Boletín Informativo, México-2007

DM-2

Diabetes Mellitus

El tratamiento de la diabetes tiene como principal objetivo el mantener la glucemia a niveles normales o al menos en niveles aceptables. Es por ello que la orientación que se da al paciente está encaminada a un adecuado régimen alimenticio, a la práctica regular de la actividad física y al cumplimiento del tratamiento farmacológico.

En la práctica clínica el control del paciente diabético se realiza con la evaluación de niveles de glucemia, en los mejores casos a través de la determinación de la hemoglobina glucosilada.

La magnitud de la glucosuria depende de la carga de glucosa filtrada, de la velocidad de filtración glomerular y de la máxima reabsorción de glucosa. En condiciones normales la concentración de glucosa que corresponde al mínimo umbral de reabsorción (umbral renal de glucosa) es de 175 a 200 mg/dl.

El tiempo para obtener resultados de cada prueba para medir la glucosa se presenta en la siguiente tabla:

Prueba	Refleja Glucosa Sanguínea
Glucemia	Minutos
Glucosuria	Horas
Fructosamina	2-3 semanas
Hemoglobina glucosilada	2-3 meses

El umbral renal de glucosa presenta variaciones de acuerdo con la edad, en un anciano con diabetes el umbral renal puede alcanzar los 300mg/dl, lo cual puede dar una falsa estimación de los niveles de glucosa en sangre y con esto llevar un mayor descontrol. A diferencia en niños los umbrales son bajos debido a una mayor velocidad de filtración glomerular que puede verse en las primeras fases de la diabetes, uno de los factores que puede influir con las etapas de crecimiento, otros de los factores que pueden afectar la filtración glomerular son el embarazo, el síndrome nefrótico y el uso de glucocorticoides.

La glucosa en orina se puede medir de manera cualitativa a través del clinitest o tiras reactivas con glucosa oxidasa y de manera cuantitativa, esta última permite conocer la cantidad de glucosa en gramos perdida durante un intervalo.[1]

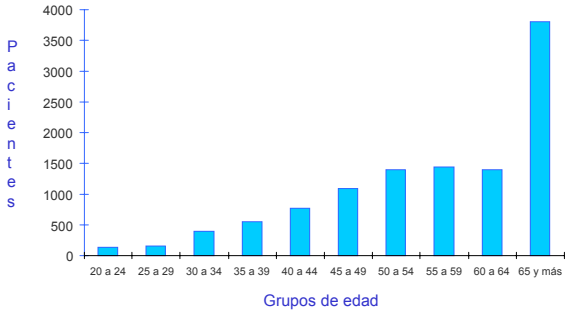
RESULTADOS AL CIERRE 2007

Para este año el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de la Diabetes Mellitus (SVEHDM), recopiló información a través del Sistema de Captura Ive-DM2, y de la plataforma en línea con un registro total de 11,068 casos con edad al diagnóstico mayor o igual a 20 años, de esta información el 86% de los casos son pacientes atendidos en hospitales de la Secretaría de Salud, 5% son de hospitales del ISSSTE, 4% de SEDENA, 1% de PEMEX, el Hospital Civil de Guadalajara también contribuyó con el 4% y está clasificado dentro de otras instituciones.

La distribución por género es de 44% para el masculino y 56% para el femenino. El promedio de edad al ingreso a hospitalización es de 58 años y al diagnóstico de 48.

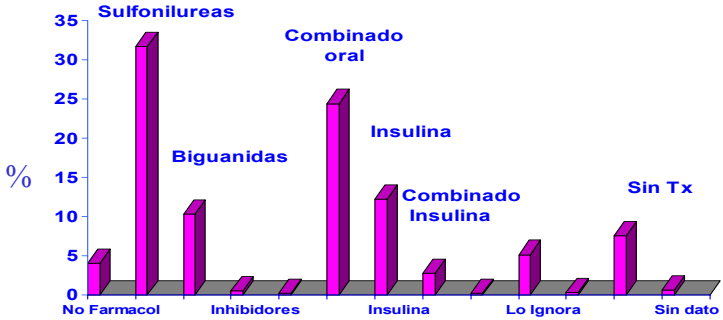
El 64% de los pacientes eran sedentarios y el 25% (N= 5,594) tuvieron un IMC mayor o igual a 30m^2 de Superficie Corporal. Del total de pacientes solo se consideró el 9% como incidente. De los casos referidos como prevalentes el tratamiento previo a su hospitalización fue el tratamiento con hipoglucemiantes orales principalmente las sulfonilureas (32%).

