

Diabetes mellitus: epidemia silenciosa

V. Albert Cuñat

Médico General. ZBS Guadalajara Periférico.

Debemos considerar la diabetes no como una enfermedad sino como un síndrome, básicamente caracterizado por alteraciones metabólicas y en el que es posible reconocer etiologías múltiples. El marcador del mismo es la hiperglucemia crónica y es posible encontrar alteraciones tanto en el metabolismo de los hidratos de carbono como de las proteínas o los lípidos. Este síndrome está condicionado tanto por factores genéticos como ambientales. El sustrato del que resultan todos estos hechos deriva de un déficit en la secreción de insulina, con fracaso total en el caso de la diabetes tipo 1, o bien de un defecto en la acción de ésta a nivel periférico o de la conjunción de ambos aspectos, como en el caso de la diabetes tipo 2. Pero tal vez la cuestión más importante, desde el punto de vista clínico, es que evolutivamente se acompaña de complicaciones vasculares específicas o microangiopáticas, donde incluimos la retinopatía y la nefropatía, macroangiopáticas (aterosclerosis) y neurológicas.

Otro aspecto no menos importante es el de su enorme impacto social y sanitario, dada su elevada prevalencia y la elevada morbimortalidad derivada de sus complicaciones a corto y medio plazo, ya mencionadas. La diabetes constituye una de las enfermedades crónicas que ha experimentado un mayor incremento en las sociedades occidentales. En nuestro país, a partir de datos procedentes de investigaciones efectuadas desde 1992 a 1998, se estima que la prevalencia es de alrededor del 5%, pero se estima, asimismo, que existe un porcentaje del 3,5% de diabetes desconocida. Por tanto, la prevalencia real, con notables diferencias en función de variables sociodemográficas y geográficas, sería cercana al 8,5%, lo cual podría representar una cifra de más de 2 millones de personas. Pero la cuestión se agrava si consideramos que algunos estudios efectuados en la Comunidad de Aragón encuentran una prevalencia de intolerancia hidrocarbonada del 7,2%. Señalaremos que del número total de diabéticos, el 90% corresponden a diabetes tipo 2, y el 10% restante a diabetes tipo 1. Los datos derivados de estudios epidemiológicos sustentan la hipótesis de un rápido aumento en la prevalencia de la diabetes tipo 2, de modo que cabe considerar que está adquiriendo características de una verdadera epidemia. Cabe asumir que en este incremento estén im-

plicados factores como el envejecimiento creciente de la población, la posibilidad de un diagnóstico cada vez más precoz, así como toda una serie de factores relacionados con el estilo de vida y el medio ambiente. Cabe señalar que los criterios de diagnóstico y clasificación de la diabetes aceptados por la OMS desde 1997 parecen razonables. Lógicamente, el impacto de la implantación de estos nuevos criterios se dejará notar tanto en la prevalencia, que tenderá a aumentar, como en la reclasificación de numerosas personas.

Si asumimos como un hecho cierto la alta prevalencia actual de complicaciones macro y microvasculares de la diabetes, tendremos que aceptar que el diagnóstico de este proceso se efectúa de un modo tardío. Si a ello añadimos las enseñanzas que nos aportan los resultados de estudios como el UKPDS, con reducciones notables de las complicaciones macro y microvasculares tras un control estricto y un tratamiento correcto, deducimos fácilmente la necesidad de una detección precoz de la diabetes. Actualmente, se plantea la necesidad de cribado universal mediante glucemia basal a todas las personas mayores de 45 años, repitiendo la prueba cada 3 años. El cribado antes de esta edad se considerará en poblaciones de riesgo, como obesos, personas con antecedentes familiares, etnias de riesgo, o en individuos con diabetes gestacional previa, dislipemia, hipertensión arterial o antecedentes personales de intolerancia hidrocarbonada. Por tanto nuestro papel como médicos de primaria en este aspecto es fundamental.

Finalmente, quisiera señalar la necesidad que tenemos los médicos de atención primaria de familiarizarnos con las técnicas instrumentales necesarias para el control y seguimiento del paciente diabético, por otro lado nada sofisticadas y a nuestro alcance, como el examen del fondo de ojo y el uso del monofilamento. Asimismo, señalaremos la necesidad de actualizarnos en el manejo terapéutico tanto en lo relativo a la utilización de mezclas de insulina, nuevos antidiabéticos orales y al uso combinado de éstos con insulinas. Todo lo cual derivará en la consecución del objetivo último de nuestro quehacer, que no es otro que evitar las descompensaciones agudas de la enfermedad, evitar o retrasar al máximo la aparición de las complicaciones macro y microangiopáticas, disminuir las tasas de mortalidad específicas por esta causa y mantener al paciente diabético con la mejor calidad de vida posible.