

Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes diabéticos en un área de salud

Clinical and epidemiological characterization of diabetic patients in a health area

Dra. Osiris Taimy Guilarte Selva,¹ MsC. Julia Tamara Álvarez Cortés,¹ MsC. Ana Selva Capdesúñer,¹ MsC. Rolando Bonal Ruiz¹ y MsC. Zuzel Salazar Duany¹¹

¹ Policlínico Docente "Ramón López Peña", Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹ Ministerio de Salud Pública, Ciudad de la Habana, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio observacional, descriptivo y transversal, con vistas a caracterizar 66 pacientes diabéticos del Policlínico Universitario "Ramón López Peña" de Santiago de Cuba, durante el 2010. Entre las variables analizadas figuraron: edad, sexo, edad de diagnóstico y tiempo de evolución, antecedentes patológicos personales y familiares, factores de riesgo ambientales, así como complicaciones presentes. En la serie tuvo mayor frecuencia la diabetes mellitus de tipo 2, con predominio en mujeres y edades avanzadas, asociada con otras afecciones (hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias) y estilos de vida dañinos a la salud (sedentarismo, tabaquismo, dietas ricas en grasas saturadas). La larga evolución de la enfermedad junto al descontrol metabólico detectado en muchos de estos afectados provocó la aparición de complicaciones neurológicas, visuales y cardiovasculares.

Palabras clave: diabetes mellitus, estilo de vida, factor de riesgo, atención primaria de salud.

ABSTRACT

An observational, descriptive and cross-sectional study was conducted, in order to characterize 66 diabetic patients of "Ramón López Peña" University Polyclinic of Santiago de Cuba during 2010. Among analyzed variables were age, sex, age at diagnosis, and time of disease course, personal and family medical history, environmental risk factors and complications. In the series diabetes mellitus type 2 was the most frequent, with prevalence in women and older ages, associated with other conditions (hypertension, obesity and dyslipidemia) and unhealthy lifestyles (sedentary lifestyle, smoking habit, diet rich in saturated fat). The long course of the disease along with uncontrolled metabolism detected in many of these patients led to the occurrence of neurological, visual and cardiovascular complications.

Key words: diabetes mellitus, lifestyle, risk factor, primary health care.

INTRODUCCIÓN

En 1980, el Comité de Expertos en Diabetes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la diabetes mellitus (DM) como un síndrome heterogéneo originado por la interacción de factores ambientales y genéticos que, con frecuencia, están unidos; una alteración metabólica de causa múltiple caracterizada por hiperglucemia crónica acompañada de trastornos del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, producidas por defectos de la secreción de insulina, de su acción periférica o de ambos.¹

La enfermedad se subdivide en 2 grupos fundamentales: diabetes mellitus de tipo 1 (DM-1) y diabetes mellitus de tipo 2 (DM-2). Debido al avance de la medicina y de las diferentes tecnologías, es posible realizar un diagnóstico precoz, así como un tratamiento correcto que retrasa o, incluso, evita la aparición de las complicaciones provocadas por la afección. La diabetes DM-2 es mucho más común que la DM-1; corresponde, aproximadamente, a 90 % de todos los casos de diabetes y se presenta generalmente en la edad adulta. Una vez detectada, los cuidados se orientan a evitar la aparición de las complicaciones.^{2,3}

Resulta oportuno señalar que en Cuba la población diabética constituye, aproximadamente, de 3–6 % del total de habitantes (superior a EE.UU. y comparable solo con la India). Durante el año 2010 ocupó el octavo lugar entre las principales causas de muerte, con una tasa bruta de mortalidad de 23,5 por cada 100 000 habitantes, superior en Santiago de Cuba, con 21,9 por cada 100 000 habitantes.⁴

Además de su elevada prevalencia, se encuentra asociada a un aumento de la morbimortalidad; así, las complicaciones cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en estos pacientes.

