

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO 2008

DIABETES MELLITUS TIPO 2

INTRODUCCIÓN

En 2008, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señaló que el número de personas que sufrían diabetes en América Latina se incrementaría en más de 50%, y que pasaría de 13,3 millones en el 2000 a 32,9 millones para el 2030⁽¹⁾.

La carga que la enfermedad representa para la sociedad y las personas se relaciona principalmente con un aumento de la discapacidad y la mortalidad prematuras por las complicaciones asociadas a la misma. En este punto cabe señalar que el riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares y por todas las demás causas es entre dos y tres veces más alto en las personas con diabetes, en comparación con las personas no diabéticas^(2,3).

Respecto a la frecuencia de los gastos de salud y de atención médica de las personas con diabetes, la OPS refirió que dichos gastos se producen ocho años antes de la manifestación clínica de la enfermedad, lo cual indica que las personas expuestas al riesgo de sufrir Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) están en contacto con el sistema de salud y pueden ser identificadas de forma oportuna⁽⁴⁾.

Por otro lado diversas investigaciones en salud han demostrado la relación sólida y constante que existe entre la obesidad y la diabetes, considerando así a la obesidad como uno de los principales factores causantes del aumento de dicha patología. La obesidad se origina en gran parte por dos tendencias que van de la mano: un cambio en los hábitos alimentarios de la población (aumento del consumo de alimentos con un denso contenido energético, ricos en grasas saturadas, azúcares y sal) y la reducción de la actividad física (entre el 30 y el 60% de la población en las Américas no alcanzan el nivel mínimo recomendado de actividad física como por ejemplo, caminar durante 30 minutos al día⁽⁵⁾).

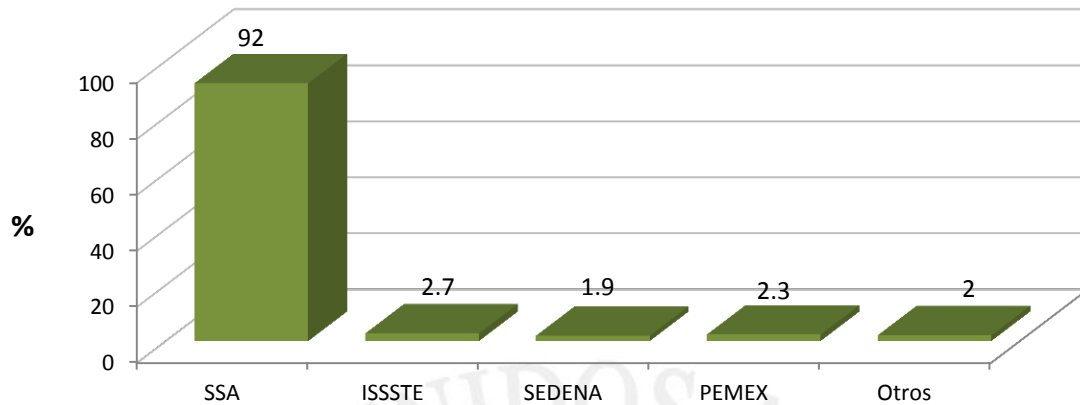
Ante este panorama la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado la implementación de estrategias orientadas a la prevención y el tratamiento oportuno, ya que se consideran como estrategias cruciales para cambiar la situación de la alta prevalencia de obesidad y diabetes ⁽⁴⁾.

Otras recomendaciones citadas en la literatura médica hacen alusión a los cambios en el entorno, tales como la modificación de los hábitos alimenticios y de la actividad física de las personas. Estos cambios son derivados de una combinación de las políticas gubernamentales, las fuerzas de mercado a nivel regional y mundial, aquellos avances tecnológicos que conllevan modificaciones en el comportamiento y el modo de vida de las personas, la respuesta inadecuada a las transformaciones de los patrones demográficos, y la falta de conocimientos y acción por parte de la sociedad civil. Asimismo estos mismos determinantes sociales y ambientales representan una poderosa área susceptible de intervención, para la cual se disponen de fuertes de evidencia científica que permite orientar las acciones en salud ⁽⁵⁾.

RESULTADOS AL CIERRE 2008

Para este año, el Sistema de Vigilancia epidemiológica Hospitalaria de Diabetes Mellitus, recopiló información a través del sistema de captura IVE-DM2 y de plataforma en línea de con un registro total de 6,986 casos en todos los grupos de edad, de estos el 92% son pacientes atendidos en unidades Médicas de 2do y 3er nivel de atención de las Secretaría de Salud (SS), 2.7% del ISSSTE 1.9% de SEDENA, 1.3% de PEMEX y en otros el Hospital Civil de Guadalajara, mismo que contribuyó con un 1.6% de los registros (Ver Gráfica 1).

