

La Diabetes Mellitus y sus implicaciones sociales y clínicas en México y Latinoamérica

Diabetes Mellitus and its Social and Clinical Implications in Mexico and Latin America

Arnulfo E. Irigoyen Coria,* Amanda Ayala Cortés, ** Omar F. Ramírez de la Roche,*** Erika Calzada Hernández.****

Profesor Asociado C, Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. * Servicio de Trabajo Social. Hospital Nacional Homeopático, Ciudad de México. Secretaría de Salud.** Profesor de la Escuela Nacional de Trabajo Social. Universidad Nacional Autónoma de México.*** Médica Cirujana, Asesora Académica la Editorial Medicina Familiar Mexicana. ****

El punto de partida para vivir bien con diabetes es un diagnóstico precoz: cuanto más tiempo se tarda en diagnosticar la diabetes, peores pueden ser las consecuencias para la salud. Por tanto, en los entornos de atención primaria de salud debería ser fácil acceder a medios de diagnóstico básicos, como los análisis de sangre para determinar la glucemia. Es necesario establecer sistemas para la derivación del paciente desde el facultativo al especialista y viceversa, puesto que los pacientes necesitarán evaluación o tratamiento periódicos especializados en caso de complicaciones. En el caso de las personas ya diagnosticadas con diabetes, existe una serie de intervenciones costoeficaces que pueden mejorar sus resultados, independientemente del tipo de diabetes que tengan. Entre las intervenciones cabe citar: el control de la glucemia, mediante una combinación de dieta, actividad física y, de ser necesario, medicación; el control de la tensión arterial y los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular y otras complicaciones; y exámenes periódicos para detectar daños oculares, renales y en los pies para facilitar la introducción temprana de tratamiento. La gestión de la diabetes puede reforzarse mediante normas y protocolos. Las iniciativas para mejorar la capacidad de diagnóstico y tratamiento de la diabetes deberían aplicarse en el contexto de la gestión integrada de las enfermedades no transmisibles a fin de obtener mejores resultados. Como mínimo, puede combinarse la gestión de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

OMS. Informe mundial sobre la diabetes ¹

En el año de 1955 existían 135 millones de pacientes diabéticos, las estimaciones presentadas por los organismos internacionales reportan que se esperan alrededor de 300 millones para el año 2025. Sin embargo pareciera que las estadísticas recientes valoran que la estimación valorada será rebasada por el aumento de casos. Entre 1995–2025 se ha estimado un incremento de 35% en la prevalencia; predomina en el sexo femenino y es más frecuente en el grupo de edad de 45 a 64 años. Se observa que la prevalencia es mayor en los países con una industria más desarrollada, sin embargo en los países con economía dependiente también van en aumento, así mismo se reporta se ha incremento más en mujeres que en hombres. ²

La diabetes se perfila en la actualidad como uno de los grandes retos para la salud pública, tanto en países desarrollados como en países de ingresos medios y bajos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes afecta entre un 10 % y 15 % de la población adulta de América Latina y el Caribe y se estima que para 2025 la prevalencia alcance los 65 millones de personas. La diabetes no sólo es una enfermedad sino un síndrome heterogéneo en el que confluyen diversos padecimientos crónicos y se caracteriza por su elevada morbilidad y alto riesgo de muerte prematura. ³

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad de alta prioridad en países en desarrollo, dada la magnitud de su impacto sobre la calidad de vida de la población y los elevados gastos para su atención y tratamiento, así como otros costos indirectos debido a la pérdida de productividad por invalidez y mortalidad prematura (1,3,14). Con datos de 2000 se calculó que el costo anual por esta enfermedad en América Latina fue de US\$ 65 216 millones al año y se estimó que el número de personas viviendo con diabetes en esta región ascendió a 45 millones en 2010.⁴⁻⁷

Aunque la región muestra contrastes diversos en la incidencia, prevalencia y mortalidad por esta enfermedad, se ha enfatizado en la necesidad de establecer políticas integrales de atención para atenuar y controlar los efectos adversos que se derivan de su presencia. Algunos estudios señalan que determinadas complicaciones relacionadas con la diabetes pueden ser prevenibles; del mismo modo, la información y educación permanente a la población podría redundar en estilos de vida saludables que reduzcan los factores de riesgo y por ende la morbilidad y mortalidad asociada con este padecimiento. Sin embargo, estas medidas tendrán que ser replanteadas en los contextos específicos y según los requerimientos de cada país.⁴⁻⁷

