

CENTRO DE ATENCION AL PACIENTE DIABETICO GUANTANAMO

CARACTERIZACIÓN DE DIABÉTICAS EN EDAD FÉRTIL

Dra. Biolkis Duvergel Pérez¹, Dr. Jonhnis Duvergel Pérez², Dra. Miralvis Mijans Fernández³, Dra. Lisandra Francis Jarrosay⁴, Dr. Ángel Ramos Casamayor.⁵

1 Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Endocrinología. Instructor.

2 Máster en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.

3 Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor.

4 Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de I Grado en Endocrinología.

5 Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecología. Instructor.

RESUMEN

Se realiza un estudio de las diabéticas en edad fértil (15-49 años), dispensarizadas en el Centro de Atención al Paciente Diabético (CAD) de Guantánamo, con el objetivo de conocer el control metabólico y método de anticoncepción. Se revisa en la historia clínica el último año transcurrido, obteniéndose las variables cualitativas y cuantitativas siguientes: tipo de diabetes, índice de masa corporal, se precisan las glucemias realizadas a través de la consulta de seguimiento durante el año. Se buscan complicaciones y tratamiento, así como presencia del tipo de anticonceptivo. Se evidencia predominio de sobrepeso y obesidad en diabetes mellitas así como el deficiente control metabólico, este último más frecuente en pacientes insulino tratadas como terapéutica única. Se encontró esterilización como método anticonceptivo más frecuente. Se plantea necesidad de mejorar el control metabólico de las diabéticas que permita la búsqueda del momento oportuno de la gestación.

Palabras clave: mujeres diabéticas, edad fértil.

INTRODUCCION

Uno de los retos que debe enfrentar el nuevo milenio es el de garantizar una adecuada salud reproductiva a los habitantes de nuestro planeta. Dentro de esa población están comprendidas las personas con diabetes mellitas (DM), que en el año 2020 deben superar la cifra de 300 000 000.¹

Antes del inicio de la insulina pocas mujeres diabéticas llegaban a la edad reproductiva y, en caso de ocurrir un embarazo, su resultado era desfavorable, tanto para la madre como para el feto.^{2,3}

En los últimos 70 años, los riesgos asociados con el embarazo de la diabética han disminuido considerablemente y han permitido acercar los pronósticos materno y fetal a los de la población no diabética.⁴ Sin embargo, aún se mantiene elevada la frecuencia de malformaciones congénitas en el hijo de madre diabética y esto se asocia sobre todo a la hiperglicemia con que la mujer diabética llega al momento de la concepción. Tanto la espera de estas condiciones metabólicas favorables como la presencia de complicaciones inherentes a su condición diabética pudieran desaconsejar un embarazo, temporal o definitivamente, y ser necesario el uso de métodos contraceptivos adecuados que eviten una gestación no planificada.⁵

La DM es una condición que afecta en nuestro país entre el 4 y 6 % de los partos, anualmente la padecerán alrededor de 9 000 gestantes a las cuales es necesario diagnosticar y, por ende, tratar oportunamente para evitar el deterioro permanente de su estado metabólico y lograr un estricto control en el momento de la concepción, así como reducir la incidencia de malformaciones congénitas, tales como: catarata bilateral y doble arco aórtico, macrosomía fetal y parto pretérmino, además del riesgo potencial (2.5 veces mayor) de desarrollar DM tipo I a temprana edad. Pueden darse igualmente, complicaciones maternas como enfermedad cardiovascular severa, insuficiencia renal crónica y retinopatía proliferativa.

