

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO 2011

DIABETES MELLITUS TIPO 2

INTRODUCCIÓN

El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2010, reportó que las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son las principales causa de muerte en el mundo, ya que originaron más de 36 millones de fallecimientos, principalmente a causa de afecciones cardiovasculares (48%), cáncer (21%), enfermedades respiratorias crónicas (12%) y diabetes (3%). Lo más relevante es conocer que más de 9 millones de estas muertes ocurrieron en personas menores de 60 años ⁽¹⁾. Con lo cual se impacta directamente en el incremento de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en la población.

La carga mundial de las ENT sigue aumentando, se prevé un incremento en un 17% en los próximos 10 años. El rápido aumento de la carga de estas enfermedades está afectando a las poblaciones más pobres y desfavorecidas de todo el mundo. Los datos científicos recientes indican que las mejoras del tratamiento de esas patologías pueden reducir la morbilidad, la discapacidad, la mortalidad y contribuir a mejorar los resultados en Salud ⁽²⁾.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que para el año 2011, el número de personas con Diabetes Mellitus en América Latina fue de 62,8 millones y se espera que alcance los 91,1 millones para el año 2030. El costo de la atención médica de las personas que tienen diabetes es entre dos y tres veces mayor que en las personas que no la padecen. Globalmente se estima que el costo de esta enfermedad oscila entre el 0,4% y 2,3% del PIB y que a pesar de que la Diabetes Mellitus y sus complicaciones son en gran parte prevenibles, existe una falta de conocimiento generalizada sobre medidas preventivas ⁽³⁾.

Para México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006, informó que la prevalencia de diabetes en los adultos a nivel nacional fue de 7%, siendo mayor en las mujeres (7.3%) y en el grupo etario de 60 a 69 años (19.2%), seguido por el grupo de 50 a 59 años (13.5%) ⁽⁵⁾.

Por otro lado, la OPS reportó a la obesidad para la Región de las Américas como el principal factor de riesgo modificable, además de demostrar que la prevalencia de esta aumenta en todos los grupos de edad. Asimismo indicó que entre el 7% y 12% de los niños menores de 5 años y una quinta parte de los adolescentes son obesos, mientras que en los adultos las tasas de sobrepeso y obesidad se aproximan a un 60% ⁽⁴⁾, afectando a cerca del 70% de la población entre los 30 y 60 años de edad (en ambos

sexos), sin embargo, entre las mujeres existe un mayor porcentaje de obesidad, con un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o mayor a 30m^2 ⁽⁶⁾.

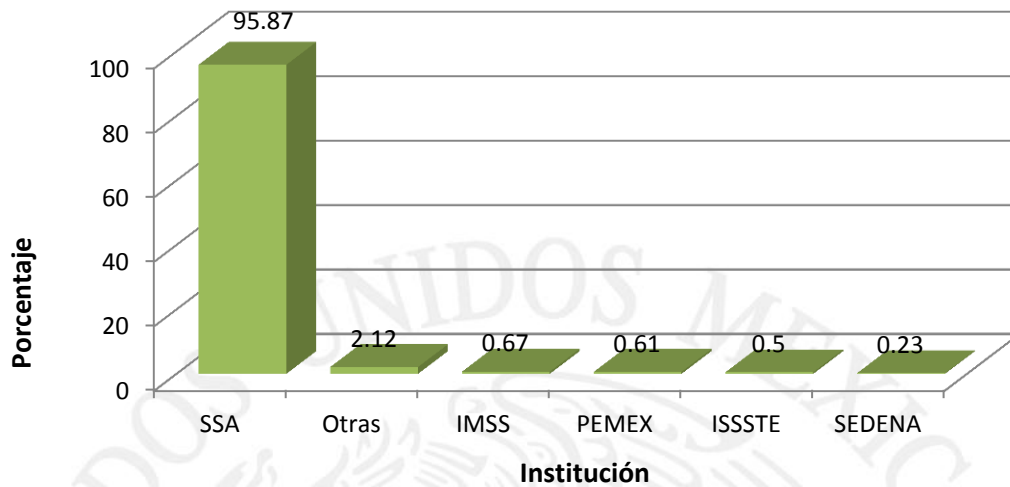
En los adultos mexicanos la prevalencia de obesidad se ha incrementado con el tiempo, alrededor de 30% de la población mayor de 20 años es obesa. El incremento porcentual del sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo importantes para el desarrollo de enfermedades crónicas, incluyendo la diabetes⁽⁵⁾. Cabe señalar que la obesidad no sólo aumenta el riesgo de desarrollar diabetes sino que complica su manejo, además de exacerbar las anormalidades metabólicas asociadas a la misma, incluyendo la hiperglucemia, hiperinsulinemia y las dislipidemias, aumenta la resistencia a la insulina y la intolerancia a la glucosa, con lo cual contribuye en el incremento de la morbi-mortalidad de los pacientes diabéticos⁽⁶⁾.

