

¿Cuál de las determinaciones siguientes NO considerarías necesario añadir a la petición anterior?

---

- 1.- Hemograma
- 2.- Perfil de lípidos
- 3.- Perfil renal
- 4.- Velocidad de sedimentación globular

## **1.- Hemograma.**

La determinación de un hemograma completo es una cuestión que apenas está recogida en concretamente en ninguna de las Guías de Práctica clínica. Sin embargo, la incorporación de la HbA1c como criterio diagnóstico ha puesto de manifiesto una serie de situaciones en las que esa determinación se hace indispensable.

Las situaciones, en las que la HbA1c no cumple fielmente con la función de reflejar el perfil glucémico del paciente en los meses anteriores, incluyen aquellas en las que puede estar alterada la vida media del glóbulo rojo y/o aquellas alteraciones genéticas que puedan afectar la estructura de la hemoglobina.

La presencia de una hemoglobinopatía puede, desde no producir ninguna afectación hasta llegar a inutilizar a la HbA1c en su función, de acuerdo a la afectación producida y al método de determinación usado.

La presencia de anemias, fundamentalmente las carenciales (ferropenia o déficit de vitamina B12) alargan la vida media del hematíe dando lugar a un aumento facticio de los valores de HbA1c. Y viceversa, las situaciones que acorten la vida media del hematíe o aumenten el número de reticulocitos, tales como la anemia hemolítica o las situaciones de hipoxia, pueden dar lugar a una disminución artificial de la HbA1c.

La detección de una reiterada falta de correlación entre las glucemias y la HbA1c de un paciente debe poner sobre aviso de la sospecha de una de estas situaciones.

Donde sí aparece como una recomendación específica para la determinación periódica de un hemograma es cuando se ha diagnosticado una enfermedad renal crónica. En los grados 3A o 3B se aconseja la realización anual mientras que para los grados 4 y 5 la determinación debe realizarse con más frecuencia.

## **2.- Perfil lipídico.**

Los estándares de cuidados para el paciente con diabetes publicados anualmente por la «American Diabetes Association» (ADA) recomiendan la realización de un perfil de lípidos en ayunas al menos anualmente en el paciente con diabetes.

Las Guías Clínicas españolas van más allá y añaden una determinación en el momento del diagnóstico, especificando además que dicho perfil debe estar constituido por la determinación del colesterol total (CT), del colesterol de HDL (HDLc) y de los triglicéridos (TG) realizándose el cálculo del colesterol de LDL (LDLc) mediante la fórmula de Friedenwald.

Sin embargo existen situaciones, por demás relativamente frecuentes en los pacientes con diabetes, en las que no es posible utilizar las cifras de LDLc calculadas mediante la fórmula, esta son aquellas en las que los TG se encuentran por encima de 400 mg/dl. En este caso las Guías recomiendan el uso del colesterol no HDL (No-HDLc), se define como la diferencia entre el valor de CT y el colesterol de las HDL, y comprende las fracciones de lipoproteínas: LDL, IDL, y VLDL, incluyendo partículas altamente aterogénicas como los remanentes de VLDL.

### ***3.- Perfil renal.***

Los estándares de cuidados para el paciente con diabetes publicados anualmente por la «American Diabetes Association» (ADA) recomiendan la realización de una prueba de orina anual para evaluar la excreción de albúmina. En pacientes con diabetes tipo 1 a partir de los 5 años del diagnóstico y en todos los pacientes con diabetes tipo 2 desde el mismo momento del diagnóstico. Dentro de la práctica cotidiana se utiliza la determinación del cociente albúmina/creatinina en una muestra de orina aislada, dada la mayor facilidad de recogida y ser el resultado superponible al determinado mediante orina de 24 horas.

También se recomienda medir la creatinina sérica al menos anualmente en todas las pacientes adultos con diabetes independientemente del grado de excreción urinaria de albúmina. La creatinina sérica determinada no debe ser usada para apreciar la función renal, sino que debe ser utilizada para estimar la Tasa de Filtrado Glomerular (TFG).

A día de hoy en nuestro país existe el consenso de que la fórmula que debe usarse para estimar la TFG sea la del estudio MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) en su versión de 4 elementos, con la salvedad de que aquellos valores por encima de 60 ml/min deben ser expresados simplemente como “mayores de 60” ya que por encima de esta cifra no ofrece un valor exacto.