Las personas con esta afección tienen una esperanza de vida reducida y una mortalidad 2 veces mayor que el resto de la población. En el país se calculan alrededor de 3,7 años de vida potencialmente perdidos por esta causa⁴ y constituye el primer motivo de amputación no traumática, a pesar de que las complicaciones macrovasculares afectan a 67 % de los fallecidos.^{5,6} Una mejoría en su cuidado aumenta la esperanza de vida de estas personas, lo que a su vez trae consigo una mayor incidencia de complicaciones, puesto que la edad y la duración de la diabetes son los principales factores de riesgo no controlables para la aparición de las mismas.⁷

El área de salud del Policlínico Universitario "Ramón López Peña" muestra una prevalencia ascendente de la enfermedad en los últimos años --según muestran los análisis de la situación de salud--, aparejado a los cambios demográficos que acontecen en la localidad, la provincia, el país y el mundo actual; por esta razón se decidió realizar esta investigación, con la finalidad de determinar algunas características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas que presenta la población diabética del área, para trazar acciones que permitan el mejor control de los factores de riesgo y de la enfermedad, lo cual elevaría la calidad de vida de estos pacientes.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio observacional, descriptivo y transversal, con vistas a caracterizar 66 pacientes diabéticos del Policlínico Universitario "Ramón López Peña" de Santiago de Cuba, durante el 2010.

A todos los participantes en la investigación se les explicaron los objetivos y características de la misma; además de que se solicitó su consentimiento para participar en el estudio.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, edad de comienzo de la enfermedad, tiempo de evolución, tipo de diabetes; antecedentes patológicos personales (hipercolesterolemia, obesidad, cardiopatía, entre otras), antecedentes patológicos familiares de 1ra y 2da línea de diabetes mellitus, factores de riesgo presentes (tabaquismo, sedentarismo, obesidad, alcoholismo, estrés, dieta rica en grasas o azúcares refinados, estrés, entre otros); síntomas actuales, signos encontrados al examen físico, control metabólico, tratamiento y complicaciones.

Para definir el control metabólico del paciente se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Controlados: paciente libre de síntomas de hiperglucemia, glucemia en ayunas menor que 7,8 mmol/L en plasma venoso en 80 % o más de las veces que se evalúen, aglucosúrico (benedict azul o verde) en 100 % de las veces que se evalúen y colesterol sanguíneo menor que 6,2 mmol/L.
- Descontrol ligero: paciente libre de síntomas de hiperglucemia, glucemia en ayunas menor que 10 mmol/L en plasma venoso en 80 % o más de las veces que se evalúen, aglucosúrico (benedict azul o verde) en 80 % de las veces que se evalúen y colesterol sanguíneo menor que 6,2 mmol/L.
- Descontrol grave: contempla el resto de los pacientes.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra que la frecuencia de la afección aumenta a medida que se incrementa la edad de los pacientes, pues la mayoría de ellos (66,6 %) tenía más de 60 años, con una media de 63,6 y límites entre los 27 y 83 años. Resultó más frecuente en el sexo femenino, con 68,2 %, y una razón hombre/mujer de 0,46:1, lo que significó que por cada 10 mujeres enfermas hubo, aproximadamente, 5 hombres diabéticos.

Tabla 1. Pacientes diabéticos según grupos de edades y sexo

Grupos de edades (en años)	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20-29	1	4,8			1	1,5
40-49	3	14,2	8	17,8	11	16,7
50-59	6	28,6	4	8,9	10	15,2
60-69	5	23,8	15	33,3	20	30,3
70 y más	6	28,6	18	40,0	24	36,3
Total	21	31,8	45	68,2	66	100,0

X = 63,6 años Razón H/M = 0,46

Porcentaje calculado sobre la base del total de cada sexo

Como se observa en la figura 1, casi la mitad de los pacientes (48,5 %) tenía más de 10 años con este padecimiento, lo cual se corresponde con la edad del diagnóstico (que como promedio fue de 50,5 años) y la edad actual, donde la mayoría superaban los 60 años.

