

CRITERIOS DE REFERENCIA

4

Infección aguda severa.

90 años
protegiendo
tu salud

CRITERIOS DE REFERENCIA

5

Persona con diabetes e hipertensión arterial.

90 años
protegiendo
tu salud

CRITERIOS DE REFERENCIA

6

DM-2 con sospecha clínica o bioquímica de descompensación o complicación aguda que requiera atención inmediata debe ser derivado a un nivel de mayor complejidad para su manejo correspondiente por un especialista.

IMPORTANTE: No debe referir para:

- Confirmar diagnóstico de DM-2.
- Para inicio de tratamiento.
- Persona sin adherencia al tratamiento instalado.

Criterios de contrarreferencia:

- Se efectuará contrarreferencia al establecimiento de salud de origen aquellas personas que cumplan los siguientes criterios:
- Se encuentren estabilizados en los últimos controles; y,
- Que hayan logrado el control glucémico.



GUÍA TÉCNICA: GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL PIE DIABÉTICO

R.M. 226-2016

80 años
protegiendo
tu salud

OBJETIVO

- Establecer criterios técnicos para el diagnóstico, tratamiento y control del pie diabético en personas con diabetes mellitus tipo 1 y 2 en el primer nivel de atención.

protegiendo
tu salud

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Establecimientos de salud del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, de las Direcciones Regionales de Salud, de las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces a nivel regional así como otros prestadores de servicios de salud públicos (Seguro Social de Salud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales y Locales) y privados, según corresponda.

DEFINICIÓN

El pie diabético se define como cualquier complicación en el pie como consecuencia de la DM-2, y tiene diversas formas de presentación, pero las principales son la neuropatía y la insuficiencia vascular periférica. Esto conlleva a las personas a un mayor riesgo de ulceración y en muchos casos de amputación.

- A nivel mundial se reporta que hasta el **50%** de las personas con DM-2 pueden desarrollar durante su vida una úlcera en los pies. De estas personas, un **20%** sufrirán una amputación en miembro inferior secundaria a la misma.
- Estudios en el Perú han encontrado prevalencias de neuropatía entre **57%-90%** en personas atendidos en hospitales del tercer nivel.

Fuente: Ticse R, Pimentel R, Mazzeti P, Villena J. Elevada frecuencia de neuropatía periférica en personas con Diabetes mellitus tipo 2 de un hospital general de Lima-Perú. Rev Med Hered 2013; 24:114-121.

CUADRO CLÍNICO

Signos y síntomas

Dependerá de la etapa en la que se encuentre la enfermedad al momento del diagnóstico:

Asintomáticos: Son aquellas personas con DM-2 o DM-1 que no advierten los síntomas clásicos de pie diabético.

Sintomáticos: Las manifestaciones clínicas pueden variar según las complicaciones que presenta la persona como adormecimientos, calambres, hormigueos (parestesias), dolor tipo quemazón o electricidad en miembros inferiores en caso de neuropatía diabética; dolor en pantorrilla (claudicación intermitente) en caso de enfermedad arterial periférica.

Criterios de diagnóstico

Forma de evaluación

Se debe examinar el pie de una persona con diabetes mellitus retirándole los zapatos, las medias, vendajes y gasas.

Se debe examinar en ambos pies si hay la presencia de los siguientes factores de riesgo:

- Neuropatía (usar el monofilamento de 10g como parte del examen sensitivo de los pies)
- Isquemia del miembro inferior
- Ulceración
- Callos
- Infección y/o inflamación
- Deformidades
- Gangrena
- Artropatía de Charcot

Estratificación del riesgo basado en los factores de riesgo:

- Bajo riesgo: ausencia de factores de riesgo
- Riesgo moderado: un factor de riesgo presente
- Alto riesgo: úlcera previa o amputación o terapia de reemplazo renal o más de un factor de riesgo presente

Radiografía simple de pie:

Se debe realizar de forma comparativa, en posiciones frontales y oblicuas, con el propósito de evidenciar presencia de osteomielitis, infección productora de gas en tejidos blandos y calcificación de las arterias del pie. Solicitarla ante la sospecha de estas.

80 años

MANEJO

protegiendo tu salud

Metas de control cardiometabólico:

- Glucemia en ayunas 70 a 130 mg/dl.
- Glucemia post prandial menor de 180 mg/dl.
- Hemoglobina glucosilada menor de 7%(*).
- Colesterol total menor de 200 mg/dl.
- Colesterol HDL mayor de 50 mg/dl.
- Colesterol LDL menor de 100 mg/dl.
- Triglicéridos menor de 150 mg/dl.
- Presión arterial menor de 140/80 mmHg.

- El pilar del tratamiento de la diabetes es la intervención intensiva sobre estilos de vida: plan de alimentación y actividad física, a cargo de un equipo conformado idealmente por médico (general, familiar, internista y/o endocrinólogo), enfermera, nutricionista, psicólogo u otro personal de salud capacitado en diabetes.

Bajo riesgo: continuar con las evaluaciones anuales con énfasis en la importancia del cuidado de los pies y dar información de la posibilidad de progresión a riesgo moderado o alto:

- inspeccione sus pies diariamente
- lávese e hidrate sus pies diariamente
- córtese las uñas con regularidad
- nunca camine descalzo
- no dificulte la circulación sanguínea
- realice una evaluación médica de sus pies por lo menos una vez al año

Riesgo moderado o alto

- Dar consejos y proporcionar atención sobre el cuidado de la piel y las uñas de los pies.
- Evaluar el estado biomecánico de los pies, incluyendo la necesidad de proporcionar calzado especializado y plantillas. Las recomendaciones de calzado tienen que ser indicadas por el Servicio de Terapia Física, por lo que hay que referir al siguiente nivel de atención.
- Evaluar el estado vascular de los miembros inferiores.

Terapéutica



- Documentar el tamaño, profundidad y posición de la úlcera.
- Referir al servicio especializado para que indiquen una ortesis para personas con lesión plantar neuropática, no isquémica, no infectada en el ante pie o en la mitad del pie.
- Si la úlcera requiere debridación, la persona debe ser referida.
- Para la limpieza de la úlcera, se seguirá los pasos sugeridos en el Anexo 5.

CRITERIOS DE REFERENCIA

1

Wagner con grado ≥ 2 y/o una clasificación de Fontaine \geq IIb

CRITERIOS DE REFERENCIA

2

No evolucione favorablemente, definido como persona que progrese de Wagner 1 a Wagner 2, o que no reduce y/o no mejora la úlcera a pesar del tratamiento adecuado y adherencia a las indicaciones de manejo.

80 años
protegiendo tu salud
Gracias