



ACTITUDES DE LOS MÉDICOS HACIA EL ABORDAJE DE LA NEUROPATÍA DIABÉTICA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS, 2023

PHYSICIANS' ATTITUDES TOWARDS THE APPROACH TO DIABETIC NEUROPATHY IN PUBLIC AND PRIVATE HEALTH CARE FACILITIES, 2023

John Longa-López ¹

RESUMEN

Objetivo: Describir las actitudes de los médicos hacia el abordaje de la neuropatía diabética. **Métodos:** estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, muestra 143 médicos, muestreo no probabilístico por conveniencia. Las variables: años de ejercicio profesional, especialidad, proporción de pacientes en la consulta médica con diagnóstico de diabetes mellitus (tipo 1 o 2), proporción de pacientes con diabetes mellitus con diagnóstico de neuropatía diabética, actitudes hacia el abordaje de la neuropatía diabética. Se empleó escala Likert de 5 categorías para evaluar actitudes en 3 dimensiones: priorización, diagnóstico y tratamiento. Se emplearon estadísticos descriptivos. **Resultados:** En la dimensión priorización el 57.4% prioriza el control metabólico sobre la evaluación de complicaciones. Dimensión diagnóstico el 80.5% de médicos encuestados se basan en síntomas y signos referidos por el paciente para hacer el diagnóstico de dicha complicación, el 66,5% reconocen que no usan instrumento para la evaluación de la neuropatía y el 39.9% tampoco lo usarían así lo tuviera. En la dimensión tratamiento el 73,5% reconocen que el tratamiento analgésico de la neuropatía diabética es frustrante y el 50,4% siente "temor" para titular la dosis de la medicación analgésica anti-neuropática por los efectos adversos. **Conclusiones:** Las actitudes de los médicos comprometen diferentes áreas del abordaje de la neuropatía diabética como la priorización, el diagnóstico y el tratamiento con una tendencia a la priorización del control metabólico y de otras complicaciones microvasculares, al sub-diagnóstico, al "sub-tratamiento" y a la necesidad de referir a los pacientes para manejo especializado.

Palabras clave: Actitudes; Neuropatía diabética. (Fuente: DeCS- BIREME)

ABSTRACT

Objective: To describe the attitudes of doctors towards the approach to diabetic neuropathy. **Methods:** descriptive, observational, cross-sectional and prospective study, sample of 143 doctors, non-probabilistic convenience sampling. The variables: years of professional practice, specialty, proportion of patients in the medical consultation with a diagnosis of diabetes mellitus (type 1 or 2), proportion of patients with diabetes mellitus with a diagnosis of diabetic neuropathy, attitudes towards the approach to diabetic neuropathy. A 5-category Likert scale was used to evaluate attitudes in 3 dimensions: prioritization, diagnosis and treatment. Descriptive statistics were used. **Results:** In the prioritization dimension, 57.4% prioritize metabolic control over the evaluation of complications. Diagnostic dimension: 80.5% of doctors surveyed rely on symptoms and signs reported by the patient to make the diagnosis of said complication, 66.5% recognize that they do not use an instrument for the evaluation of neuropathy and 39.9% would not use it either. had it. In the treatment dimension, 73.5% recognize that analgesic treatment for diabetic neuropathy is frustrating and 50.4% feel "afraid" to titrate the dose of anti-neuropathic analgesic medication due to adverse effects. **Conclusions:** The attitudes of doctors compromise different areas of the approach to diabetic neuropathy such as prioritization, diagnosis and treatment with a tendency to prioritize metabolic control and other microvascular complications, to under-diagnosis, to "under-treatment". and the need to refer patients for specialized management.

