

**POLICLÍNICO DOCENTE
“OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN Y LA PEDRAJA”
CAMAJUANÍ, VILLA CLARA**

COMUNICACIÓN

**DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II EN PACIENTES CON
FACTORES DE RIESGO MÚLTIPLE**

Por:

Dr. José Antonio Gutiérrez Gamazo¹, Dra. Katina Lake Verdecia Tamayo² y Dra. Nancy Cordero Gutiérrez³

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Policlínico Docente de Camajuaní, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente de Camajuaní, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.
3. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente de Camajuaní, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

DIABETES MELLITUS NO INSULINO-
DEPENDIENTE/diagnóstico
FACTORES DE RIESGO

Subject headings:

DIABETES MELLITUS, NON-INSULIN-
DEPENDENT/diagnosis
RISK FACTORS

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica no transmisible, y debido a la transición demográfica que ocurre en el mundo adquiere cada vez mayor importancia, tanto por su morbilidad y mortalidad como por sus efectos discapacitantes, lo que afecta la calidad de vida de quienes la padecen, así como la de sus familiares¹.

Sus síntomas característicos son: sed, poliuria, visión borrosa y pérdida de peso, y en la forma más grave, cetoacidosis que puede llevar al estupor, al coma y, a menos que se instituya un tratamiento efectivo, a la muerte². La diabetes mellitus es el cuarto problema de salud que mayores recursos económicos consume³. En el Reino Unido, por ejemplo, el 4,5 % del presupuesto de salud es utilizado directa o indirectamente en esta enfermedad. El gasto originado por las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus es tres veces superior al de su tratamiento y control; en los países escandinavos, el 75 % del presupuesto de atención al diabético fue empleado en el año 2000 en el cuidado de las complicaciones y el 23,7 % se destinó a los fármacos y visitas de evolución⁴.

La diabetes mellitus es una pandemia en aumento. En 1996 se calculó que en América vivían aproximadamente treinta millones de personas con diabetes, lo que equivalía a más de la cuarta parte del total de casos mundiales; en el 2000, ciento sesenta y cinco millones, de las cuales el 80 % o 90 % correspondía a diabetes mellitus tipo II; se calcula que en el 2010 habrá trescientos millones⁵.

La American Diabetes Association (ADA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su clasificación actual, dividen a la diabetes, aparte de la diabetes mellitus gestacional, en dos tipos fundamentales: la diabetes mellitus tipo I –que se manifiesta en personas jóvenes y se caracteriza por una deficiencia en la producción de insulina, provocada en la mayoría de los casos por una destrucción de los islotes de células beta del páncreas, generalmente por causa inmunológica, y en un pequeño número de pacientes por causa idiopática–, y la diabetes mellitus tipo II, trastorno

mucho más frecuente, el cual representa entre el 75 % y el 90 % de todos los tipos de diabetes y ocurre principalmente en individuos adultos y obesos, se caracteriza por una resistencia de los tejidos periféricos a los efectos de la insulina, y se acompaña de un descenso en la secreción de esta⁶.

Se estima que en Las Américas se presenta el 25 % de todos los casos de diabetes mellitus del mundo.

Alrededor del 8,2 % de la población entre 20-69 años padece de diabetes, y cerca del 50 % de los individuos desconoce que la tiene; aparece antes de los 45 años en un gran número de pacientes⁷. Los costos económicos asociados con el tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y sus pacientes. Las principales complicaciones crónicas asociadas son: oftálmicas (fundamentalmente la retinopatía) y la neuropatía diabética; esta última es la principal causa predisponente de las frecuentes úlceras en los pies y los problemas articulares⁵⁻⁸.

La prevalencia de la diabetes en Cuba durante el 2000 fue de 19,7 x 1 000 habitantes, y la incidencia en la población dispensarizada osciló entre 1,2 y 2,1 x 1 000 habitantes⁹.

En Camajuaní, hasta el año 2005, la prevalencia fue de 21,5 x 1 000 habitantes.