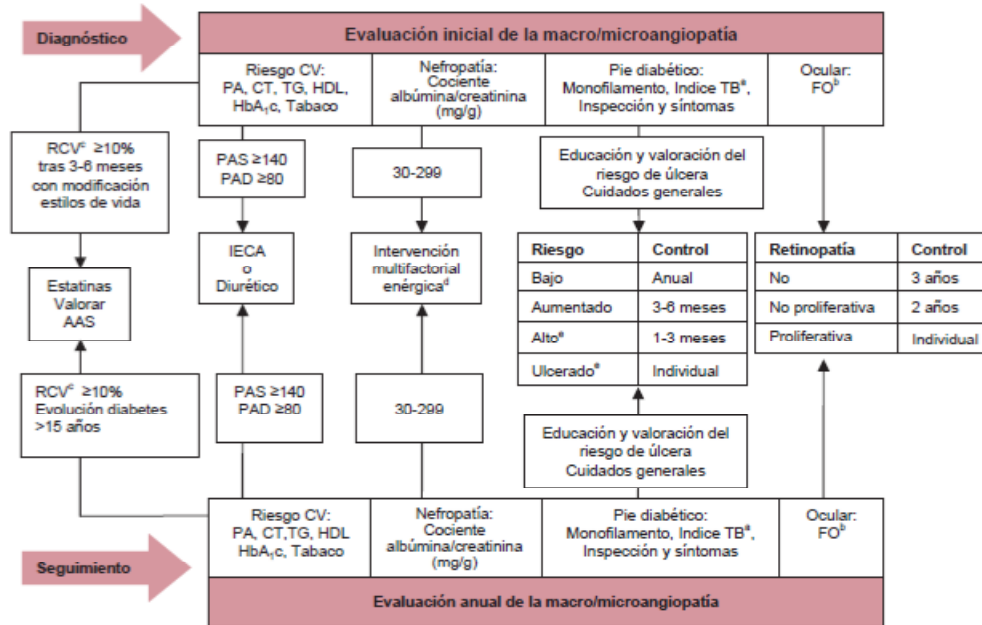
Para clasificar la función renal a partir de los resultados del TFG existe el consenso de utilizar la clasificación KDIGO 2002

### ***4.- Velocidad de sedimentación globular.***

Correcta. No existe ninguna recomendación para su determinación en la evaluación de los pacientes con Diabetes

- American Diabetes Association. Standards of Diabetes care. Diabetes Care 2013; 36: S64-S71
- Cano JF, Franch J y miembros de la redGDPS de España. Guía de la diabetes tipo 2. Recomendaciones clínicas con niveles de evidencia. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- Mediavilla Bravo JJ, coordinador y miembros del Grupo de Trabajo Diabetes de SEMERGEN. Guía de Práctica Clínica Diabetes tipo 2 de SEMERGEN. [www.semergen.es/semergen/contentFiles/File/guias\\_clinicas/diabetes.pdf](http://www.semergen.es/semergen/contentFiles/File/guias_clinicas/diabetes.pdf).
- Type 2 diabetes. The management of type 2 diabetes. This guideline partially updates NICE clinical guideline 66 and replaces it. NICE clinical guideline 87; march 2010. NHS. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Disponible en URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12165/44320/44320.pdf>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08

## Evaluación de la macro y microangiopatía en el diagnóstico y seguimiento de la diabetes tipo 2



<sup>a</sup> Índice TB (tobillo-brazo): en caso de exploración física anormal u otra afectación macro/microangiopática.  
<sup>b</sup> FO (fondo de ojo): cámara no miátrica o consulta oftalmológica en caso de no disponer de ésta.  
<sup>c</sup> RCV (riesgo cardiovascular): calculado según tabla REGICOR.  
<sup>d</sup> Dieta, ejercicio, terapia antitabaco, IECA, AAS, OBJETIVO TERAPÉUTICO: PAS ≤130 mmHg, control estricto de HbA<sub>1c</sub> y colesterol.  
<sup>e</sup> Requiere valoración por atención especializada o, si disponible, unidad de pie o podólogo.  
 PA, PAS, PAD: presión arterial, sistólica, diastólica; AAS: ácido acetil salicílico; FO: fondo de ojo; CT: colesterol; TG: triglicéridos.