

Policlínico Felipe Rodríguez Ramos. San Antonio de los Baños. La Habana

Diabetes mellitus en ancianos, caracterización epidemiológica y comportamiento clínico terapéutico en San Antonio de los Baños

Diabetes mellitus in old men, epidemiology characterization and clinic therapeutic behaviour in San Antonio de los Baños

Ernesto Canciano Chirino¹, Mercedes de la C. Reinoso Pérez², Ana Ibis Martínez Martínez³, Sunaidy Valdés Busquet⁴, Franklin Meneses Rodríguez⁵

1Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. Auxiliar. Investigador Auxiliar. Msc en Enfermedades Infecciosas. Msc Urgencias Médicas.

ecanciano@infomed.sld.cu

2Lic. en Enfermería. Especialista Materno-Infantil. Msc Atención Integral a la Mujer. Instructor.

3 Lic. en Enfermería. Especialista Materno-Infantil. Instructor.

4Estudiante de Medicina 3er Año. Alumna ayudante Medicina Interna.

5Estudiante de Medicina 3er Año. Alumno Ayudante Medicina Interna.

RESUMEN

El envejecimiento poblacional es un problema mundial, aparejado a elevada prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) según avanzan los años. Se realizó un estudio transversal durante un año, para analizar variables epidemiológicas, clínicas y terapéuticas, asociadas a la morbilidad en diabéticos con 65 años y más, de San Antonio de los Baños, Habana. Quedó definido como objetivos: precisar frecuencia por edades y sexo, modalidad terapéutica empleada y control de la glicemia, complicaciones más frecuentes de órganos diana, según tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus. Se obtuvo una media global de 86.3 años con una distribución Gaussiana a la derecha, aumentando la frecuencia de DM en mujeres según envejecían, aunque los hombres fueron discreta mayoría (razón 1.4/1). El 37.5 % usaba hipoglicemiantes orales, aunque aquellos que solo cumplían la dieta presentaron mejor control glicémico. La cardiopatía isquémica predominó (33 %) en 94 % de los complicados, aumentando la frecuencia acorde evolucionó en años

su enfermedad de base. Envejecidos, hiperglicémicos, con complicaciones de órganos diana y con años de evolución de su enfermedad son los ancianos diabéticos un problema de salud aún sin resolver en San Antonio de los Baños, Habana, Cuba.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, morbilidad, órgano diana, ancianos.

ABSTRACT

Population aging is a world problem, harnessed with high prevalence of diabetes mellitus (DM) according to years advance. It carried out one transversals study during one year determining epidemiology; clinic and therapeutic problems associated a diabetic mobility people with 65 years and more in San Antonio de los Baños, Havana. It was defined as objectives: bigger frequency for ages and sexes, use therapeutics modality and glicemia controls, more frequently complications a reveille organs according the evolutions of diabetes mellitus time. It was obtained global meditates at 86.3 years with right Gaussians distributions, increasing the frequency of DM in women as they aged, although men was discreetly majority (reason 1.4/1). 37.5 % used diabetic's oral treatment, although those that only completed diet presented better blood sugar controls. Ischemic cardiopathy prevailed (33 %) in a 94 % of complicated, frequency increasing according Diabetes Mellitus evolved at years. Aged, not blood sugar controls, withy several complications a reveille organ and a long time of evolutions; diabetic's old people are health problem still will not solution at San Antonio de los Baños Town, Havana.

Keys words: Diabetes Mellitus, morbidity, reveille organ, old men.

INTRODUCCIÓN

La población Mundial está envejeciendo; esta tendencia se originó durante la primera mitad del siglo XX.¹ Según las proyecciones de la ONU, por primera vez en la Historia, a mediados del presente siglo, el número de personas ancianas superará al número de jóvenes por lo que es un cambio drástico que reforme la atención médica para adaptarse a la nueva oleada de personas mayores de 60 años.² En estas edades las enfermedades tienen características especiales: por promedio existen tres problemas médicos que requieren tratamientos conjuntos, poseen presentación inespecíficas u atípicas siendo a menudo "mal tratados" al considerarse las enfermedades como una consecuencia inevitable del envejecimiento. La terapéutica no farmacológica es muchas veces mal empleada, encontrando en un mismo anciano la indicación de varios fármacos sin distinción clara de una buena prescripción.

DESARROLLO

La Diabetes Mellitus (DM) constituye un problema creciente de salud, tanto para países desarrollados como en vías de desarrollo.³ En el año 2000, existían 165 millones de diabéticos en el mundo con tendencia a llegar a 350 millones para el 2025 (6.3 % de la población mundial).⁴ Esta entidad es particularmente un problema en la población anciana a la que se le señala una prevalencia de 17 % por encima de los 80 años; demostrándose que la capacidad de metabolizar la glucosa está disminuida en más de 40 % de las personas mayores de 65 años.^{5, 6}

En San Antonio de los Baños, La Habana, la es la tercera enfermedad crónica no transmisible de mayor prevalencia (38.6) y los individuos de 65 años y más constituyen más de 26.8 %, de la población municipal. Atendiendo a las características propias de la DM en este grupo de edades, sin existir un registro estadístico que particularice su comportamiento, se realizó una investigación partiendo de la siguiente hipótesis problema: ¿Qué factores están asociados con la evolución clínica y morbilidad del paciente geriátrico diabético en la atención primaria de salud?