Respecto a la mortalidad en individuos con diabetes con respecto a quienes presentan sobrepeso de entre 20 y 30%, es de 2.5 a 3.3 veces mayor que en aquellos que tienen peso normal. Aquellos pacientes con más del 40% de sobrepeso, el aumento en la mortalidad es de 5.2 a 7.9 veces mayor, por lo cual, los beneficios de la pérdida de peso para el control de la DM2, han sido reconocidos en todo el mundo⁽⁶⁾.

RESULTADOS AL CIERRE 2011

Para el 2011, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes Mellitus (SVEHDMT2), registró 18, 108 casos en todos los grupos de edad, de estos el 95.87% (17,360 casos) son pacientes atendidos en unidades médicas de 2do y 3er nivel de atención de la Secretaría de Salud (SSA). El SVEHDMT2, continúa operando fundamentalmente en unidades centinela de la SSA (más del 90%; 104 unidades), por lo cual es necesario que el resto de las instituciones del Sector Salud incrementen su participación para lograr un análisis comparativo a nivel nacional de los casos hospitalizados con diagnóstico de DM2, con la finalidad de generar intervenciones de alto impacto en el país que incidan directamente en la prevención, y control de esta enfermedad (Ver Gráfica 1).

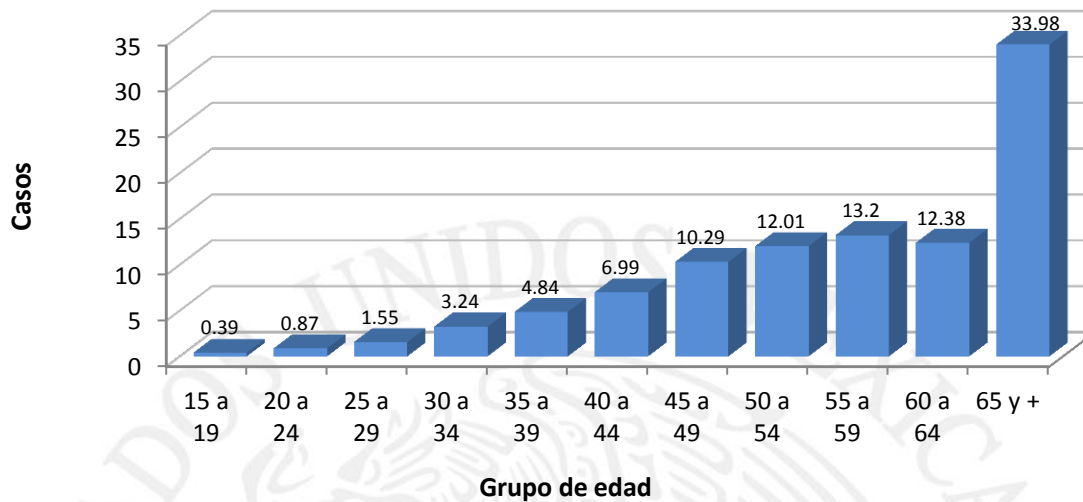
Gráfica 1. Porcentaje de casos hospitalizados con Diabetes Mellitus por institución notificante, México 2011.



Fuente: SVEHDM/DGAE/SSA/México 2011.

En relación a la distribución de pacientes diabéticos hospitalizados por grupo de edad, el incremento de ocupación hospitalaria se presentó a partir del grupo de edad de 45 a 49 años y el grupo etario con el porcentaje más elevado fue de 65 años con el 33.98%, es decir, 6,153 casos (Ver Gráfica 2).