Existe una asociación significativa entre diabetes mellitus y diversos factores de riesgo que pueden ser previsible y modificables. Estos son: edad avanzada, sexo femenino, factores étnicos y genéticos, obesidad, sedentarismo, factores nutricionales occidentalizados, estrés y práctica de determinadas religiones¹⁰. Se realizó un estudio en el policlínico "Octavio de la Concepción y la Pedraja" del municipio de Camajuaní, en pacientes con factores de riesgo múltiple, como: antecedentes familiares de diabetes mellitus, sobrepeso u obeso, sexo femenino, hipertensión arterial, hiperlipidemia, mujeres con antecedentes de diabetes mellitus gestacional, macrofeto o ambos, antecedentes de glicemia elevada en ayunas, prueba de tolerancia a la glucosa (PTG) alterada, o ambas, cardiopatía isquémica y otras endocrinopatías; no diagnosticados previamente como diabéticos encontramos un 12 % de pacientes diabéticos tipo II y un 3 % con PTG alterada, con mayor incidencia en el sexo femenino en las edades comprendidas entre 36-64 años, y las enfermedades y factores de riesgo asociados más frecuentes fueron: la obesidad, el sobrepeso, la hipertensión arterial y los antecedentes familiares de diabetes mellitus. La mayoría de los pacientes de nuestro estudio presentaba, en el momento del diagnóstico de la enfermedad, escasos o ningunos síntomas y signos, por lo que insistimos en la importancia de diagnosticarla precozmente para evitar sus graves complicaciones; recomendamos realizar glicemia en ayunas, PTG o ambas, en los casos necesarios, a aquellos pacientes que presenten dos o más de los factores de riesgo antes mencionados, ya que se ha demostrado la elevada asociación de diabetes mellitus tipo II oculta en pacientes con factores de riesgo múltiple. Asimismo, corresponde a nuestro sistema de salud el tratamiento y control de estos factores para evitar el desarrollo de la enfermedad, el cuidado y promoción de la salud, la prevención y la rehabilitación; la relación salud-enfermedad está inexorablemente asociada al modo de vida social y a los comportamientos individuales. El desarrollo de la medicina en Cuba ha permitido que ella se encuentre en el mismo nivel de atención de salud que los países desarrollados del mundo. El número de profesionales, los avances tecnológicos y los recursos económicos invertidos en los diferentes servicios de salud nos han convertido en una potencia médica. Estas inversiones resultarían infructíferas, si junto a ellas no se desarrolla una cultura de salud que evite o supere la instalación de hábitos insanos que facilitan la aparición de enfermedades crónicas y condicionan negativamente la esperanza de vida de la población.

Los programas de educación para la salud y de intervención en la comunidad constituyen en nuestros días un elemento esencial de la medicina preventiva; la evaluación de los efectos en la calidad de vida de la población debe ser parte integral de los planes de salud pública, y para ello se deben priorizar los programas de atención y prevención de las principales enfermedades.

Referencias bibliográficas

1. Sherwin RS. Diabetes Mellitus. En: Bennett JC, Plum F. Cecil. Tratado de medicina interna. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1998. p. 1449-74.

2. Rodríguez AI, Sánchez M, Martínez LL. Síndrome metabólico. Rev Cubana Endocrinol. 2002;13(3):167-71.
3. Hernández Pérez F, Ornelas Bernal L. Ingesta aguda de Alcohol, ¿Factor de riesgo para complicaciones agudas de la diabetes? Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2002;40(4):293-9.
4. Moretti EC, Loredó L, De Rubin G. Diabetes tipo II: factores de riesgo y complicaciones crónicas en el momento del diagnóstico. Rev de la ALAD. 1999;7:245-9.
5. Roca Goderich R. Diabetes Mellitus. En: Temas de medicina interna. La Habana: Pueblo y Educación; 2002. p. 212-64.
6. Mateo de Acosta O, Padrón Durán RS. Trastornos del metabolismo de los carbohidratos y lípidos, obesidad y adelgazamiento. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en endocrinología y metabolismo. 2da ed. La Habana: Científico Técnica; 2000. p. 305-13.
7. Jáuregui Jiménez JT, Torres Salmerón A, Gómez Peresmitre G. Control de padecimiento en pacientes con diabetes tipo II e hipertensión arterial: impacto de un programa multidisciplinario? Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2002;40(4):307-18.
8. Nuez Vilar M. Diabetes Mellitus tipo I. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en especialidades clínicas. La Habana: Editora Política; 2002. p. 169.
9. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de diabetes. La Habana: Ciencia Médicas; 2000.
10. Gómez López V, Zúñiga González S, García de León E, Couttolenc López MI. Control de la Diabetes Mellitus tipo II. El índice de hiperglucemia como indicador. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2002;40(4):281-4.