Quedó definido como objetivos: ilustrar frecuencia por edades, particularizando en el sexo, según grupo de edades; modalidad terapéutica, atendiendo al control de la glicemia para examinar la complicación crónica de órganos diana más frecuente, atendiendo a evolución de la enfermedad en años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, desde junio de 2008 hasta junio de 2009, seleccionando aleatoriamente una muestra de 200 pacientes, según los criterios diagnósticos de DM. Población: individuos mayores de 65 años pertenecientes al área urbana de San Antonio de los Baños. Para recolectar la muestra, se emplearon las fichas familiares de los consultorios médicos; a cada paciente se le realizó interrogatorio y examen físico completo, más glicemia plasmática en ayunas.

Criterios de inclusión: Pacientes de 65 años y más, dispensarizados como diabéticos, con consentimiento ético positivo de participar en la investigación. **Criterios de exclusión:** Diabéticos con complicaciones agudas que necesitaron ingreso hospitalario para su control.

Grupos de edades se clasificó: de 65-74 años, 75-84 y de 85 hasta 100 no quedó representada la clase longevos por no existir ningún paciente. Se analizó si la edad seguía el patrón de distribución Gaussiano, calculándose media global en años, y razón entre sexos.

La variable "modalidad terapéutica" quedó clasificada como: tratamiento dietético, uso de hipoglicemiantes orales (HO), empleo de insulina. Control metabólico se estableció acorde con los criterios del Programa Nacional de Atención al Paciente Diabético y atendiendo a los valores de glicemia en ayunas, clasificándose en controlados/no controlados. La existencia de asociación entre variables se calculó por el Test de V de Cramer con 6 grados de libertad

"Evolución de la enfermedad" se dividió en: menor de 5 años, de 5-10 y más de 10 años. Se seleccionaron las complicaciones crónicas de órgano, según aparecen sus criterios diagnósticos en el Programa Nacional de Control de Diabetes Mellitus, que

aparecieron en más de 25 % de los estudiados. Para determinar asociación estadística se empleó el coeficiente de correlación por rangos de Spearman con un intervalo de confianza de 95 %. Los datos fueron procesados en una computadora Pentium 4, empleando para su análisis el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

El 43 % se encontraba por encima de los 85 años de edad, con media global de 86.3 años. El cálculo de normalidad expresa desviación a la derecha según modelo de distribución normal (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de frecuencia por edades y media, en ancianos diabéticos

Edades	Frecuencias	Media
65 - 74	51	66.2
75 - 84	63	80
85 - 100	86	88.5
Total	200	80

Los hombres fueron discreta mayoría (58,5 %), aunque las féminas aumentaron con la edad. La razón entre sexos quedó 1.4/1, discretamente mayor en los hombres (tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento del sexo según la edad en ancianos diabéticos

Edades	Sexos		Total
	masculino	femenino	
65 - 74	29	22	51
75 - 84	36	27	63
85 - 100	52	34	86
Total	117	83	200

El 37.5 % usaba HO; de estos, solo 41.3 % estaba normoglicémico; en contraste con los que solamente hacían dieta, que representan 63.4 % de los controlados. El coeficiente de V de Cramer mostró escasa asociación entre variables (tabla 3).

Tabla 3. Control metabólico atendiendo a terapéutica empleada en ancianos diabéticos

Modalidad terapéutica	Control Metabólico		Total
	Controlados	No controlados	
Dieta	40	23	63
Hipoglicemiantes orales	31	44	75
Insulina	22	40	62
Total	93	107	200

El 94 % presentó complicaciones de órganos diana, predominando la cardiopatía isquémica (33 %). Aumentó las complicaciones según tiempo de evolución, pues 44 % de los complicados tenía más de 10 años con antecedentes de DM. El coeficiente de correlación de Spearman mostró un valor cercano a cero (tabla 4).

Tabla 4. Complicación crónica de órganos diana según evolución de su enfermedad de base en ancianos diabéticos

Órgano diana	Evolución de la enfermedad (años)			total
	menos 5	5 -10	más de 10	
Retinopatía	5	8	11	24
Cardiopatía I	17	21	29	67
ECV	13	17	21	51
Nefropatía	3	9	18	30
Insuf. Arterial	2	5	9	16
Total	40	60	88	188

DISCUSIÓN

Guerin ⁵ reporta descontrol metabólico en gerontes diabéticos con monitorización ambulatoria de la glicemia según envejecían, con prevalencias de 17 % por encima de los 80 años. Estos datos son inferiores a los de la presente investigación, respondiendo al progresivo envejecimiento de la población cubana que ha ido transitando desde 11.3 % en 1985, hasta 17.0 % en el 2008.⁷ San Antonio de los Baños es el tercer Municipio de Provincia Habana más envejecido, aventajado por Guines y Artemisa, ambos con mayor densidad poblacional y extensión territorial.

