

Diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud – Cañete: Aspectos demográficos y clínicos.

Diabetes mellitus type 2 at the Hospital II Essalud – Cañete: Demographic and Clinical Aspects.

UNTIVEROS MAYORGA Charlton Fernando*, NUÑEZ CHAVEZ Olga**, TAPIA ZEGARRA Lenibet Miriam, TAPIA ZEGARRA, Gino Guillermo.

SUMMARY

Objective: To determine the sociodemographic characteristics of patients with type 2 Diabetes mellitus followed up in the General Medicine office and Diabetes Program at Hospital II EsSALUD-Cañete and its relationship with the glycemia. **Material and Methods:** A descriptive, case series study was conducted, including ninety four patients with type-2 Diabetes randomly chosen at the time of their outpatient office visit where an interview and planned physical examination took place during the months of June and July 2001. **Results:** The mean age was 64.56 + 11.61. Fifty three patients were women (56.4%). Illiteracy and primary level (51.3%) were the predominant levels of education achieved. On the other hand, 68.1% of the patients followed treatment with oral agents and 11.7% required the use of insulin. **Conclusions:** Patients with Type-2 Diabetes followed up at Hospital II EsSALUD-Cañete mostly present a low level of education. We found the best glycemetic control with the higher level of education achieved. (*Rev Med Hered 2004; 15: 19-23*).

KEY WORDS: Type-2 diabetes mellitus, sociodemography, clinical characteristics.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características sociodemográficas propias de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los Consultorios de Medicina General y del Programa de Diabetes del Hospital II EsSALUD-Cañete y su relación con el nivel de glicemia. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos en el que se evaluaron 94 pacientes con diabetes tipo 2 elegidos aleatoriamente durante su control ambulatorio, realizándose la entrevista y evaluación clínica paralelamente a dicha visita de control durante los meses de Junio y Julio del 2001. **Resultados:** La población de pacientes estudiada tuvo una edad promedio de 64.56 ± 11.61. Cincuenta y tres pacientes eran mujeres (56.4%). Los niveles de instrucción predominantes fueron el analfabeto y el nivel primario (51.3%). El 68.1% de los pacientes recibían hipoglicomiantes orales y el 11.7% requerían del uso de insulina. **Conclusiones:** Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos ambulatoriamente en el Hospital II EsSALUD-Cañete presentan mayormente un bajo nivel de instrucción. Asimismo, encontramos una tendencia a mejores valores de control glicémico a mayor nivel de instrucción. (*Rev Med Hered 2004; 15: 19-23*).

PALABRAS CLAVE: Diabetes mellitus tipo 2, características sociodemográficas, características clínicas.

* Ex-Médico SERUMS del Hospital II EsSALUD-Cañete.

** Servicio de Endocrinología, Clínica de Diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

INTRODUCCION

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica considerada actualmente como un problema de Salud Pública (1). Esta enfermedad produce un impacto socioeconómico importante en el país que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas y crónicas (2,3).

La prevalencia de diabetes mellitus varía entre 2 y 5% de la población mundial (1,2). En Estados Unidos, los casos diagnosticados de diabetes alcanzan al 5.9% de la población total, con predominio de la raza afroamericana, mexicanoamericana e hispana (4).

En el Perú la prevalencia de diabetes es de 1 a 8% de la población general, encontrándose a Piura y Lima como los más afectados (2,5). Se menciona que en la actualidad la diabetes mellitus afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados (5).

En el Hospital II EsSALUD-Cañete, se atiende a 644 pacientes asegurados con diabetes residentes en dicha provincia, los cuales corresponden al 1.6% de la población adscrita a dicho hospital (6).

Con el propósito de identificar las características socio-demográficas y su relación con el nivel de glicemia en la población con diabetes mellitus atendida en el hospital II EsSALUD-Cañete se realizó un estudio descriptivo en dicha población asegurada en la provincia de Cañete.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo del tipo serie de casos, inicialmente se seleccionó en forma aleatoria una muestra representativa de la población de pacientes del Programa de Diabetes mellitus en el Hospital II EsSALUD-Cañete. Entre los meses de Junio y Julio de 2001 los pacientes fueron citados, se revisaron las historias clínicas respectivas y luego fueron evaluados. Se diseñó una ficha para la recolección de los datos sociodemográficos, antecedentes personales generales y patológicos, familiares, clínicos y de laboratorio (valores de glucosa en ayunas) a partir de una entrevista y evaluación clínica realizadas paralelamente al control metabólico de los pacientes en el Programa de Diabetes o Consultorios de Medicina General.