Keywords: Attitudes; Diabetic neuropathy. (Source: MESH-NLM)

¹ Médico Endocrinólogo

Citar como: Longa-López J. Actitudes de los médicos hacia el abordaje de la neuropatía diabética en establecimientos de salud públicos y privados, 2023. Rev Fac Med Hum. 2023;23(4):54-61. doi 10.25176/RFMH.v23i4.6109



INTRODUCCIÓN

En los últimos años hemos sido testigos de procesos de globalización política, social y económica, así como de transición epidemiológica, nutricional y demográfica y muy recientemente de cambios acontecidos a raíz de la pandemia de la COVID – 19, procesos que han traído como consecuencia un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónico – degenerativas como la diabetes mellitus; cuyo crecimiento exponencial ha sido vertiginoso con un gran impacto en la salud pública mundial. Según los datos más recientes de la Federación Internacional de Diabetes (FID) existen, 537 millones de personas en el mundo conviviendo con la enfermedad y según estadísticas nacionales, el estudio PERUDIAB reportó una prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 de 7% en nuestro país⁽¹⁾.

El impacto epidemiológico de la diabetes mellitus incide en la mortalidad y la calidad de vida de las personas afectadas, teniendo como catalizadores de dicho impacto las complicaciones macro y microvasculares vinculadas a ella. Sin embargo, pese a todos los adelantos científicos que hemos tenido para el manejo de la diabetes mellitus, existen disparidades y brechas en el afrontamiento de dichas complicaciones y tal es el caso de la neuropatía diabética, la complicación más frecuente de la diabetes mellitus y sin embargo de lejos la menos evaluada. Estudios como el de Pirart et. al. reportan una incidencia de neuropatía que puede llegar al 50% luego de 25 años de enfermedad⁽²⁾.

La neuropatía diabética impacta notablemente en la calidad de vida de los pacientes afectados generando una discapacidad que está relacionada con los síntomas dolorosos muchas veces devastadores y el déficit neurológico sobre el cual subyacen manifestaciones como ataxia, debilidad, caídas, fracturas, ulceraciones, amputaciones e infecciones que pueden tener como corolario la muerte. Pero como mencionamos anteriormente existe un subdiagnóstico de la misma evidenciado por investigaciones como la de Ziegler et. al.⁽³⁾ en el que la neuropatía no diagnosticada puede llegar al 65,5% tanto en diabetes tipo 1 y 2, cifra que refleja que la neuropatía diabética es la “complicación olvidada” de dicha enfermedad.

¿Pero cuál sería la explicación de este olvido?. Creemos que el modelo de determinantes de la salud preconizado por Lalonde hace muchos años podría

ayudarnos a explicarlo, y dentro de este modelo la prestación de servicios de salud constituye uno de los ejes fundamentales de estos determinantes para el entendimiento de dicha problemática. Precisamente, el estudio de Nan Zhao et. al.⁽⁴⁾ evalúa los factores que intervienen en la conducta preventiva orientada al screening del pie en riesgo en pacientes con diabetes y luego del análisis multivariado encuentra que la frecuencia de entrenamiento, los conocimientos sobre el screening, el tiempo limitado en la consulta, la disponibilidad limitada de las herramientas necesarias para el screening así como las actitudes de los profesionales de la salud hacia el screening constituyen las principales barreras a tomar en cuenta para el abordaje de dicha actividad preventiva.

Es por eso que consideramos necesario conocer las actitudes de los médicos hacia el abordaje de la neuropatía diabética a fin de poder diseñar estrategias de entrenamiento que involucren no sólo la impartición de conocimientos técnicos, claro está necesarios, sino además de manera sincrónica y holística los aspectos cognitivos, afectivos y conativos que tienen un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción y que también influyen en la percepción y el pensamiento que le darán un carácter perdurable y de juicio evaluativo a todo lo aprendido.

MÉTODOS

Diseño y Área de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

La presente investigación está enmarcada dentro de las Prioridades Nacionales para investigación sanitaria en nuestro país, relacionada con las enfermedades metabólicas y cardiovasculares y tuvo como objetivo evaluar las actitudes de los médicos participantes de un programa de entrenamiento en neuropatía diabética hacia una de las complicaciones más prevalente de la diabetes mellitus.

Población y Muestra

La población de estudio la constituyeron todos los médicos de ambos sexos, participantes de un programa de entrenamiento en neuropatía diabética tanto peruanos como extranjeros, de establecimientos de salud públicos y privados, los cuales ascendieron a 143, programa que fue impartido entre abril y agosto del presente año.