En un estudio ⁸ sobre riesgo cardiovascular en mujeres, el autor justificó sus resultados por el aumento del riesgo relativo de Diabetes Mellitus en estas edades. Otras investigaciones ^{9, 10} plantean un predominio del sexo femenino en respuesta a: mayor presencia de obesidad con aumento de la resistencia a la insulina, mala distribución de la grasa corporal, pérdida de la función protectora de los estrógenos y mayor expectativa de vida. Los resultados no concuerdan con lo planteado pues predominó escasamente la población masculina en respuesta a las características demográficas del Ariguanabo donde los hombres de más 65 años son mayoría con tendencia a decrecer según envejecen.

Rodríguez Ganen¹ investigando sobre efectividad de la glibenclamida demostró que los médicos conocían su indicación terapéutica y los criterios de control del paciente diabético, pero usaban altas dosis y poseían poco conocimiento sobre el tratamiento no farmacológico. Estos resultados coinciden, respondiendo a que los médicos de atención primaria conocen la terapéutica del paciente diabético, pero no son capaces de particularizar en el anciano diabético. En ellos, la dieta es piedra angular del tratamiento, y los aleja de la terrible, frecuente e imperceptible hipoglucemia provocada por medicamentos.¹²

Crespo¹³ encontró la cardiopatía isquémica como principal causa de muerte en una población diabética; este autor no particularizó en los mayores de 65 años ni tuvo en cuenta tiempo de evolución de la DM. No obstante, los resultados son similares, con la salvedad de que no solo el tiempo influenció en los resultados, sino la elevada prevalencia municipal de otras enfermedades comórbidas en los ancianos (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, enfermedad cerebrovascular) potenciadoras de daño vascular.

CONCLUSIONES

Casi la mitad de los diabéticos estudiados sobrepasa los 85 años, aumentando las mujeres según envejecen, bajo tratamiento con hipoglicemiantes orales poco efectivos (en oposición al tratamiento dietético) que no logran evitar la aparición de múltiples complicaciones crónicas; muy dependientes de los años de evolución de la hiperglicemia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kalache A. Situación global del envejecimiento. Consulta interregional sobre el envejecimiento de la población organizada por el Banco Interamericano de Desarrollo, en la ciudad de Washington el 1-2 junio del 2000 [serie en Internet]. Disponible en: http://www.gerontologia.org/envejecimiento_poblacional.htm. [citada 17 Nov 2003].
2. Campos Ortega Cruz S. Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Editor. El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México DF: CIRSS, OPS, OMS; 2005.
3. Anderson RM, Funnell MM. The Art of Empowerment: Stories and Strategies for Diabetes Educators. Alexandria: American Diabetes Association 2007.
4. American Diabetes Associations: Standards of medical care in diabetes- 2008 (positions statements). Diabetes care. 2008; 31 (Supl.1): 512 - 554.
5. Guerin B, Drouin P, Grange V, Bougneres P, Fontaine P, Kerlan V, et al. Self-monitoring of blood glucose significantly improves metabolic control in older patients with type 2 diabetes mellitus: the Auto-Surveillance Intervention Active (ASIA) study. Diabetes Metab 2003; 29(6):587-94.

6. Schwedes U, Siebolds M, Mertes G. Meal-related structured self-monitoring of blood glucose: effect on diabetes control in non-insulin-treated type 2 diabetic patients. *Diabetes Care*. 2005; 25(11):1928-32.
7. Oficina Nacional de Estadísticas. El envejecimiento de la población cubana 2008. (En línea) Edición 2009. Disponible en: <http://www.one.cu/publicaciones/cepde/envejecimiento/envejecimiento2008.pdf> [citada 17 Nov 2009].
8. Ridker PM, Buring JE, Rifai N, Cook NR. Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular risk in women: the Reynolds risk score. *JAMA*. 2007; 297:611-9.
9. Bode BW, Gross TM, Thornton KR, Mastrototaro JJ. Continuous glucose monitoring used to adjust diabetes therapy improves glycosylated hemoglobin: a pilot study. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2006; 46(3):183-90.
10. Wing RR, Epstein LH, Nowalk MP, Scott N, Koeske R, Hagg S. Does self-monitoring of blood glucose levels improve dietary compliance for obese patients with type II diabetes? *Am J Med*. 2006; 81(5):830-6.
11. Rodríguez Ganen O, García Milián AJ, Yera Alós IB, Alonso Carbonell L Análisis de prácticas de prescripción y criterio médico sobre calidad y efectividad de la glibenclamida cubana. *Rev Cubana Farm*. v.42 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2008 (Rev Electrónica) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152008000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=es [citada 17 Nov 2009].
12. UKPDS Group. UK: Prospective Diabetes Study 33. Intensive blood-glucose control with sulphonylurea or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in oldest patients with type 2 diabetes. *Lancet*. 2008; 352:837-53.
13. Crespo N, Rosales E, Fernández R, Crespo N, Hernández JD. Caracterización de la Diabetes Mellitus. *Rev. Cubana Med Gen Integr*. 19; 2003. Disponible en: URL: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_4_03/mgi04403.htm Fecha consulta: julio 20, 2009.