

POLICLINICO UNIVERSITARIO
PARAGUAY
GUANTANAMO

**CARACTERIZACION DE DIABETES
MELLITUS EN AREA DE SALUD PARAGUAY**

Dr. Roilan García Noblet¹, Dr. Andrés Manuel Hernández Peña², Dr. Oscar Soto Martínez³, Dr. Yindra Dorribo Noblet⁴, Dra. Anelys Franco Bonal.⁵

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo en 60 pacientes diabéticos del área de salud del Policlínico Universitario "Paraguay" del municipio Guantánamo, de enero a diciembre de 2008. El universo está compuesto por los 4 813 habitantes del área. Se compilan los datos a través de entrevista aplicada en la investigación. Las variables estudiadas son: edad, sexo, edad de inicio de la enfermedad, peso, talla, índice de masa corporal, tipo de diabetes, tratamiento actual, tiempo de evolución clínica de la enfermedad y complicaciones crónicas macro y microvasculares. Los mayores de 60 años predominan, al igual que el sexo femenino. El 61.7 % presenta diabetes mellitus tipo II sin obesidad. La complicación más frecuente es cardiopatía isquémica, sobre todo en los que tienen menos de 5 años de evolución clínica, seguido de neuropatía periférica y amputaciones en pacientes con más de 10 años de evolución clínica.

Palabras clave: DIABETES MELLITUS/diagnóstico, DIABETES MELLITUS/complicaciones.

INTRODUCCION

La diabetes mellitus (DM) es hoy un problema creciente de salud tanto para el mundo desarrollado como para el subdesarrollado. En el año 2005 existían ya 171 millones de personas con diabetes y se pronostican 239 millones para el año 2010 y 342 millones para el año 2031. La DM es un síndrome heterogéneo

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor.

² Especialista de II Grado en Pediatría.

³ Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

⁵ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.

originado por la interacción genético ambiental, caracterizado por hiperglucemia crónica, consecuencia de un déficit en la secreción acción de la insulina que origina complicaciones agudas o crónicas microvasculares (retinopatía, nefropatía), macrovasculares (cardiopatía coronaria, enfermedad cerebro vascular y vascular periférica) y neuropatía. Afecta a personas de todas las edades, sin distinción de razas o nivel socioeconómico, y se considera un problema universal en aumento.²

El grupo etario de los adultos es el que reúne el mayor número de pacientes con esta enfermedad, y existen más mujeres diabéticas que hombres, aunque hoy la proporción es bastante similar entre ambos géneros. Existe mayor concentración de estos pacientes en zonas urbanas.¹

En Cuba la prevalencia de la enfermedad alcanza cifras de 33.3 en 2006. La provincia de Guantánamo ocupa el 11no. lugar con una tasa de 24.4 por cada mil habitantes.³ Actualmente se tienen más de 12 mil diabéticos diagnosticados en la provincia, se registra en este año el 2.4 % de prevalencia de esa afección crónica no transmisible.⁴

Los estudios cubanos demuestran que en el sexo femenino aparece más frecuentemente y en personas mayores de 60 años.⁶⁻⁸ Existe predominio de obesidad femenina y diabetes tipo II, el tratamiento más utilizado es el hipoglicemiante oral, la duración clínica de la enfermedad está por encima de los 10 años.⁹⁻¹²

En el municipio Guantánamo la DM ocupa la séptima causa de muerte y cuenta actualmente con más de 7 000 diabéticos.⁵ En el área de estudio nunca se había realizado una investigación similar y existe alta recurrencia de pacientes con esta afección.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo en 60 pacientes diabéticos del área de salud de Paraguay perteneciente al II anillo del municipio Guantánamo, durante el período enero-diciembre de 2008, para garantizar acciones de tratamiento, rehabilitación y establecer control estricto sobre esta entidad.

El universo está constituido por los 4 813 habitantes del área. A cada paciente diabético se le realiza entrevista clínica que recoge los siguientes datos: edad, sexo, edad de inicio de la enfermedad, peso, talla, índice de masa

corporal, tipo de diabetes, tratamiento actual, tiempo de evolución clínica de la enfermedad y complicaciones crónicas macro y microvasculares. Se revisan los expedientes clínicos para obtener datos de anamnesis remota y a todos los pacientes se le realiza glicemia en ayuna.

Se procesan datos recogidos y se confeccionan tablas, lo que permite emitir conclusiones.