Variables e Instrumento

Las variables que se evaluaron en el presente estudio fueron:

Edad: se define como el número de años, cumplidos a la fecha de la aplicación del instrumento.

Años de ejercicio profesional: es definido como el tiempo transcurrido en años, desde la obtención del título profesional de médico cirujano hasta la fecha de aplicación del instrumento.

Sexo: características sexuales de los individuos que los identifica como hombre o mujer.

Especialidad: título de post-grado de especialidad médica alcanzado hasta la fecha de aplicación del instrumento. Proporción de pacientes en la consulta médica que tienen diagnóstico de diabetes mellitus (tipo 1 o 2): Porcentaje promedio de pacientes de la consulta médica diaria que tienen el diagnóstico médico de diabetes mellitus.

Proporción de pacientes con diabetes mellitus que tienen diagnóstico de neuropatía diabética: Porcentaje promedio de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 o 2 que tienen el diagnóstico médico de neuropatía diabética en la consulta diaria.

País de procedencia: País de origen del médico participante.

Actitudes hacia el abordaje de la neuropatía diabética: predisposición psicológica de los médicos participantes en las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual hacia el abordaje de la neuropatía diabética en la consulta médica.

Para la presente investigación se emplearon 2 tipos de instrumento:

1. Ficha de recolección de datos: en la cual se consignaron las respuestas a las variables socio-demográficas incluidas en el presente estudio.

1. Escala de Actitudes: Se empleo el Inventario de Actitudes hacia la Neuropatía Diabética (IANEDIAB – 17), el cual fue construido utilizando una Escala tipo Likert con 5 categorías: totalmente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, parcialmente en desacuerdo y totalmente en desacuerdo; la cual fue validada en una prueba piloto obteniéndose un alfa de Cronbach de 0,874 y constó de 17 items que evalúan 3 dimensiones de las actitudes de los médicos hacia el abordaje de la neuropatía diabética: priorización, diagnóstico y tratamiento. (ver anexos 1 y 2)

Procedimiento

Para la aplicación de los instrumentos antes mencionados, se utilizó la aplicación web Google Forms (Formularios de Google) el cual fue remitido a los correos electrónicos de todos los participantes que dieron su consentimiento para llenar dicha encuesta, la cual fue anónima a fin de lograr la mayor veracidad posible de las respuestas vertidas. Todas las encuestas fueron recepcionadas antes del inicio del programa de entrenamiento.

Análisis Estadístico

Los datos obtenidos a través de las encuestas, fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 28.0. Para el análisis de las variables se emplearon estadísticos descriptivos siendo en el caso de las variables cuantitativas las medidas de tendencia central las empleadas y en el caso de las variables categóricas la distribución de frecuencias.

Aspectos Éticos

Se contó con la aprobación del comité de ética de la Escuela de Post Grado de la Universidad Ricardo Palma.

RESULTADOS

Tabla 1. Análisis univariado de las características generales de los estudiantes de medicina humana (N=454).

Variable	Media	DS
Edad (años)	41,37	10,101
Años de ejercicio profesional	13,45	9,519



Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo (n= 143)		
Femenino	86	60,1
Masculino	57	39,9
Especialidad (n=143)		
Endocrinología	10	7,0
Medicina Familiar	14	9,8
Medicina General	99	69,2
Medicina Interna	3	2,1
Neurología	1	0,7
Otra	16	11,2
Proporción de pacientes de su consulta que tienen diagnóstico de DM1 o DM2		
< 10 %	17	11,9
10 – 25 %	63	44,1
25 – 50 %	42	29,4
50 – 75 %	13	9,1
>75 %	8	5,6
Proporción de sus pacientes con DM que tienen diagnóstico de neuropatía diabética (%)		
<5 %	34	23,8
5 – 10 %	29	20,3
10 – 20 %	27	18,9
20 – 30 %	17	11,9
30 – 40 %	13	9,1
40 – 50 %	8	5,6
50 – 60 %	8	5,6
60 – 70 %	5	3,5
70 – 80 %	1	0,7
>80 %	1	0,7
País de Procedencia		
Perú	103	72,0
Colombia	30	21,0
Venezuela	4	2,8
Otro	6	4,2

Tabla 2. Respuestas a la escala de actitudes hacia el abordaje de la neuropatía diabética.