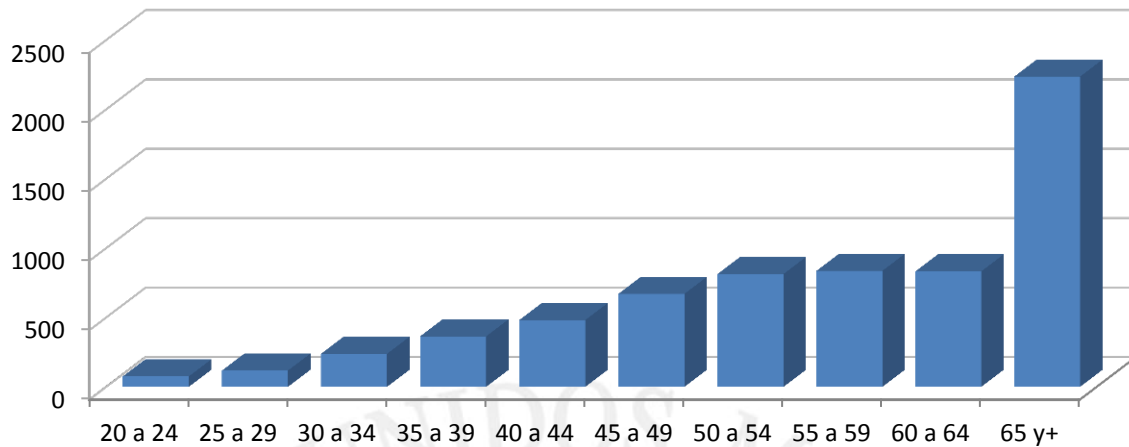
Grafica 1. Distribución de pacientes diabéticos hospitalizados por institución notificante, México, 2008.



Fuente: SVEHDM/DGAE/SSA/México, 2008.

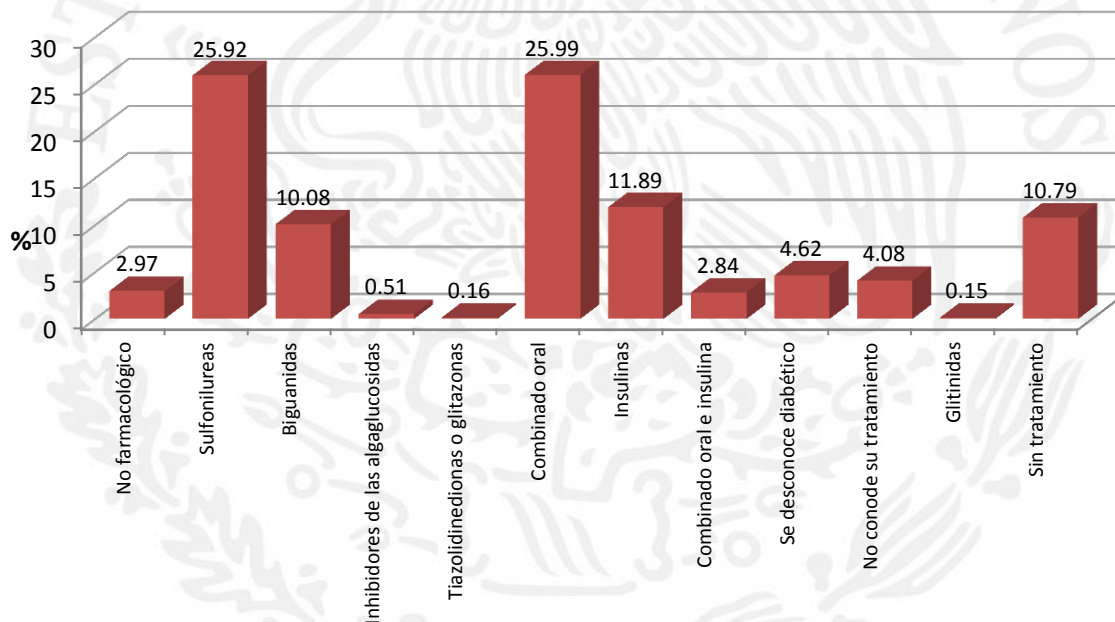
De acuerdo al sexo, el 48% corresponden al sexo masculino y 52% para al femenino. De los pacientes registrados, 58% refirieron sedentarismo y 19.7% se registró con un IMC mayor o igual a 30m² de superficie corporal, y del total de los casos el 14% corresponden a casos incidentes, para los cuales el tratamiento más utilizado fue el oral combinado, con un 25.9%. (Ver Gráfica 3.)

Gráfica 2. Distribución de pacientes diabéticos hospitalizados por grupo de edad, México, 2008.



Fuente: SVEHDM/DGAE/SSA/México, 2008.

Gráfica 3. Proporción de casos de acuerdo al antecedente de tratamiento previo, en pacientes diabéticos hospitalizados, México, 2008.



Fuente: SVEHDM/DGAE/SSA/México, 2008.