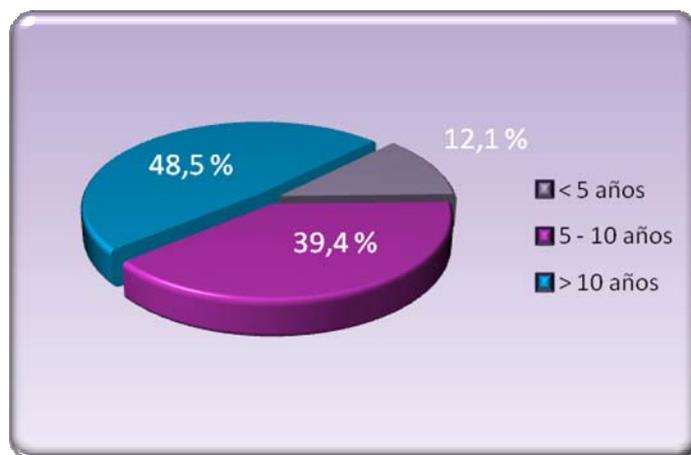


Fig 1. Pacientes estudiados según tiempo de evolución de la enfermedad

La hipertensión arterial (HTA) fue el antecedente referido con mayor frecuencia (tabla 2), estuvo presente en 54,5 % de los pacientes; mientras que hubo 42,4 % obesos y 16,7 % con hiperlipidemia.

Tabla 2. Pacientes diabéticos tipo 2 según antecedentes patológicos personales y sexo

Antecedentes patológicos personales	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
HTA	11	52,4	25	55,6	36	54,5
Obesidad	13	61,9	15	33,3	28	42,4
Hiperlipidemia	2	9,5	9	20,0	11	16,7
Cardiopatía isquémica	2	9,5	6	13,3	8	12,1
Total	21	31,8	45	68,2	66	100,0

X = 63,6 años

Razón H/M = 0,46

Porcentaje calculado sobre la base del total de cada sexo

El sedentarismo (47,0 %), la obesidad (42,4 %) y la dieta rica en grasas saturadas (42,4 %) ocuparon los primeros lugares entre los factores de riesgo presentes en estos pacientes (tabla 3).

Al analizar la tabla 4, se observó que más de la mitad recibía tratamiento con hipoglucemiantes orales (57,6 %) y 18,2 % solo necesitaban dieta para su control (en este grupo se encontraban, fundamentalmente, los de menor tiempo de evolución). Proporciones más pequeñas necesitaban insulina para disminuir las cifras de glucemia, ya fuera combinada con los hipoglucemiantes orales (13,6 %) o como única modalidad terapéutica (5,7 %). Estos eran pacientes de muy difícil control, a los que hubo necesidad de realizarle cambios en su tratamiento inicial y, aún así, algunos presentaban descontrol frecuente.

Tabla 3. Pacientes según factores de riesgo y sexo

Antecedentes patológicos personales	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Sedentarismo	10	47,6	21	46,7	31	47,0
Obesidad	13	61,9	15	33,3	28	42,4
Dieta rica en grasas saturadas	12	57,1	16	35,6	28	42,4
Tabaquismo	15	71,4	9	20,0	24	36,4
Dieta rica en azúcares refinados	7	33,3	11	24,4	18	27,3
Estrés	3	14,3	9	20,0	12	15,2
Alcoholismo	7	33,3	3	6,7	10	15,2
Total	21	31,8	45	68,2	66	100,0

X = 63,6 años

Razón H/M = 0,46

Porcentaje calculado sobre la base del total de cada sexo

Tabla 4. Pacientes diabéticos según tratamiento y control de la enfermedad

Tratamiento	Control metabólico						Total	
	Controlado		Descontrol ligero		Descontrol grave			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hipoglucemiantes orales (HGO)	23	60,5	10	26,3	5	13,2	38	57,6
Dieta	9	75,0	3	25,0			12	18,2
Tratamiento combinado (HGO más insulina)	7	77,8	2	22,2			9	13,6
Insulina	3	42,8	2	28,6	2	28,6	7	10,6
Total	42	63,6	17	25,8	7	10,6	66	100,0

Porcentaje calculado sobre la base del total de cada modalidad terapéutica

En cuanto al control metabólico, se tuvieron en cuenta las mediciones de glucosa plasmática y de colesterol realizados durante el último año, así como las indicadas durante el estudio, lo cual mostró que 63,6 % estuvieron controlados; sin embargo, se detectó descontrol metabólico de intensidad variable en 36,4 % de los pacientes (25,8 % con descontrol ligero y 10,6 % con descontrol grave), cifra que se considera alta dada la importancia de este control para la prevención de complicaciones.