	ITEM	Totalmente de acuerdo n (%)	Parcialmente de Acuerdo n (%)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo n (%)	Parcialmente en desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)
1	"Debo reconocer que en el abordaje de un paciente con diabetes mellitus, priorizo alcanzar un buen control glucémico (de la glucosa) de los lípidos y/o de la presión arterial, postergando la evaluación de sus complicaciones a no ser que éstas sean agudas"	43 (30,1)	39 (27,3)	5 (3,5)	18 (12,6)	38 (26,6)
2	"De todas las complicaciones de la diabetes sean éstas micro-vasculares o macro-vasculares, la neuropatía diabética es la que menos evaluo en mi práctica clínica"	7 (4,9)	43 (30,1)	14 (9,8)	31 (21,7)	48 (33,6)
3	"El diagnóstico que hago de la neuropatía diabética es básicamente en función de los síntomas y los signos que los pacientes me refieren:"	60 (42)	55 (38,5)	4 (2,8)	10 (7,0)	14 (9,8)
4	"No acostumbro a examinar los pies de un paciente con diabetes mellitus a no ser que me lo pida o que me refiera una lesión en los mismos"	15 (10,5)	47 (32,9)	14 (9,8)	20 (14)	47 (32,9)
5	"En general debo decir, que no tengo una manera sistemática (ordenada) de evaluar (cuando lo hago) los pies de una paciente con diabetes mellitus:"	13 (9,1)	48 (33,6)	14 (9,8)	20 (14)	48 (33,6)
6	"En general, no registro los hallazgos del examen de los pies y/o tampoco uso una escala de valoración del dolor cuando evalúo un paciente con neuropatía:"	18 (12,6)	56 (39,2)	13 (9,1)	25 (17,5)	31 (21,7)
7	"Considero a mi manera de ver, que en general los formatos estandarizados para evaluación de neuropatía son poco prácticos ya que no se adecúan a los tiempos y/o recursos que disponemos en la consulta médica"	36 (25,2)	51 (35,7)	23 (16,1)	15 (10,5)	18 (12,6)
8	"Creo que la parte más difícil de hacer el diagnóstico correcto de neuropatía diabética es el diagnóstico diferencial con otras causas de neuropatía"	45 (31,5)	57 (39,9)	17 (11,9)	16 (11,2)	8 (5,6)
9	En realidad, "no suelo usar ningún instrumento de evaluación para screening de neuropatía diabética (monofilamento, diapasón de 128Hz, martillo de reflejos, etc.) y me baso fundamentalmente en los síntomas y/o signos que me refiera el paciente"	44 (30,8)	51 (35,7)	6 (4,2)	16 (11,2)	26 (18,2)
10	"Debo confesar que AUN ASÍ TUVERA los instrumentos necesarios para hacer el screening de neuropatía diabética no los usaría por diversos factores (tiempo, practicidad, conocimiento, etc.)"	10 (7,0)	47 (32,9)	11 (7,7)	27 (18,9)	28 (33,6)
11	"Soy consciente que debo hacer un examen físico completo para el diagnóstico de la neuropatía diabética pero el tiempo del que se dispone en la consulta médica es insuficiente"	72 (50,3)	50 (35)	2 (1,4)	8 (5,6)	11 (7,7)
12	"Debo reconocer que no tengo la experticia que me gustaría tener para hacer un screening de riesgo adecuado de los pies en un paciente con diabetes:"	34 (23,8)	57 (39,9)	13 (9,1)	17 (11,9)	22 (15,4)
13	"Considero que de todas las complicaciones micro-vasculares (nefropatía, retinopatía y neuropatía) la neuropatía diabética es la menos grave"	9 (6,3)	32 (22,4)	26 (18,2)	27 (18,9)	49 (34,3)
14	"En mi opinión la presencia de neuropatía diabética, por ser una complicación micro-vascular no conlleva mayor riesgo cardiovascular para el paciente"	13 (9,1)	18 (12,6)	10 (7,0)	39 (27,3)	66 (44,1)
15	"Cuando tengo una paciente con diagnóstico conocido de neuropatía diabética, prefiero referirlo para un manejo especializado"	49 (34,3)	47 (32,9)	11 (7,7)	20 (14)	16 (11,2)
16	"Creo que el tratamiento analgésico de la neuropatía diabética es generalmente frustrante ya que no logra aliviar lo suficientemente a los pacientes"	42 (29,4)	63 (44,1)	7 (4,9)	15 (10,5)	16 (11,2)
17	"Debo confesar que tengo temor de usar y/o titular la dosis de la medicación analgésica anti-neuropática (gabapentina, pregabalina, tramadol, amitriptilina, etc.) debido a los efectos colaterales que ello podría conllevar"	18 (12,6)	54 (37,8)	9 (6,3)	31 (21,7)	31 (21,7)