El caso de Colombia y México

Colombia y México son un ejemplo que permite ilustrar dimensiones heterogéneas del fenómeno dentro del ámbito latinoamericano. En Colombia, la prevalencia estimada de diabetes en personas adultas se situó en 8,2 % en 2000 y en México fue de 14,9 %, con lo cual se clasifica estos dos países con una prevalencia media-alta y alta. Estas cifras pueden diferir considerablemente, teniendo en cuenta que en ambos países, al igual que en América Latina en general, no existen registros continuos de vigilancia epidemiológica que permitan hacer mediciones más precisas.⁴⁻⁷

La mortalidad por DM en adultos ha descendido en Colombia, mientras que en México se ha incrementando en los últimos años. En Colombia, esta tendencia requiere ser analizada con más detalle, ya que esto podría estar explicándose porque las personas están falleciendo por otras causas, incluso antes de llegar a edades en las que puedan desarrollar esta enfermedad. En este último país las principales causas de muerte están asociadas con las agresiones (homicidios) y accidentes de motor, afectando en mayor medida a la población en edad productiva.

El promedio de años de vida perdidos (AVP) en Colombia disminuyó 6.1 % entre 1998 y 2007 y en México se incrementó 30 %. La tasa estandarizada de mortalidad por DM fue más alta entre las mujeres que en los varones y de nueva cuenta más alta para México que para Colombia. Pese a ello, se resalta que en México los hombres sufrieron más AVP que las mujeres, en contraste con Colombia donde se observó una situación inversa. Esto se debe a la edad en la que murieron las personas, siendo más temprana entre los hombres mexicanos y las mujeres colombianas. Estos hallazgos son de gran relevancia puesto que conocer las características sociodemográficas de las personas que mueren por diabetes sirve para trazar rutas concretas de acción sobre grupos vulnerables. De ahí la urgencia de mantener registros vitales oportunos, actualizados y consistentes.³

La OMS advierte que existen serias dificultades en los reportes de mortalidad por diabetes, debidas principalmente a que las personas que padecen la afección fallecen por otro tipo de complicaciones como las cardiovasculares y la nefropatía, lo que esconde la verdadera magnitud del problema. Esto afecta también los cálculos derivados de dichas estadísticas, como por ejemplo en la estimación de los AVP. Por otro lado, como consecuencia del incremento en la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad, se espera tener una mayor población envejecida en riesgo de padecer diabetes. El grupo etario de 65 años o más en Colombia pasará de 6,3 % del total de su población en 2007 a 7,5 % en 2015; en México representó 5,5 % en

2007 y subirá a 6,8 % en 2015. Aunado a esto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) advierte que la obesidad es un detonante que contribuye al aumento de casos de diabetes. En Colombia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) reportó que en 2005, 46 % de la población de 18 a 64 años sufría de exceso de peso (sobrepeso u obesidad), siendo mayor en las mujeres (49.6 %) que entre los varones (39,6 %). Al igual, en México, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006 (ENSANUT), se refirió que cerca de 70 % de las personas entre los 30 y los 60 años tenían problemas de sobrepeso y obesidad (71,9 % mujeres, 66,7 % hombres. Partiendo de este único factor de riesgo se podría afirmar que 5 de cada 10 colombianos y 7 de cada 10 mexicanos adultos tendrían altas probabilidades de padecer diabetes.³

Hacia el año 2016 los datos de la OMS reportan que México cuenta con una población total: 127 000 000 de habitantes. Número de muertes por diabetes y su prevalencia se presentan en las tablas 1 y 2.¹

Tabla 1. Mortalidad en México

MUERTES POR DIABETES	Hombres	Mujeres
30-69 años	23 100	22 000
70 años o más	17 600	24 300
MUERTES ATRIBUIBLES A HIPERGLUCEMIA		
30-69 años	28 100	25 400
70 años o más	24 400	32 800

Fuente: OMS. Diabetes: perfiles de los países 2016. <http://www.who.int/diabetes/country-profiles/es/>

Tabla 2. Prevalencia de la diabetes y de los factores de riesgo conexos

	Hombres	Mujeres	Total
Diabetes	9.7%	11.0%	10.4%
Sobrepeso	61.6%	65.0%	63.4%
Obesidad	22.1%	32.7%	27.6%
Inactividad física	18.9%	31.2%	25.4%

Fuente: OMS. Diabetes: perfiles de los países 2016. <http://www.who.int/diabetes/country-profiles/es/>