Para lograr un buen indicador de salud del binomio madre-feto es necesario que existan las condiciones biológicas y psicológicas adecuadas, además de recibir una adecuada atención de salud durante el período gestacional, parto y puerperio.⁶

Con excepción de Cuba, donde se cuenta con un programa integral de salud con enfoque preventivo comunitario, en el resto de Latinoamérica a pesar de los esfuerzos realizados en materia de salud comunitaria, la atención médica no es integral y está limitada en un gran porcentaje a la labor asistencial.⁷

Se han comenzado a dar grandes pasos en las labores de promoción y prevención pero aún queda mucho por hacer para dar un enfoque de riesgo a un problema tan serio y urgente como el riesgo reproductivo preconcepcional y garantizar una maternidad sin riesgos. Según un informe de la Instancia Coordinadora de Acciones Políticas por la Salud y Desarrollo de la Mujer, cada año se presentan víctimas por causas relacionadas con la maternidad en mujeres que presentaban factores de riesgo, lo cual coincidentemente ubica estos como principales causas de muerte en mujeres en edad reproductiva.⁸⁻¹⁰

Esta problemática se agudiza en zonas rurales, pequeñas comunidades o aldeas, donde la natalidad es muy elevada pues la pareja desconoce la importancia de la planificación familiar, sobre todo en los casos en que en la mujer presente algún riesgo de tipo biológico, psicológico o socioeconómico para la reproducción, los cuales deben ser puestos en conocimiento de la pareja para planificar adecuadamente sus embarazos y poder eliminar o atenuar las consecuencias de los mismos.

METODO

Se realiza un estudio de diabéticas en edad fértil (15-49 años), dispensarizadas en consulta programada en el Centro de Atención al Paciente Diabético de la provincia Guantánamo, con el objetivo de conocer el control metabólico y método de anticoncepción de las mismas.

El universo está constituido por 43 mujeres. Se realiza una revisión de la historia clínica del último año transcurrido y los datos son plasmados en ficheros de vaciamiento confeccionados para el efecto, donde se toman las variables cualitativas y cuantitativas siguientes: tipo de diabetes, índice de masa corporal (IMC). Se precisan las glucemias realizadas a través de las consultas de seguimiento durante el año, así como las complicaciones, tratamiento y tipo de anticonceptivo empleado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El total de pacientes diabéticas dispensarizadas y que asisten por consulta programada al centro de estudio en edad reproductiva fueron 43 pacientes: 14 diabéticas tipo I (32.5 %) y 29 diabéticas tipo II (67.4 %) (Tabla 1).

Este predominio por la diabetes tipo II se explica debido a que existe una mayor expectativa de vida y un envejecimiento relativo de la

población, que paradójicamente ha favorecido el incremento en la prevalencia de la diabetes, la cual aumenta con la edad al tener poblaciones más añosas. Indiscutiblemente la diabetes mellitus tipo II representa más del 90 % del total de los casos de diabetes en todas las regiones del mundo.¹¹

Al evaluar las mujeres diabéticas en edad fértil observamos que la proporción diabéticas tipo I y diabéticas tipo II fue superior a otras series estudiadas en el país, en poblaciones seleccionadas de diabéticos adultos de ambos sexos, donde aparecieron 15.0 y 26.8 %.^{12,13} Comportamiento similar a nuestro estudio encontramos en el estudio realizado por Lang.¹⁴

En nuestra serie, de acuerdo con el índice de masa corporal (IMC), 28 se encontraban sobrepeso (51.6 %) y obesas (38.7 %); fundamentalmente las de tipo II. Las diabéticas tipo I (78.5 %) eran normopeso (Tabla 2).

En el mundo unos de los factores de riesgo de primer orden para la aparición de diabetes mellitus es la obesidad, y hoy en día se conoce que interviene en el mecanismo fisiopatológico de la diabetes tipo II aumentando la insulinoresistencia en los tejidos periféricos, lo cual desborda la capacidad pancreática y desencadenan este tipo de DM.¹⁶ Estudios realizados en nuestro país encontraron similares resultados atribuyendo la misma razón.

Se apreció que tanto en las pacientes tipo I como en las tipo II el control metabólico fue malo, con el 64.2 y 75.8 %, respectivamente, asociado en su mayoría con el sobrepeso y la obesidad, y el buen control con el normopeso (Tabla 3).