Las variables descritas en la población de estudio fueron grado de instrucción; hacinamiento no crítico,

definido por la presencia de dos o más personas por habitación en la vivienda de residencia, excluyendo baño, pasadizo y cocina (7); duración de la diabetes, antecedente familiar de primer o segundo grado; índice de masa corporal (IMC) (8).

El análisis de la base datos fue realizado con SPSS 9.0v. Se utilizó el test de ANOVA para la comparación de medias, considerando significativo un $p \leq 0.05$.

Dentro de las limitaciones del estudio es importante destacar las características de nuestra población asegurada y el tamaño de la muestra que hace válido los resultados sólo para esta población.

RESULTADOS

Durante los meses de Junio y Julio del 2001 fueron evaluados 94 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de los previamente citados. La edad promedio fue de 64.56 ± 11.61 . En la Tabla N° 1 se muestra la distribución de frecuencias de otras variables sociodemográficas.

Dentro de las variables de antecedente personal patológico, encontramos respecto al tipo de tratamiento seguido que el 18.2% de los pacientes referían seguir sólo una dieta indicada por la nutricionista del programa, el 68.1% recibían hipoglicemiantes o antihiperlipemiantes orales, además de la dieta y el 11.7% requerían del uso de insulina. En contraste, el 2% de los pacientes referían no seguir algún tipo de tratamiento. Asimismo, se observó que la duración de la Diabetes en nuestros pacientes fue de 9.87 ± 8.27 años.

Tabla N° 1. Distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas

	N	%
SEXO	94	
Masculino.		43.6
Femenino		56.4
Masculino/Femenino		1.29
ESTADO CIVIL	94	
Soltero u otros		39.4
Casado o conviviente		60.6
GRADO DE INSTRUCCIÓN	94	
Analfabeto		10.6
Primaria		44.7
Secundaria		21.3
Superior		23.4
HACINAMIENTO	94	7.5

Tabla N°2. Niveles de glicemia promedio según grado de instrucción

GRADO DE INSTRUCCION	GLICEMIA (MG/DL)	DS
Analfabeto	227.88	136.67
Primaria	153.17	64.21
Secundaria	175.55	63.20
Superior	156.90	64.49

p = 0.061 según ANOVA

Dentro de los antecedentes familiares observamos que el 66.7% de los pacientes tenían un familiar de primer o segundo grado con historia de diabetes mellitus.

El 10.8% de los pacientes mostraba un índice de masa corporal (IMC) normal, 15% presentaban sobrepeso, y 74.2% obesidad. No hubo casos con desnutrición (IMC < 20).

El nivel promedio de la glicemia sérica de los pacientes el día del control ambulatorio fue de 167.73 ± 77.07 mg/dl. En el análisis comparativo de las medias (ANOVA) de los valores de glicemia según el grado de instrucción del paciente, aunque con un p = 0.061, se observó una tendencia a mejores valores de control glicémico a mayor nivel de instrucción (Tabla N° 2).

DISCUSION

El Hospital II EsSALUD-Cañete, hospital de segundo nivel, está ubicado en la provincia de Cañete (174,587 habitantes) y pertenece a la red de seguridad social del Perú. Así mismo, la provincia de Cañete, conformada por dieciséis distritos, cuenta con un 50.1% de su población con al menos una necesidad básica insatisfecha (9).

La complicación más importante en la población con diabetes mellitus de nuestro país es la infección (10,11). Los diversos factores predisponentes de infección en pacientes con diabetes están asociados al mal control glicémico y duración de la diabetes (12,13), las mismas que en nuestra población de estudio se traducen en complicaciones micro y macrovasculares frecuentes como también se describe en otros hospitales de Lima y Arequipa aunque en menor frecuencia comparativa a

la de nuestra población (10,14-16); sin embargo, en países como Australia las complicaciones metabólicas son mucho menores (13).

En nuestra muestra representativa de los pacientes con diabetes tipo 2 que acuden al Hospital II EsSALUD-Cañete, el perfil sociodemográfico es relativamente comparable con pacientes atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) (14, 17-19), y Arequipa (10), aunque nuestra población mostró ser de mayor edad promedio y con mayor proporción de pacientes con educación secundaria y superior. Esta última característica estaría a favor de un mejor control de la diabetes (20). Sin embargo, en el adulto mayor es un mayor reto para el médico tratar enfermedades complejas como la diabetes. Asimismo, respecto a la distribución por sexo y grupos étnicos existe similitud demográfica con población ambulatoria atendida en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) (21).