Como se observa en la figura 2, la mayoría de los signos clínicos encontrados y de los síntomas referidos por los pacientes eran muestra de las complicaciones que ya presentaban por el largo periodo de evolución de la enfermedad.

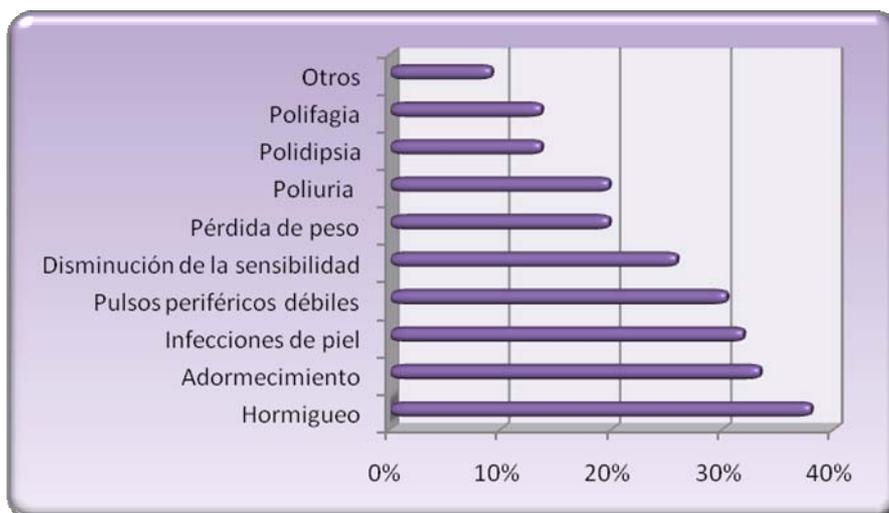


Fig 2. Pacientes diabéticos según síntomas actuales y signos al examen físico

La neuropatía periférica fue la complicación más frecuente en 37,9 % de los pacientes, seguida de la retinopatía, en 30,3 %; ambas complicaciones producidas por la larga evolución de la enfermedad en los afectados. Asimismo, 22,7 % había tenido manifestaciones de complicaciones macrovasculares como cardiopatías (infartos, insuficiencia cardíaca); mientras que 21,4 % presentó microangiopatía periférica, lo que empeoró los cuadros de infecciones recurrentes y favoreció la aparición de los temidos pies diabéticos, aunque solo unos pocos llegaron a la amputación de parte de uno de sus miembros inferiores (tabla 5).

Tabla 5. Pacientes estudiados según complicaciones presentes

Complicaciones	No.	%
Neuropatía periférica	25	37,9
Retinopatía diabética	20	30,3
Cardiopatías	15	22,7
Microangiopatía periférica	14	21,2
Pie diabético	10	15,2
Nefropatía diabética	4	6,1
Infecciones recurrentes	4	6,1
Otras	3	4,5

DISCUSIÓN

La edad varía entre la diabetes de tipos 1 y 2; en la primera de estas, este factor de riesgo condiciona su aparición y, aunque existen algunos picos máximos, el más acusado está entre los 12 y 14 años y el menor entre los 4 y 6 años.⁸ En la de tipo 2, la incidencia es mayor por encima de los 40 años, pero en Cuba se notifica entre los 60 y 64 años, a pesar de que cada vez aparecen más casos en la bibliografía médica con edades inferiores a las mencionadas; sin embargo, aunque puede afectar a ambos sexos, predomina el femenino.

En la casuística, todos los pacientes eran diabéticos de tipo 2 y la edad media de diagnóstico fue de 50,5 años; dato que concuerda con la bibliografía médica

consultada.^{2,3,5,6}

Aparicio Llanos *et al*⁹ hallaron en Costa Rica una mediana en la edad mayor de 60 años y 66 % de pacientes del sexo femenino; mientras Laclé Murray *et al*¹⁰ --en ese mismo país-- obtuvieron una edad promedio de 58,5 años y 63,8 % de mujeres.