Un rasgo particular en el aumento de la prevalencia de la DM en América Latina tiene que ver con cambios en la composición de la dieta de los individuos (caracterizada por su alto contenido de energía, grasa saturada, grasa total y azúcares), que junto con la disminución de la actividad física han influido en las actuales tasas de sobrepeso y obesidad. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, la prevalencia mundial de obesidad en los adultos mayores de 20 años es del 23%, valor que es superado por México (33%), Chile y Argentina (29%), mientras que Colombia se sitúa por debajo de este promedio (18%). En América Latina, la transición alimentaria y nutricional se ha dado de manera acelerada, en entornos de desarrollo económico precarios, aunque con diferentes repercusiones según los territorios. Aspectos como la urbanización, la modernización y la incorporación de las mujeres a las actividades laborales remuneradas han modificado los hábitos dietarios de los latinos, quienes disponen de una amplia variedad de productos procesados y la gran mayoría de ellos a precios accesibles, lo que ha permitido que todos los segmentos de la población puedan adquirirlos, independientemente del nivel socioeconómico al que pertenezcan. Además, se ha demostrado que la desnutrición y la malnutrición durante la primera etapa -

de la infancia favorecen la aparición de diferentes problemas de salud en la edad adulta, como la hipertensión y la diabetes. Tan solo en 2012, en América Latina y el Caribe la desnutrición crónica (en niños menores de 5 años) fue del 12,8%, lo que equivale a 6,9 millones de niños.⁸

Recientemente se descubrió que la DM en los latinoamericanos, principalmente en los mexicanos, se relaciona con la presencia de un gen, denominado SLC16A1, que aumenta un 25% la probabilidad de desarrollar la enfermedad y explica aproximadamente en un 20% la mayor prevalencia de DM en esta población. Los hallazgos también indican que dicha variación genética está presente en cerca del 50% de los amerindios y en el 10% de los asiáticos, pero es poco común en los africanos y los europeos.^{8,9}

Agudelo, enfatiza que en América Latina la DM se encuentra en diferentes etapas de su progresión, lo que obliga a cada país a tomar medidas de atención específicas y a acordar estrategias de interés común para la región. Entre los desafíos más imperiosos que se dilucidan están la prevención (con énfasis en el nivel primario), la identificación oportuna de los casos no diagnosticados, el manejo y el control de la enfermedad y de sus complicaciones. Igualmente es importante garantizar la cobertura y el acceso a los servicios de salud, fijar esquemas de financiamiento costo-efectivos y fortalecer las capacidades y los conocimientos del personal de salud, de los pacientes y de la sociedad en general. Por estas razones, resulta fundamental el establecimiento y la puesta en marcha de políticas públicas en salud que incidan en ambientes y estilos de vida que modifiquen conductas nocivas, como el consumo de dietas altas en calorías, la inactividad física y el consumo de alcohol y tabaco, entre otros.⁸

Referencias

1. OMS. Informe mundial sobre la diabetes. Resumen de Orientación. 2016. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1
2. Moreno Altamirano L. Epidemiología y diabetes. Rev Fac Med UNAM 2001;44(1):35-7.
3. Dávila-Cervantes CA, Agudelo-Botero M, Gloria-Hernández LE. Diabetes en México y Colombia: Análisis de a tendencia de años de vida perdidos, 1998-2007. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n4/v13n4a02.pdf>
4. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT2012). Resultados Nacionales. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf.
5. Barquera S. Prevención de la diabetes: Un problema mundial. Salud Pública Méx. 2003; 45(5):413-414. Citado en: Dávila-Cervantes CA, Agudelo-Botero M, Gloria-Hernández LE. Diabetes en México y Colombia: Análisis de a tendencia de años de vida perdidos, 1998-2007. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n4/v13n4a02.pdf>
6. OMS. Iniciativa de Diabetes para las Américas (DIA): Plan de Acción para América Latina y El Caribe 2001 - 2006 [OPS/OMS]. División de prevención y control de enfermedades/ Programa de enfermedades no-transmisibles/Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington DC; 2001. Citado en: Dávila-Cervantes CA, Agudelo-Botero M, Gloria-Hernández LE. Diabetes en México y Colombia: Análisis de a tendencia de años de vida perdidos, 1998-2007. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n4/v13n4a02.pdf>
7. OPS. La diabetes en las Américas, Boletín Epidemiológico [OPS]. OPS. 2001; 22(2):1-3. Citado en: Dávila-Cervantes CA, Agudelo-Botero M, Gloria-Hernández LE. Diabetes en México y Colombia: Análisis de a tendencia de años de vida perdidos, 1998-2007. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n4/v13n4a02.pdf>
8. Agudelo-Botero M, Dávila-Cervantes CA. Carga de la mortalidad por diabetes mellitus en América Latina 2000-2011: los casos de Argentina, Chile, Colombia y México. Gac Sanit. 2015;29(3):172-77.
9. The SIGMA Type 2 Diabetes Consortium. Sequence variants in SLC16A11 are a common risk factor for type 2 diabetes in Mexico. Nature. 2014;506:97-101.