Por otro lado, la importante proporción de pacientes con soporte familiar es un factor adicional que permitiría lograr un mejor control de la enfermedad en nuestra población (20).

El grupo de pacientes con nivel de instrucción inferior en la población con diabetes atendida en el Hospital II EsSALUD-Cañete cobra suma importancia respecto al conocimiento de la diabetes, cumplimiento del tratamiento y prácticas de higiene (así como pobre saneamiento ambiental) frente al desarrollo de complicaciones crónicas y agudas como las infecciones (14,20).

El hacinamiento presente en una mínima proporción de la población estudiada, favorece el desarrollo de infecciones respiratorias (22), de las cuales la Tuberculosis Pulmonar es de importancia clínica y epidemiológica en el Perú (3,11).

Es difícil precisar el tiempo de evolución de la diabetes tipo 2 (23). Sin embargo, al momento del diagnóstico ya existen 4 a 7 años de evolución de enfermedad (24). El tiempo conocido de la enfermedad en nuestra población es comparable a la de población ambulatoria de otros hospitales de Lima, incluyendo al HNERM (14,21). Dicho factor refleja la larga data verdadera de enfermedad y desarrollo de complicaciones crónicas y agudas que se presentan después de los cinco a diez primeros años de enfermedad (12,13).

Se describe que la frecuencia de diabetes es 3.4 veces mayor en población con antecedentes familiares (primer o segundo grado) de dicha enfermedad (25), por lo

cual la detección temprana antes de los 45 años de edad sería materia a considerar en prevención secundaria en nuestra población (23), tomando en cuenta la frecuencia observada en el presente estudio del antecedente familiar la cual es aún mayor a la encontrada en hospitales de referencia como es el HNERM (15,21).

En nuestra población de estudio hemos encontrado que la frecuencia de obesidad es mucho mayor a lo descrito en pacientes con diabetes en general en Lima (25), así como en el HNERM y HNCH (14,21). Estos hallazgos nos permiten reflexionar sobre los hábitos alimenticios de nuestros pacientes y el desarrollo de enfermedad cardiovascular que resultó ser aparentemente mayor al encontrado en el HNERM y HNCH (14,15).

Creemos no haber encontrado casos de desnutrición por tratarse de población ambulatoria.

Entre las variables metabólicas, nuestros resultados muestran que la mayoría de pacientes no presentan el nivel ideal de glicemia y que al menos la mitad de ellos requerirían intervención farmacológica de forma regular según la glicemia obtenida al momento del control ambulatorio (26), lo cual contrasta con la gran proporción de nuestros pacientes que ya venían recibiendo hipoglicemiantes orales o insulina al momento de nuestra evaluación.

Estos hallazgos podrían ser explicados por la pobre adherencia de los pacientes al tratamiento indicado, sin embargo este es un tema que amerita un estudio específico con medición de niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c). Comparativamente, el nivel de glicemia promedio es ligeramente mayor al encontrado en el HNCH (167.73 ± 77.07 mg/dl versus 157.48 ± 69.02 mg/dl) (14). Así mismo conforme a lo esperado, hemos observado que el nivel de glicemia tiende a mejorar a mayor nivel de educación (20); sin embargo, el paradójico mejor control glicémico observado en pacientes con nivel de educación primaria se explicaría por el mayor tiempo de enfermedad y aparición de complicaciones crónicas presente en ellos lo cual incidiría en una mayor conciencia de enfermedad y subsecuente mejor control de la enfermedad. Dicha asociación entre tiempo de enfermedad y seguimiento de tratamiento antidiabético ha sido descrita anteriormente (19).

En conclusión se encontró que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos ambulatoriamente en el Hospital II EsSALUD-Cañete presentan mayormente un bajo nivel de instrucción. Asimismo, encontramos

una tendencia a mejores valores de control glicémico a mayor nivel de instrucción.