En nueve de las pacientes el control fue malo porque no hubo un correcto seguimiento en consulta pues solo presentaban una o dos glucemias en el período evaluado, además, en este tipo de diabetes se encuentra el mayor porcentaje de pacientes con sobrepeso corporal lo que hace que la insulina no actúe adecuadamente utilizando la glucosa en los tejidos periféricos y, por lo tanto, manteniéndose alta en sangre, mientras el normopeso, además, de estilo de vida saludable va muy relacionado con el buen control metabólico.^{15,16}

En este estudio se evidenció que el mal control metabólico estuvo relacionado con las pacientes tratadas solo con insulina (48.2 %), seguido de las pacientes que tomaban solo tabletas (27.5 %) (Tabla 4).

La introducción de la terapia insulínica en el tratamiento de la diabetes y, en particular durante el embarazo, ha permitido lograr un control metabólico óptimo¹⁷ antes y durante el embarazo que evita o retarda las

complicaciones, lo que difiere de lo encontrado en nuestro estudio a pesar que el tratamiento insulínico fue basado en esquema de insulina lenta en una o dos dosis, lo que permite reflexionar a favor de la terapia insulínica intensiva o sea esquema de tres dosis de insulina o cuatro de insulina regular para lograr un control adecuado.¹⁷

Todas las pacientes de la serie estaban protegidas, aunque 10 de ellas presentaban como método anticonceptivo el método del ritmo (23.2 %), y la misma cantidad de pacientes utilizó preservativos. En la serie predominó la esterilización como contraceptivo más usado (39.5 %), fundamentalmente en las diabéticas tipo II (Tabla 5).

Si tenemos en cuenta que la elección de un método contraceptivo en la mujer diabética depende de diferentes condiciones, tales como: edad, grado y estabilidad del control metabólico, número de hijos, presencia de complicaciones, grado de cooperación, aceptabilidad y comprensión del método aconsejado y la disponibilidad de éste, comprenderemos la importancia de que esto forme parte de sus conocimientos.¹⁴

Al analizar la conducta contraceptiva de las diabéticas estudiadas, llama la atención, en primer lugar, el alto índice del uso del método del ritmo (23.2 %). Esto demuestra serias deficiencias en la prevención primaria de complicaciones maternas y perinatales, pues para su aplicación se necesita de gran conocimiento del ciclo menstrual y correcta interpretación de los resultados por lo que se utiliza en un porcentaje bajo de pacientes según Garrido.¹⁸; aspecto no encontrado en nuestro estudio. Además, el descontrol metabólico influye de forma negativa en los ciclos menstruales regulares por lo que hace menos confiable este método en mujeres diabéticas.

El método más utilizado fue la esterilización (39.5%), estudios anteriores de Lang¹³ y Bustillo¹⁴ encontraron frecuencias similares. Lang relacionó que esta alta frecuencia de esterilización se deba a la prevención de complicaciones en la mujer diabética, tales como enfermedad cardiovascular severa, insuficiencia renal crónica y retinopatía proliferativa, además de la política de limitar el número de hijos en este grupo de riesgo a no más de dos.

En segundo lugar se encontró la utilización del preservativo (23.5 %). Resultados desalentadores encontraron Lang¹³ y Bustillo¹⁴ con el 2.7 % respecto a esterilización y el 8.7 % al condón. En un mundo donde el fantasma del sida ha aumentado la frecuencia del uso del preservativo, cerca de 30 millones de parejas utilizan el condón como método para evitar embarazos, para impedir que los espermatozoides invadan el canal cervical, teniendo en cuenta la condición de ser diabética de nuestras pacientes evitaría la transmisión de otras enfermedades

oportunistas que influirían negativamente en el control metabólico de las mismas.¹⁹

Entre las complicaciones más frecuentes se determinó polineuropatía diabética (34.8 %), seguida de hiperlipoproteinemia (17.2 %) e hipertensión arterial (11.6 %) (Tabla 6).