Fuente elaboración propia



DISCUSIÓN

Como podemos apreciar en la tabla N° 1 en relación a las características socio-demográficas de los participantes, la edad promedio de los médicos fue 41,37(\pm 10,101) años, siendo 13,45 (\pm 9,519) años, el promedio de tiempo de ejercicio profesional. La mayor proporción de los encuestados fueron médicos generales con un 69,2%, procedentes de Perú en un 72% y la proporción de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que son evaluados en la consulta de los encuestados es entre 10 – 25% (1 de cada 10 a 1 de cada 4 pacientes) en el 44% de los médicos y 25 – 50% (1 de cada 4 a 1 de cada 2 pacientes) en el 29,4%. Este dato es muy relevante, ya que nos da una idea del grado de “necesidad” de conocer las competencias y actitudes de los médicos en el abordaje de la neuropatía diabética, dada la relativa frecuencia con la que evalúan pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en su consulta diaria.

Cuando se les preguntó a los médicos encuestados, en relación a la proporción de pacientes con diabetes mellitus que tienen el diagnóstico de neuropatía diabética en su consulta, el 23,8% refirió una cifra de menos del 5% de sus pacientes y un 20,3% entre 5 – 10%, lo que significa, que 44,1% de los médicos reportan el diagnóstico de neuropatía diabética en menos del 10% de sus pacientes. Esta cifra contrasta con lo hallado en estudios internacionales como el de Young MJ⁽⁵⁾ et. al., un estudio multicéntrico del Reino Unido, en el que la prevalencia de neuropatía diabética periférica fue de 20,8% (19,1-22,5%) en pacientes con diabetes de duración inferior a 5 años y en el 36,8% (34,9-38,7%) de aquellos con diabetes de duración superior a los 10 años.

En estudios nacionales, como el realizado por Ray Ticse et. al. en el Hospital Cayetano Heredia (Lima – Perú) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2⁽⁶⁾, la frecuencia de neuropatía periférica hallada fue aún mayor, alcanzando cifras de 96,8% según estudios de velocidad de conducción nerviosa y 45% empleando el Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI) lo que nos da una idea entonces, del significativo sub-diagnóstico de dicha complicación en la consulta diaria de los encuestados. Cuando analizamos las respuestas vertidas en relación al ítem 1 de la escala de actitudes, podemos apreciar, que la mayor proporción de los encuestados, están totalmente de acuerdo (30,1%) y

parcialmente de acuerdo (27,3%) con la afirmación en la que reconocen que priorizan el control metabólico (glicémico, lipídico y de la presión arterial), postergando la evaluación de las complicaciones; lo cual guarda relación, con lo afirmado en el ítem 2 en el que cerca de la tercera parte de los encuestados están total y parcialmente de acuerdo (35%) en que de todas las complicaciones microvasculares, la neuropatía diabética es la menos evaluada. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Malik RA et. al.⁽⁷⁾, en su estudio Perceptions of Painful Diabetic Peripheral Neuropath in South-East Asia: Results from Patient and Physician, estudio en el que los médicos se muestran “extremadamente motivados” para el control de la hemoglobina glicada, mantenimiento de la función renal, el manejo de los lípidos y mucho menos para abordar la neuropatía diabética dolorosa.