Correspondencia :

Fernando Untiveros Mayorga
Federico Villareal 214 - 216. Breña. Lima 05
Teléfono: 4238976
E-mail: funteros@yahoo.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Epidemiología de la diabetes mellitus en el mundo. En: Manual de diabetes mellitus. 1ra ed., Costa Rica, Pfizer 1982:13-28.
2. Villena J. Epidemiología de la diabetes mellitus en el Perú. Rev Med Peru 1992; 64 (347): 71-75.
3. Arbañil H, Valdivia H, Pando R. La diabetes mellitus en el Hospital Dos de Mayo. Aspectos epidemiológicos. Rev Med Peru 1994; 66 (350):6-9.
4. Harris MI, Flegal KM, Cowie CC, Eberhardt MS, Goldstein DE, Little RR, et al. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. Diabetes Care 1998; 21(4): 518-24.
5. Seclén S, Leey J, Villena A, Herrera B, Menacho J, Carrasco A, et al. Prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y obesidad como factores de riesgo coronario y cerebrovascular en población adulta de la costa sierra y selva del Perú. Acta Med Peru 1999;17(1):8-12.
6. Departamento de Estadística e Informática. Hospital II ESSALUD- Cañete. Informe Estadístico Anual 2000-2001.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: mapa de necesidades básicas insatisfechas de los hogares a nivel distrital. Aspectos conceptuales y metodológicos de la medición de la pobreza. Lima: Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales; 1994.
8. Sociedad Peruana de Endocrinología. Consenso sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus y la intolerancia a la glucosa. Lima, Multiservicios Cinthia E.I.R.L. 1998
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: mapa de necesidades básicas insatisfechas de los hogares a nivel distrital. Lima, Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales 1994.
10. Arista LM, Concha CB. Estudio epidemiológico y clínico de la diabetes mellitus en el Hospital Regional Honorio Delgado 1964-1985. [tesis de licenciatura en Enfermería]. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín; 1987.
11. Villena J, Burga J, Corigliano S, Valdivia J. Morbimortalidad por diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 1985-1995. Rev Med Peru 1996;68(355):64.
12. Nathan DM. Long-term complications of diabetes mellitus. N Engl J Med 1993; 328(23):1676-83.

13. Knuiman MW, Welborn TA, Mc Cann VJ, Stanton KG, Constable IJ. Prevalence of diabetic complications in relation to risk factors. *Diabetes* 1986;35:1332-9.
14. Aramburú GJ, Arenas LM, Chumpitaz NN. Factores asociados en la calidad del control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente de la Clínica de Diabetes del Hospital Nacional Cayetano Heredia [tesis de licenciatura en Enfermería]. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia 1996.
15. Núñez O, Pando R, García E. Características clínicas de la diabetes mellitus en el Hospital Rebagliati-IPSS. *Rev Med Peru* 1996; 68(355): 64.
16. Arbañil HH, Valdivia H, Sánchez J, Varillas V, Zubiato C, Murgia C, et al. Aspectos clínicos y complicaciones de la diabetes mellitus. Hospital 2 de Mayo. Resumen N° 42. Cuarto Congreso Peruano de Endocrinología ; 1992 Mar 30- Abr 1; Lima, Perú.
17. Villena J, Romero S. Características socioeconómicas y culturales de los pacientes diabéticos no insulino dependientes del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Diagnóstico* 1991;28: 93-7.
18. Arbañil HH, Valdivia H, Sánchez J, Varillas V, Zubiato C, Murgia C, et al. Aspectos demográficos de la diabetes mellitus en el Hospital 2 de Mayo. Resumen N° 41. Cuarto Congreso Peruano de Endocrinología ; 1992 Mar 30- Abr 1; Lima, Perú.
19. Tapia GG, Chirinos JL, Tapia LM. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diabéticos tipo 2 con infecciones adquiridas en la comunidad admitidos en los servicios de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Med Hered* 2000; 11(3): 89-96.
20. D'Arrigo K, Dávila F, Orbegoso F. Impacto de un programa de conocimientos sobre diabetes mellitus a los pacientes del Club de diabéticos del Hospital Central de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-1994. [tesis de licenciatura en Enfermería]. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1995.
21. Lisson RE. Características de la diabetes mellitus en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. *Rev Med Peru* 1996; 68(355):65.
22. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial. Washington D.C.: Banco Mundial, 1993.
23. The American Diabetes Association. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2001; 24(Suppl 1): S5-S20.
24. Harris MI, Klein R, Welborn TA, Knuiman MW. Onset of NIDDM occurs at least 4-7 years before clinical diagnosis. *Diabetes Care* 1992;15:815-9.
25. Zubiato M, Valdivia F, Díaz E, Millones B, Aliaga E, De las Casas I, et al. Obesidad, Intolerancia a la Glucosa y Diabetes Mellitus en población adulta general de Lima. *Rev Med IPSS* 1995;4(2):7-17.
26. The American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2001; 24 (suppl 1):S33-S43.

Fecha de Recepción : 06-Mayo-2003
Fecha de Aceptación: 26-Noviembre-2003