RESULTADOS Y DISCUSION

El grupo etario más frecuente fue el de 60 años y más (46.7 %), seguido por el de 40-59 (38.3 %). El 70 % de los pacientes estudiados correspondió al sexo femenino (Tabla 1). Nuestro estudio demuestra claramente que la DM es más frecuente en el grupo etario de mayores de 60 años, lo que coincide con otros estudios consultados.^{2,5,6,9,10} El éxito del control de las enfermedades infecciosas y otros avances en la salud pública permiten una expectativa de vida mayor y envejecimiento relativo de la población, que paradójicamente favorece el incremento en la prevalencia de diabetes en esta etapa de la vida.

El tipo de diabetes más frecuente es tipo II no relacionado con la obesidad (61.7 %), seguido por diabetes tipo II relacionado con la obesidad (33.3 %) demostrado porque el 95 % de los pacientes estudiados son diabéticos tipo II (Ver Tabla 2). El tipo de diabetes más frecuente es la tipo II, como lo demuestra el estudio y los realizados con anterioridad^{9,12} Los países con prevalencia extraordinariamente alta son los subdesarrollados, debido a su composición étnica de fuerte influencia aborigen, con rápido fenómeno de urbanización y occidentalización de hábitos de vida.

Mayor importancia tiene su correlación con el índice de masa corporal (Tabla 3), donde prevaleció la DM tipo II sin obesidad, en este caso no coincide con otros autores², si bien el sobrepeso y la obesidad constituyen el principal factor de riesgo relacionado con la aparición de diabetes tipo II, no son los únicos, pues la no incorporación de fibras y vegetales así como el estrés pudieran estar entre los fundamentales.¹²

Según muestra la Tabla 3 el 41.7 % es normopeso, con predominio del sexo masculino (55.6 %); el 35 % de los pacientes son obesos y la mitad tiene algún grado de sobrepeso. La DM tipo II se asocia comúnmente con obesidad, especialmente en la mitad superior del cuerpo y suele presentarse tras un

período de ganancia de peso. El 80 % de los pacientes con DM tipo II tienen sobrepeso y requieren planes de alimentación hipocalóricos pero el deterioro de la tolerancia a la glucosa asociado con el envejecimiento, está estrechamente relacionado con la ganancia de peso normal.¹³

Se puede apreciar en la Tabla 4 que el 78.4 % toma algún hipoglicemiante y el 80.8 % de los pacientes descontrolados lo usan para su control metabólico. En este caso la mayoría de los pacientes para su control tomaba algún hipoglicemiante como se demuestra en la mayoría de los estudios, y tiene relación pues la mayoría de los pacientes son diabéticos tipo II.⁹

La complicación más frecuente en estos pacientes diabéticos es la cardiopatía isquémica (35.0 %), sobre todo en los que tienen menos de 5 años de evolución clínica (20.0 %), le sigue neuropatía periférica (18.3 %) y amputaciones en los que tienen más de 10 años de evolución (8.3 %) (Tabla 5). El factor causal más importante para el desarrollo de las complicaciones en la diabetes es el mal control metabólico (hiperglucemia o nivel de glucosa en la sangre superior al normal de forma mantenida). Por tanto, aquellos diabéticos que mantienen un buen control de su enfermedad desde el mismo momento del diagnóstico, tienen menos posibilidades de desarrollar complicaciones crónicas, tanto vasculares como neurológicas.¹³

En nuestro estudio predominó la cardiopatía isquémica no coincidiendo con algunos autores que plantean que la neuropatía diabética periférica de los miembros inferiores constituye la complicación más frecuente, la cual puede manifestarse con síntomas o sin ellos^{10,11}, en nuestro estudio constituye la segunda causa más frecuente con cierto grado de relación. La tercera causa la constituyen las amputaciones sobre todo en pacientes con más de 10 años de evolución. La retinopatía diabética se incrementa en relación con el tiempo que la persona haya padecido diabetes. Es posible que ocurra antes y sea más severa si la glicemia está mal controlada. Por ello, el control metabólico es de crucial importancia para prevenir su aparición o disminuir la progresión. A mejor control, menor riesgo de desarrollar retinopatía diabética o de que ésta progrese.^{12,13}