Distribución de los pacientes diabéticos hospitalizados Por grupos de edad, México 2007



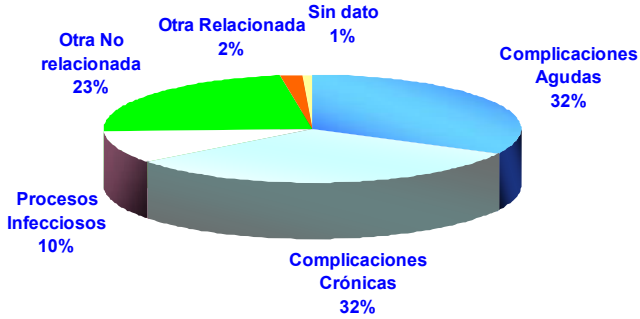
[1] *Rull J, Lerman I, Vázquez c, Salinas S; Sistema Actualización Médica de Diabetes. Edit. Intersistemas, Libro 2; pp:69-71.*

Proporción de casos de acuerdo al antecedente de tratamiento previo, en pacientes diabéticos hospitalizados, México 2007



De las causas de ingreso relacionadas con la Diabetes la más frecuente fue la cetoacidosis (10.4%), seguida del estado hiperosmolar (10.1%), necrobiosis (9.7%) y la insuficiencia renal (9.5%).

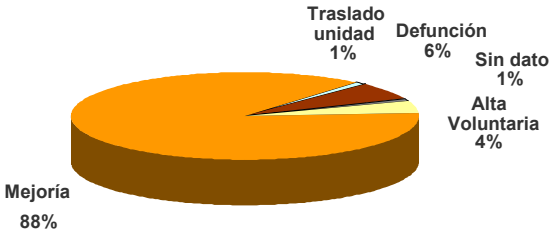
Principales causas de ingreso hospitalario en pacientes diabéticos, México 2007



Fuente: SVEHDM/DGAE/SSA/México, 2007

El promedio de estancia hospitalaria fue de 7 días con una mediana de 5 y con un máximo de 182 en 7,153 casos hospitalizados en los casos registrados en plataforma el promedio fue de 8 días. La glucemia al egreso fue en promedio de 144 mg/dl (6,495 registros). El área de mayor hospitalización fue Medicina Interna con el 65.8% de los casos, sólo el 2.4% tuvo una estancia más prolongada en Medicina Interna.

Motivo de egreso en pacientes con Diabetes Tipo 2, hospitalizados. México, 2007



Fuente: SVEHDM/DGAE/SSA/México, 2007

COMENTARIOS

La información que se presenta en línea puede tener discretas discrepancias por el número y los estados que notifican a diferencia de la base donde algunos datos relevantes pueden diluirse.

Es necesario hacer del conocimiento público que los datos pueden llegar a variar por la actividad de la Plataforma.

AGRADECIMIENTOS

El esfuerzo que hacen los estados por incorporar a sus unidades al módulo de captura en línea. Durante el 2007 se integraron a este sistema, Distrito Federal, Guerrero, Guanajuato, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

Procesó Información:

Dr. Hugo López Gatell Ramírez
Director General Adjunto de Epidemiología

Dra. Juana C. Sánchez Montes
Subdirectora de Sistemas Especiales para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles

Dra. Margarita Zárate Herreman
Responsable del Sistema

Tec. Ricardo Sartí Gutiérrez
Responsable Técnico del Sistema

Informes:

Dirección General de Epidemiología

Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles

Fco. de P. Miranda 177-5º piso,
Col. Unidad Lomas de Plateros,
Delegación Álvaro Obregón,
C.P. 01480, México D.F.

Tel.: 5337-1706 (Directo)

5337-1705 (Fax)

SALUD