Tanto la polineuropatía diabética como la hiperlipoproteinemia fueron significativamente mayores en las diabéticas tipo II que en la tipo I, lo cual estaría relacionado en nuestra serie por el mal control metabólico encontrado en estas pacientes. La frecuencia de estas complicaciones coincide con los estudios realizados en el mundo asociado, fundamentalmente, al mal control metabólico que presentaban las pacientes lo cual acelera las complicaciones micro y macrovasculares.²⁰ Es evidente que lo ideal para una mujer diabética sería lograr la gestación en ausencia de complicaciones crónicas avanzadas o, de existir éstas, que estén en estadios incipientes. Sin embargo, en la práctica clínica diaria esto no siempre es así.

La DM es una condición de riesgo importante en las mujeres en edad fértil, garantizar su control permite la elección del momento oportuno de la gestación o, de lo contrario, utilizar métodos anticonceptivos, para de esta forma disminuir la morbilidad madre-feto.

CONCLUSIONES

- Predominó el grupo de diabéticas tipo II, con sobrepeso y obesas.
- Se evidenció mal control metabólico en pacientes que se trataban solamente con insulina.
- La mayoría de las pacientes utiliza el método de esterilización, seguido por el uso del preservativo.
- Entre las complicaciones más frecuentes se encontró la polineuropatía, seguida de Hiperlipoproteinemia e hipertensión arterial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo [artículo en Internet]. 2005 enero. Disponible en: www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16.
2. Comisión de la familia, la mujer y al niñez. Políticas públicas municipales a favor de la niñez y la adolescencia. Período 2005-2007.

3. Valdés L. Riesgo preconcepcional en la mujer diabética. Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010 ;36(1):12.
4. Morejón T, De Jesús A, Hernández E, Domínguez M. Riesgo preconcepcional en mujeres del consultorio No.1 del Policlínico Carlos Verdugo. Rev medica electron[serie en internet]. nov-dic. 2008[citado[22 oct 2009];(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu>
5. Valdés L, Santana O. Diabetes mellitus y gestación. En: Rigol O, editor científico. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.191-7.
6. Valdés E, Vázquez M, Cataldo P. Diabetes y Embarazo. En: Salinas H, Parra M, Valdés E, Carmona S, Opazo D, editores. Obstetricia. Santiago de Chile: Universidad de Chile;2005.p.315-28.
7. López G. Diabetes y embarazo. En: García de los Ríos M. Durruty P, editores. Diabetes Mellitus. 2ªed. Santiago de Chile: Ed. Fundación de Investigación y Perfeccionamiento Médico;2003.p.279-96.
8. Nazer J, García M, Cifuentes L. Malformaciones congénitas en hijos de madres con diabetes gestacional. Rev Med Chile. 2005;133(5):547-54.
9. Labori R, José R, Guerra D, Mock H. Modificación de los Conocimientos sobre la hipertensión arterial en mujeres con riesgo preconcepcional. Rev Atenc primaria[serie en internet]. 2008[citado: 12 dic 2009]; (4). Disponible en: <http://external.doyma.es>
10. Fernández R, Crespo E, Estrada A, Rodríguez K. Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional. Arch méd Camaguey[serie en internet]. mayo-jun. 2008[citado: 12 dic 2009]; (3):[7]. Disponible en: <http://http://scielo.sld.cu>
11. Canadian Diabetes Association. Dyslipidemia in Adults with Diabetes. Canadian Journal of Diabetes 2006; 30(3): 230-240.
12. Díaz O, Mateo de Acosta O. La diabetes mellitus como problema de salud pública en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol. 1975; 13:93-9.
13. Lang L, Castelo. Diabeticas en edad fertily complicaciones. Ciudad de la habana. Rev Cubana de Endoc. 1998;9 (2):108-115.