Si ahora evaluamos las actitudes en relación al diagnóstico de la neuropatía diabética, vemos que de los médicos encuestados, el 42% están totalmente de acuerdo y el 38,5% parcialmente de acuerdo en aceptar que el diagnóstico de la neuropatía diabética lo hacen en función de los síntomas y signos referidos por el paciente. Sin embargo, es importante señalar, que el 50% de los pacientes que cursan con neuropatía diabética son asintomáticos, lo cual puede explicar, el gran sub-diagnóstico reportado por los encuestados. El examen físico, es un paso fundamental en el abordaje diagnóstico de cualquier patología, incluida la neuropatía diabética, por lo que sorprende que el 43,4% de los encuestados están total y parcialmente de acuerdo en reconocer, que no acostumbran examinar los pies de los pacientes con diabetes, salvo, que el paciente se los pida o que exista una lesión ulcerativa de por medio.

Entonces vemos, que las respuestas de estos 2 últimos ítems tienen un efecto sinérgico negativo, ya que si el 80,5% de los médicos sólo basan su diagnóstico en los síntomas y el 43,4% no acostumbra examinar los pies de sus pacientes, la probabilidad de diagnosticar neuropatía se va diluyendo. Precisamente, el examen físico de evaluación de los pies, requiere una sistematización metodológica estandarizada para poder examinar tanto la fibra nerviosa gruesa como la fibra delgada así como un registro de los hallazgos clínicos, a fin de poder hacer el seguimiento evolutivo de una enfermedad crónica que está asociada a



complicaciones también crónicas; por eso sorprende, que en el ítem 5, 6 y 7, que tienen que ver con dichos procesos, una gran proporción de los encuestados: 42,7% para el ítem 5, 51,8% para el ítem 6 y 60,9% para el ítem 7 están total y parcialmente de acuerdo en aceptar que no sistematizan su evaluación, no registran sus hallazgos ni usan escalas de dolor y no están familiarizados con el uso de formatos estandarizados de screening de neuropatía diabética respectivamente. Esto nos lleva a la reflexión, de que la complejidad y la extensión de los instrumentos de screening, es un factor crucial en su utilidad, ya que el tiempo disponible para la evaluación en la consulta es escaso, como se ratifica en el ítem 11 por el 85% de los encuestados, quienes están total y parcialmente de acuerdo en afirmar, que aún siendo conscientes de que deben realizar un examen completo, no pueden hacerlo por falta de tiempo en su consulta médica.

Como sabemos, la neuropatía diabética es un diagnóstico de exclusión, y aunque en la mayoría de los casos, la diabetes será la responsable etiológica de su aparición, existe un 10%, según el Rochester Diabetic Neuropathy Study de pacientes con diabetes cuya neuropatía está filiada a otras causas⁽⁸⁾. A esto debemos agregar, que según las guías actuales publicadas⁽⁹⁾, para el abordaje de la neuropatía diabética es importante tener en cuenta, hallazgos de laboratorio anormales relevantes, que deban ser incluidos en el diagnóstico diferencial, como la deficiencia de vitamina B12, el hipotiroidismo entre otros. En relación con este punto, la mayor parte de los encuestados: 71,4%, están total y parcialmente de acuerdo en reconocer, que el aspecto más difícil del diagnóstico correcto de la neuropatía diabética, es precisamente el diagnóstico diferencial.

Cuando analizamos lo vertido en los ítems 9 y 10, vemos que el 66,5% de los médicos no usan ningún instrumento (diapasón, monofilamento, etc.) para hacer el diagnóstico de neuropatía, el cual es básicamente, según lo referido, basado en los síntomas, y podríamos pensar entonces, que sólo es un tema de disponibilidad de tal instrumento lo cual es parcialmente cierto ya que en el ítem 10, el 39,9% de los encuestados, están total y parcialmente de acuerdo en reconocer que aunque tuvieran los instrumentos NO LOS USARÍAN por distintas razones. Este último aspecto es muy relevante desde el punto de vista de la salud pública, ya que como vemos, no sólo se trata de la

disponibilidad logística necesaria, sino también de aspectos educacionales, administrativos y actitudinales como venimos incidiendo. Y esto queda reflejado en los ítems 12 y 15 en los que una gran proporción de los médicos: 63,7% están total y parcialmente de acuerdo en reconocer, que no tienen la experticia que quisieran tener para el diagnóstico de neuropatía diabética, lo cual guarda relación con el hecho que el 67,2% de ellos, prefieren referir a un paciente con tal diagnóstico para manejo especializado.