Respecto a las causas de ingreso relacionadas con la DMT2, las más frecuentes fueron aquellas no relacionadas a este padecimiento con un 19.32%, seguidas de la Necrobiosis con un 9.89%, Estado Hiperosmolar con 8.56% y la Cetoacidosis con un 8.32% (Ver Tabla 1.)

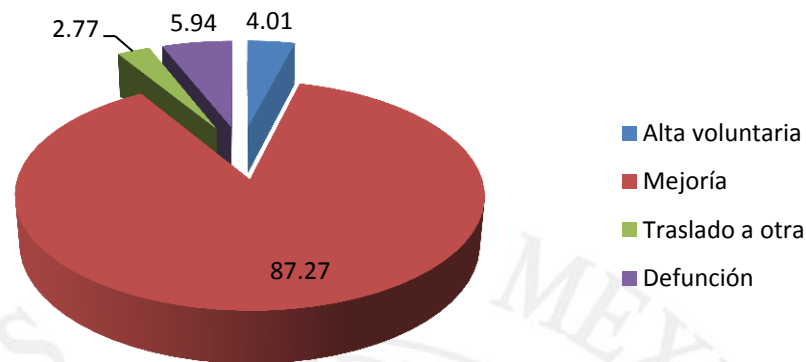
Tabla 1. Causa de ingreso hospitalario en pacientes Diabéticos, México 2008.

Causa de ingreso	No. Casos	%
Otra no relacionada con la DM	1791	19.32
Necrobiosis	774	9.89
Estado Hiperosmolar	639	8.56
Cetoacidosis	598	8.32
Hipoglicemia	575	8.06
Insuficiencia Renal	482	6.62
Otra relacionada con la DM	382	5.77
EVC	265	3.95
Crisis Hipertensiva	253	3.77
Deshidratación	249	3.71
Procesos infecciosos no señalados	221	3.3
Cardiopatía Isquémica	197	3
Infección de Vías Urinarias	154	2.9
IRC Diálisis	151	2.7
Neumonía	138	2.6
Atención Obstétrica	129	2.1
Neuropatía Diabética	104	1.8
Quirúrgica relacionada con DM	82	1.5
IRC Hemodiálisis	21	0.9
Tuberculosis	14	0.33
Retinopatía diabética	8	0.12
VIH/SIDA	8	0.12
Total	6986	100

Fuente: SVEHDM/DGAE/SSA/México, 2008

Durante el año 2008, el principal motivo de egreso hospitalario en los pacientes con DMT2, se debió a la mejoría de su estado de salud en un 87.27% (Ver Gráfica 4)

Gráfica 4. Motivo de egreso en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 Hospitalizados, México, 2008.



Fuente: SVEHDM/DGAE/SSA/México, 2008

CONCLUSIONES

Durante el año 2008, los casos de Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en unidades hospitalarias, disminuyeron un 30% respecto al registro de casos reportados durante el año 2007.

La Secretaría de Salud, fue la institución médica que tuvo el mayor número de registros de casos asociados a esta enfermedad (con más del 90% del registro de casos) respecto a las otras instituciones.

Respecto a la razón hombre: mujer, tal como se muestra en los años previos se mantuvo 1:1.

Cabe señalar que más del 50% de los casos atendidos se refirieron como sedentarios, así mismo, el IMC mayor a 30m^2 , se presentó en casi un 20% de los casos registrados.

Finalmente los resultados obtenidos indicaron que el tratamiento más utilizado, fue el oral combinado con un 26%; en el 10% de los casos la causa de ingreso al hospital se debió a Necrobiosis, y cerca del 90% de los pacientes hospitalizados se dieron de alta por mejoría, con un promedio de estancia hospitalaria de 8 días.

La prevención y control de la diabetes genera muchas actividades en el proceso de control metabólico. Por lo cual ante la magnitud del padecimiento, su trascendencia y vulnerabilidad es necesario reforzar el Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Diabetes en las Unidades Hospitalarias de 2º y 3er nivel de atención, del sistema de salud mexicano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Métodos para la prevención y el control de la obesidad y de la diabetes. Región de las Américas. OPS. En: http://new.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&task=view&id=195&Itemid=272, 2008.
3. Kleinman JC, Donahue RP, Harris MI, Finucane FF, Madans JH, Brock DB. Mortality among diabetics in a national sample. Am J Epidemiol 1988;128(2):389-401.3.
4. Hennis A, Wu SY, Nemesure B, Li X, Leske MC; Barbados Eye Study Group. Diabetes in a Caribbean population: epidemiological profile and implications. Int J Epidemiol 2002;31(1):234-239.
5. Intervenciones para la Prevención y manejo de la Diabetes. Organización Mundial de la Salud. En: <http://www.who.int/es/>, 2008.
6. Prevención primaria de la Obesidad y Diabetes. Organización Mundial de la Salud. En: <http://www.who.int/es/>, 2008.

PROCESÓ INFORMACIÓN

DR. CUITLÁHUAC RUÍZ MATUS
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE EPIDEMIOLOGÍA

M.CS. MARTIN 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