- 14.Lang J, Márquez A, Valdés L, Rodríguez BR, Santana O, Pérez J et al. Conocimientos sobre diabetes y embarazo en mujeres diabéticas en edad fértil en un área de salud de Ciudad de La Habana. *Avan Diabetol.* 1992; 5:207-14.
- 15.IDF Clinical Guidelines Task Force. *Global Guideline for type 2 diabetes.* Brussels: International Diabetes Federation; 2005.
- 16.Sierra ID, Olimpo C. Prescripción del ejercicio. En: Sierra ID, Olimpo C, editores. *Hacia el manejo práctico de la Diabetes Mellitus Tipo 2.* 2ªed. Copenhague: Ed Novo Nordisk; 2005.p.49-55.
- 17.Restrepo P, Sandoval JD. Aproximación práctica a la insulinoterapia. *Rev MedUNAB.* 2006; 9(1):51-7.
- 18.Garrido Rodríguez L. Planificación familiar y contracepción en Álvarez Síntes. *Temas de Medicina General Integral.* 2ªed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2001; p. 256-257.
- 19.OMS. *Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.* 3ªed. Ginebra: OMS; 2005.
- 20.Sierra ID, Olimpo C. Realización de dietas. En: Sierra ID, Olimpo C, editores. *Hacia el manejo práctico de la Diabetes Mellitus Tipo 2.* 2ªed. Copenhague: Ed. Novo Nordisk; 2005.p.77-80.

Tabla 1. Tipo de diabetes mellitus (DM).

TIPO DE DIABETES MELLITUS	No.	%
DM tipo 1	14	32.5
DM tipo 2	29	67.4
<i>TOTAL</i>	<i>43</i>	<i>100.0</i>

Tabla 2. Índice de masa corporal (IMC).

IMC	DM TIPO I		DM TIPO II		TOTALI	
	No.	%	No.	%	No.	%
Normopeso	11	78.5	4	13.7	15	48.3
Sobrepeso	2	14.2	14	48.2	16	51.6
Obesas	1	7.1	11	37.9	12	38.7
<i>TOTAL</i>	<i>14</i>	<i>100.0</i>	<i>29</i>	<i>100.0</i>	<i>43</i>	<i>100.0</i>

Tabla 3. Grado de control metabólico y tipo de DM.

GRADO	DM TIPO I		DM TIPO II		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bueno	2	14.2	3	10.3	5	11.6
Aceptable	4	28.5	3	10.3	7	16.2
Malo	9	64.2	22	75.8	31	72.0
<i>TOTAL</i>	<i>14</i>	<i>100.0</i>	<i>29</i>	<i>100.0</i>	<i>43</i>	<i>100.0</i>

Tabla 4. Grado de control metabólico según terapéutica.

GRADO	BUENO		MALO		ACEPTABLE	
	No.	%	No.	%	No.	%
Dieta	1	16.6	1	3.4	1	12.5
Dieta + COH	3	50.0	8	27.5	2	25.0
Dieta+ Insulina	2	33.3	14	48.2	5	62.5
Dieta + COH + Insulina	-		6	20.6	-	
<i>TOTAL</i>	6	<i>100.0</i>	29	<i>100.0</i>	8	<i>100.0</i>

Tabla 5. Uso de contraceptivos y tipo de DM.

CONTRACEPTIVO	DM TIPO I		DM TIPO II		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguno	-	-	-	-	-	-
Método del ritmo	4	28.5	6	20.5	10	23.2
Preservativo	4	28.5	6	20.5	10	23.2
DIU	3	75.0	3	10.3	6	13.9
Esterilización	3	75.0	14	48.2	17	39.5

Tabla 6. Complicaciones.

COMPLICACIONES	DM TIPO I		DM TIPO II		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguna	5	3.7	11	37.9	16	37.2
Retinopatía no proliferativa	-	-	1	3.4	1	2.3
Retinopatía proliferativa	2	14.2			2	4.6
Polineuropatía	5	35.7	10	34.8	15	34,8
Cardiopatía isquémica	-	-	2	6.8	2	4.6
Hipertensión arterial	2	18.2	3	33.3	5	11.6
Nefropatía diabética	-	-	2	6.8	2	4,6
Infección urinaria	-	-	-	-	-	-
Mal perforante plantar	-	-	3	10.3	3	6.9
Pie diabético	-	-	1	3.4	1	2.3
Otras infecciones	-	-	-	-	-	-
Hiperlipoproteinemia	-	-	5	17.2	5	11.6