Finalmente, y no menos importante, es discutir los aspectos relacionados a las actitudes en relación al abordaje farmacológico de la neuropatía diabética y esto se ve reflejado en el ítem 16, según el cual, el 73,5% de los médicos están total y parcialmente de acuerdo en considerar que el tratamiento analgésico de la neuropatía diabética es frustrante y según el ítem 17: 50,4% de ellos, reconoce tener temor de titular la dosis de la medicación anti-neuropática por los efectos colaterales que ello podría conllevar en el paciente, lo que probablemente aumenta más la frustración de no poder aliviar lo suficientemente a los pacientes que cursan con dolor neuropático. De hecho, según la información disponible, ninguno de los fármacos de primera línea es universalmente efectivo o tolerado, aún en combinación, requiriéndose por lo menos un 30% de disminución del dolor para determinar su efectividad y un 50% para impactar en la calidad de vida de los pacientes afectados⁽¹⁰⁾.

CONCLUSIONES

No cabe duda de que la diabetes mellitus ha adquirido rasgos epidémicos y que existe una brecha en el abordaje de sus complicaciones, siendo la neuropatía diabética una de las más postergadas en cuanto a su prevención, reconocimiento y tratamiento tempranos. Se hace necesario dentro del abordaje de la neuropatía diabética, una visión holística, que incluya no sólo aspectos cognitivos que al parecer no alcanzan lo suficientemente, como para poner los reflectores en ella, sino también tener en cuenta los aspectos actitudinales que están relacionados con la predisposición que los profesionales de la salud tenemos frente a determinadas patologías y que se convierten en el motor que impulsa o no la necesidad de afrontarlas. Esa predisposición involucra diferentes dimensiones del abordaje de la neuropatía diabética como su priorización, estratificación de riesgo,





diagnóstico y tratamiento, abordaje en el cual hemos podido apreciar, una tendencia a la priorización del control metabólico y de otras complicaciones microvasculares, a la subestimación del impacto en el riesgo cardiovascular del paciente, al sub-diagnóstico, al "sub-tratamiento" y a la necesidad de referir en general a los pacientes afectados para manejo especializado. Se requieren intervenciones educativas potentes que tomen en cuenta no sólo los conocimientos, sino también las percepciones y las actitudes de aquellos que van a ser educados.

LIMITACIONES

El presente estudio incluyó a la totalidad de médicos

participantes de un programa de entrenamiento en neuropatía diabética, antes de la impartición del mismo, no habiendo sido seleccionados en consecuencia, de manera aleatoria, y dificultando, por ende, la generalización de los resultados. Asimismo, no se incluyeron a todas las especialidades médicas involucradas en la atención de esta complicación, lo que permitiría estratificar las actitudes según la experticia de los participantes.

AGRADECIMIENTOS

A los participantes del Programa de entrenamiento por su activa participación

Contribuciones de autoría: El autor participo en la redacción, conceptualización, diseño del artículo, recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y aprobación de la versión final.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflictos de intereses: El autor declara no tener conflicto de interés.

Recibido: 20 de Octubre, 2023.

Aprobado: 04 de Diciembre, 2023.

Correspondencia: John Longa López.

Dirección: Calle Doña Nelly 566 – Dpto 401. Urb. Santa Rosa de Surco 2da etapa – Santiago de Surco, Lima-Perú.