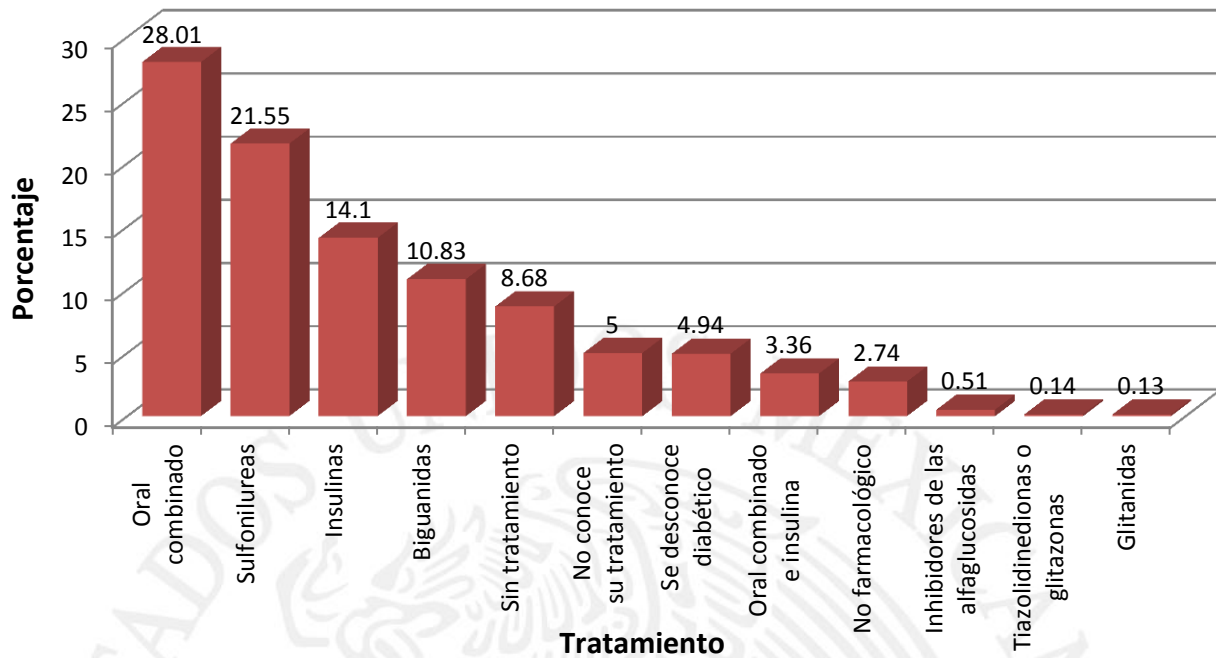
Gráfica 2. Distribución de casos hospitalizados con Diabetes Mellitus por grupo de edad, México 2011.



Fuente: SVEHDM/DGAE/SSA/México, 2011.

Del total de los casos hospitalizados (18,108), el 24.49% (4,423 casos) corresponden a casos incidentes; 54.83% fueron del sexo femenino; 74.04% (13,407 casos) refirieron sedentarismo; 24.85% (4,500 casos) registraron un Índice de Masa Corporal (IMC), mayor o igual a 30m² de superficie corporal; y el 28.01% de los pacientes utilizó antes de la hospitalización el tratamiento oral combinado (Ver Gráfica 3).

Gráfica 3. Tratamiento previo utilizado en los casos hospitalizados con Diabetes Mellitus, México 2011.



Fuente: SVEHDM/DGAE/SSA/México, 2011.

El principal diagnóstico de ingreso hospitalario de los pacientes diabéticos registrado en el SVEHDMT2 se debió a Necrobiosis (11.43%); seguido del Estado Hiperosmolar (10.37%); y de la Cetoacidosis diabética (9.51%). (Ver Tabla 1).

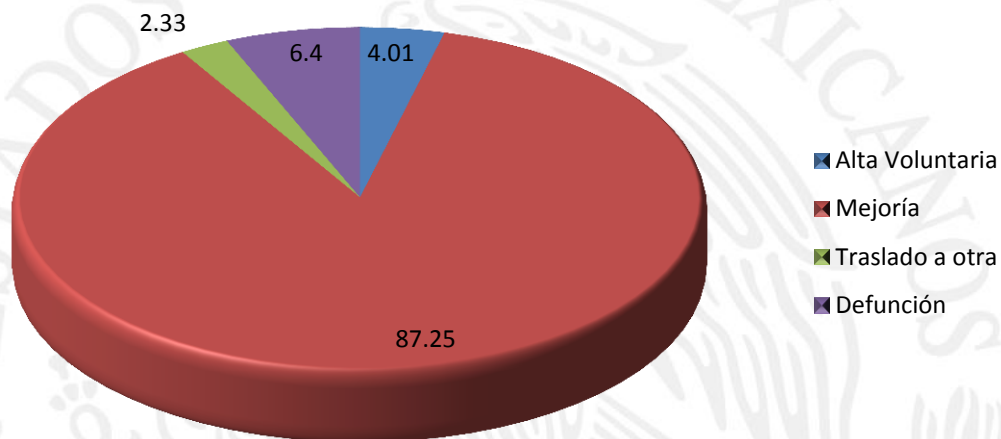
Tabla 1. Principales diagnósticos de ingreso de pacientes hospitalizados con Diabetes Mellitus, México 2011.