CONCLUSIONES

- Predominaron los mayores de 60 años y las féminas, la DM tipo II sin obesidad y pacientes normopesos.
- La mayoría de los pacientes descontrolados tomaba algún hipoglicemiante oral para su control metabólico.
- La complicación más frecuente fue la cardiopatía isquémica sobre todo en los que tienen menos de 5 años de evolución clínica, seguido por las amputaciones en pacientes que tienen más de 10 años de evolución.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Darío Sierra IA, Olimpo Mendivil CA. Hacia el manejo practico de la Diabetes Mellitas. 2ªed. Bogotá : Corporación Estudios; 2005.
2. Díaz O, Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes Mellitas. La Habana: ECIMED; 2007[citado: 23 feb 2009]. Disponible en: www.sld.cu/sitios/diabetes/36k.
3. Zacca Peña E. Anuario Estadístico de Salud. Ciudad de la Habana : ECIMED; 2007.
4. Pérez Rivero JL. Caracterización de la Diabetes Mellitus en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integ. 2002 : 102-106.
5. Barroso Reina H. Prevalencia de diabetes Mellitus en personas de 40 años o más en un área de salud del municipio Ciego de Ávila[serie en Internet]. MEDICIEGO. 2007[citado: 23 feb 2009]; 13(sup1). Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13-supl-07/articulo8-v/3-supl107.
6. Crespo Valdés N. Caracterización de la diabetes Mellitas. Rev Cubana Med Gen Integral. 2003;19(4).
7. Valenciaga Rodríguez JL. Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el municipio de Güines, año 2002. Análisis con énfasis en la terapia medicamentosa Instituto Nacional de Endocrinología. Rev Cubana Endocrinol. 2003;14(2).
8. González Fernández R. Características clínicas de la Diabetes Mellitus en un área de Salud. Rev Cubana Med. 2000; 12: 144- 148.
9. Rodríguez Perón JM. Índice de masa corporal como indicador en la estratificación del riesgo aterogénico para la vigilancia en salud. Rev Cubana Med Milt. 2004; 33.
10. Pérez Caballero MD. Hipertensión Arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana : Editorial Ciencias Medicas; 2006.p.13

11. Darío Escobar I, Rossi AB. Sobrepeso y obesidad incrementan la epidemia de tipo 2. Rev Feder Diabetol Colombiana. 2004; 5(3).
12. Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwits M. Enfermedades Endocrino metabólicas. En: Manual Merck. 11ªed. Madrid: Elsevier; 2007.p.165.
13. Romero Mestre JC, Licea Puig ME. Patogénesis de la polineuropatía diabética Instituto Nacional de Endocrinología. Rev Cubana Endocrinol. 2006;(7)1

TABLA 1. EDAD Y SEXO.

EDAD	Femenino		Masculino		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 19	2	4.8	1	5.6	3	5
20 - 39	4	9.5	2	11.1	6	10
40- 59	16	38.1	7	38.9	23	38.3
Más de 60	20	47.6	8	44.4	28	46.7
TOTAL	42	100	18	100	60	100

TABLA 2. TIPO DE DIABETES Y SEXO.

TIPO DE DIABETES	Femenino		Masculino		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Tipo I	2	4.8	1	5.6	3	5
Tipo II Obeso	16	38.1	4	22.2	20	33.3
Tipo II No Obeso	24	57.1	13	72.2	37	61.7
TOTAL	42	100	18	100	60	100

TABLA 3. INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)Y SEXO.

IMC	Femenino		Masculino		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Delgado	3	7.1	2	11.1	5	8.3
Normopeso	15	35.8	10	55.6	25	41.7
Sobrepeso	7	16.7	2	11.1	9	15
Obeso	17	40.4	4	22.2	21	35
TOTAL	42	100	18	100	60	100

TABLA 4. TIPO DE TRATAMIENTO Y CONTROL METABÓLICO.

TRATAMIENTO	Controlado		Descontrolado		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Dieta	3	8.9	-	-	3	5
Hipoglicemiante oral	26	76.4	21	80.8	47	78.4
Insulina	4	11.8	1	3.9	5	8.3
Hipoglicemiante oral + insulina	1	2.9	4	15.3	5	8.3
TOTAL	34	100	26	100	60	100

TABLA 5. AÑOS DE EVOLUCION Y COMPLICACIONES.

COMPLICACIONES/ TIEMPO DE EVOLUCION (AÑOS)	Menos de 5		Entre 5 – 10		Más de 10		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cardiopatía isquémica	12	20.0	3	5.0	6	10	21	35.0
Accidente vascular encefálico	-	-	3	5.0	1	1.7	4	6.7
Úlceras en miembros inferiores	1	1.7	-	-	-	-	1	1.7
Neuropatía periférica	5	8.3	1	1.7	5	8.3	11	18.3
Retinopatía diabética	-	-	-	-	4	6.7	4	6.7
Nefropatías	-	-	-	-	3	5.0	3	5.0
Amputaciones	-	-	-	-	5	8.3	5	8.3

N = 60