El tratamiento de la diabetes mellitus descansa sobre varios pilares indispensables, tales como: la educación diabetológica, la dieta, el ejercicio físico, el autocontrol, los medicamentos y el tratamiento de otras afecciones asociadas, entre las cuales figuran: hipertensión arterial, obesidad, infecciones y dislipidemias, que, unidas a la diabetes, incrementan el riesgo de enfermedades cardiovasculares en estos sujetos y constituyen la primera causa de muerte en la provincia.⁵

Todos los pacientes estudiados admitieron haber recibido educación diabetológica, tanto por el médico y la enfermera de la familia como por el Centro Provincial de Atención al Diabético, así como por otros especialistas que les prestaron asistencia, lo cual constituye una ventaja, aunque la mayoría asistió a esta institución en los inicios de la enfermedad y señalaron, de forma general, que las acciones preventivas de los médicos de familia no eran sistemáticas.

Actualmente se conoce que las enfermedades son el resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales, por lo que resulta importante identificar los factores de riesgo, interpretarlos y enfrentarlos adecuadamente para evitar, en lo posible, que las personas lleguen a enfermar.

El Programa de Prevención de la Diabetes demostró que los cambios intensivos en el estilo de vida (dieta y ejercicio durante 30 min/día 5 veces a la semana) de los individuos con tolerancia alterada a la glucosa, previnieron o retrasaron el desarrollo de la diabetes de tipo 2 en 58 % de las personas. Este efecto se observó en todos los integrantes de la serie independientemente de la edad, el sexo o grupo étnico;¹¹ por tanto, resulta importante mantener sistemáticamente las acciones educativas para promover estilos de vida saludables.

La diabetes de tipo 2 fue una enfermedad frecuente en la población estudiada que predominó en el sexo femenino y las edades avanzadas, lo cual evidenció una asociación con otras afecciones (hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias) que constituyeron factores de alto riesgo de enfermedades coronarias y con estilos de vida dañinos a la salud, tales como: sedentarismo, tabaquismo y dietas ricas en grasas saturadas. La larga evolución de la enfermedad unida al descontrol metabólico detectado en muchos de estos pacientes provocaron la aparición de complicaciones neurológicas, visuales y cardiovasculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera Siclé M, Gundín Labrada M, Palma López ME, Padilla González JC, Crespo Valdés N. Morbimortalidad por diabetes mellitus. [citado 11 Nov 2010].
2. Diabetes mellitus. [citado 11 Nov 2010].

3. Situación Mundial de la diabetes mellitus. [citado 11 Nov 2010].
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2009 [citado 11 Nov 2010].
5. Roca Goderich R, Smith Smith V, Losada Gomes J, Serret Rodríguez B, LLamos Sierra N. Temas de medicina interna. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002, t1. p. 211-52.
6. Muller FR, Young ID. Genética Médica. 10 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p.237-41.
7. Ministerio de Salud Pública. Anteproyecto de trabajo para el médico de la Atención Primaria de Salud. La Habana: MINSAP; 2004.
8. Organización Panamericana de la Salud. Manual de diagnóstico y tratamiento en especialidades clínicas. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", Washington DC: OPS; 2006.
9. Aparicio Llanos A, Morera Salas M. Determinantes del control adecuado en pacientes diabéticos, aplicación del análisis multinivel para Costa Rica. Acta méd costarric. 2010[citado 11 Nov 2010]; 52(1).
10. Laclé Murray A, Valero F JL. Prevalencia de nefropatía diabética y sus factores de riesgo en un área urbano marginal de la meseta central de Costa Rica. Acta méd costarric. 2009; 51(1):26-33.
11. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison: Principios de Medicina Interna. 16 ed. México, DF: Mc Graw-Hill Interamericana; 2005. p. 11388-403.

Recibido: 4 de octubre de 2012.

Aprobado: 12 de enero de 2013.

Osiris Taimy Guilarte Selva. Policlínico Docente "Ramón López Peña", avenida 12 de Agosto y calle A, reparto Municipal, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: juliat@medired.scu.sld.cu