Diagnósticos de ingreso	Casos	Porcentaje
Necrobiosis	2,070	11.43
Estado Hiperosmolar	1,878	10.37
Cetoacidosis	1,720	9.51
Hipoglicemia	1,522	8.41
Otra relacionada con la DM	1,246	6.88
Insuficiencia Renal	1,189	6.57
Deshidratación	892	4.93
Crisis Hipertensiva	863	4.77
Quirúrgica no relacionada a la DM	797	4.4
Procesos infecciosos no señalados	663	3.66
EVC	531	2.93
Infección de vías urinarias	460	2.54
Cardiopatía Isquémica	443	2.45
IRC Diálisis	323	1.78
Neumonía	320	1.77
Atención obstétrica	220	1.21
Neuropatía diabetic	206	1.14
Quirúrgica relacionada a DM	140	0.77
IRC Hemodiálisis	56	0.31
Tuberculosis	41	0.23
Retinopatía diabetic	36	0.2
VIH/SIDA	4	0.02
Otra no relacionada con la DM	2,488	13.74
Total	18,108	100.00

Fuente: SVEHDM/DGAE/SSA/México 2011

Durante el año 2011, el principal motivo de egreso hospitalario en los pacientes con DMT2 se debió a la mejoría de su estado de salud (87.25%) (Ver Gráfica 4). Respecto al tiempo promedio general de Días de Estancia Hospitalaria (DEH) en todos los casos de DMT2 hospitalizados fue de nueve días. Concerniente a el tiempo de estancia de las principales causas de diagnóstico de ingreso: en primer lugar se debió a necrobiosis diabética, con 14 días; seguido por la cetoacidosis biabética, con 15 días; y en tercer lugar por hipoglicemia, con siete días (Ver Gráfica 4).

Gráfica 4. Motivo de egreso de los casos hospitalizados con Diabetes Mellitus, México 2011.



Fuente: SVEHDM/DGAE/SSA/México, 2011.

CONCLUSIONES

Durante el año 2011, los casos de Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en unidades hospitalarias se incrementaron en un 19% (3,271 casos) con respecto al registro de casos reportados durante el año 2010. Situación probablemente causada en parte por la mejora en la codificación y diagnóstico de este padecimiento y de las comorbilidades asociadas al mismo, y por otro lado por un incremento real de los casos hospitalizados en las unidades notificantes.

La participación equitativa de todas las instituciones del Sector Salud, en la operación del SVEHDMT2 es indispensable a nivel nacional para llevar a cabo una adecuada planificación basada en información, así como en el diseño de medidas de prevención, promoción y control de esta patología en el país, dado que para este año la mayor parte de unidades centinela correspondieron a la SSA, en un 90%.

Respecto a la relación H:M fue de 1:1.2, cifras que nos señalan una mayor predisposición de comorbilidades asociadas a la diabetes en el sexo femenino, por lo cual es necesario impulsar acciones y políticas de salud en este grupo poblacional.

Con base en los datos obtenidos sobre los pacientes registrados, se obtuvo que 13,407 (74.04%) refirieron sedentarismo y 4,500 (24.85%) presentaron algún grado de obesidad, al registrar un IMC mayor o igual a 30m² de superficie corporal. Cifras que nos indican un grado de asociación importante entre la inactividad física y un peso corporal excesivo como factores de riesgo para el incremento de la DMT2.

Los resultados obtenidos en relación al tratamiento más utilizado, indican que fue el oral combinado (28.01%); en el 11.43% de los casos la principal causa de ingreso hospitalario fue por necrobiosis diabética, producto de microangiopatía y neuropatía diabética; el 87.9% de los pacientes hospitalizados fueron dados de alta por mejoría, con un promedio de estancia hospitalaria de 9 días.

Finalmente podemos decir que ante este panorama México debe focalizar esfuerzos en la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de esta patología, la cual provoca un importante ascenso del riesgo de fallecer en estos pacientes, panorama que nos focaliza a la formulación de directrices orientadas al control y reducción de la carga de la diabetes y de las comorbilidades asociadas a la misma, por lo cual es necesario fortalecer las acciones en salud en: dieta saludable; actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal, así como evitar el consumo de tabaco, tal como lo señala la OMS.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. Geneva, Switzerland. 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the POWER package. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
3. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes en las Américas. Factsheet Diabetes, Washington D.C, 2012
4. Organización Panamericana de la Salud. Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad. Biblioteca OPS. Washington D.C. 2008. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15558&Itemid
5. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México, 2006. Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>
6. González C., et al. The status of diabetes care in Mexican population: Are we making a difference? Results of the National Health and Nutrition Survey 2006. Revista de Salud Pública de México vol. 52, 2010.

PROCESO INFORMACIÓN

DR. CUITLÁHUAC RUIZ MATUS
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE EPIDEMIOLOGÍA

M.Cs. MARTÍN ARTURO REVUELTA HERRERA
DIRECTOR DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

M.Cs. JOYCE YVETTE OJEDA MÉNDEZ
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE DESARROLLO OPERATIVO
PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

DRA. TANIA VILLA REYES
COORDINADORA OPERATIVA DEL SISTEMA
DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DIABETES MELLITUS

BIOL. ALEJANDRO RAMÍREZ BARRIENTOS
RESPONSABLE DE LA PLATAFORMA DE DIABETES MELLITUS