Teléfono: (+51) 959912710

Correo electrónico: johnlonga@gmail.com

REFERENCIAS

- 1.- Seclen SN, Rosas ME, Arias AJ, Medina CA. Elevated incidence rates of diabetes in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population-based longitudinal study. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2017 Jul 19;5(1):e000401. doi: 10.1136/bmjdr-2017-000401. PMID: 28878935;PMCID:PMC5574423
- 2.- Pirart J. Diabète et complications dégénératives. Présentation d'une étude prospective portant sur 4400 cas observés entre 1947 et 1973 (troisième et dernière partie) [Diabetes mellitus and its degenerative complications: a prospective study of 4,400 patients observed between 1947 and 1973 (3rd and last part) (author's transl)]. *Diabète Metab*. 1977 Dec;3(4):245-56. French. PMID: 598565.
- 3.- Ziegler D, Strom A, Lobmann R, Reiners K, Rett K, Schnell O. High prevalence of diagnosed and undiagnosed polyneuropathy in subjects with and without diabetes participating in a nationwide educational initiative (PROTECT study). *J Diabetes Complications*. 2015 Nov-Dec;29(8):998-1002. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2015.09.008. Epub 2015 Sep 14. PMID: 26482177.
- 4.- Zhao, N., Xu, J., Zhou, Q. et al. Screening behaviors for diabetic foot risk and their influencing factors among general practitioners: a cross-sectional study in Changsha, China. *BMC Prim. Care* 24, 68 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02027-3>
- 5.- Young MJ, Boulton AJ, MacLeod AF, Williams DR, Sonksen PH. A multicentre study of the prevalence of diabetic peripheral neuropathy in the United Kingdom hospital clinic population. *Diabetologia*. 1993 Feb;36(2):150-4. doi: 10.1007/BF00400697. PMID: 8458529.
- 6.- Tisce R, Pimentel R, Mazzeti P, Villena J. Elevada frecuencia de neuropatía periférica en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 de un hospital general de Lima-Perú. *Rev Med Hered*. 2013;24:114-121.
- 7.- Malik RA, Aldinc E, Chan SP, Deerochanawong C, Hwu CM, Rosales RL, Yeung CY, Fujii K, Parsons B. Perceptions of Painful Diabetic Peripheral Neuropathy in South-East Asia: Results from Patient and Physician Surveys. *Adv Ther*. 2017 Jun;34(6):1426-1437. doi: 10.1007/s12325-017-0536-5. Epub 2017 May 13. PMID: 28502036;PMCID:PMC5487881.
- 8.- Dyck PJ, Kratz KM, Karnes JL, Litchy WJ, Klein R, Pach JM, Wilson DM, O'Brien PC, Melton LJ 3rd, Service FJ. The prevalence by staged severity of various types of diabetic neuropathy, retinopathy, and nephropathy in a population-based cohort: the Rochester Diabetic Neuropathy Study. *Neurology*. 1993 Apr;43(4):817-24. doi: 10.1212/wnl.43.4.817. Erratum in: *Neurology* 1993 Nov;43(11):2345. PMID: 8469345.
- 9.- Dan Ziegler, Solomon Tesfaye, Vincenza Spallone, Irina Gurieva, Juma Al Kaabi, Boris Mankovsky, Emil Martinka, Gabriela Radulian, Khue Thy Nguyen, Alin O Stirban, Tsvetalina Tankova, Tamas Varkonyi, Roy Freeman, Peter Kempler, Andrew JM Boulton. Screening, diagnosis and management of diabetic sensorimotor polyneuropathy in clinical practice: International expert consensus recommendations. *diabetes research and clinical practice* 186 (2022) 109063.
- 10.- Price R, Smith D, Franklin G, Gronseth G, Pignone M, David WS, Armon C, Perkins BA, Bril V, Rae-Grant A, Halperin J, Licking N, O'Brien MD, Wessels SR, MacGregor LC, Fink K, Harkless LB, Colbert L, Callaghan BC. Oral and Topical Treatment of Painful Diabetic Polyneuropathy: Practice Guideline Update Summary: Report of the AAN Guideline Subcommittee. *Neurology*. 2022 Jan 4;98(1):31-43. doi: 10.1212/WNL.0000000000013038. PMID: 34965987.

