

Artículo original

Inmigración y diabetes mellitus: características de la descompensación diabética aguda

Immigration and diabetes mellitus: characteristics of the acute diabetic decompensation

A. Villoslada, R. Fortuny¹, A. Gómez, I. Rodríguez, J. Olivares, L. Masmiquel

Servicio de Endocrinología y Nutrición. ¹Servicio de Laboratorio y Bioquímica. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca

Resumen

Objetivo: Estudiar las diferencias de las características clínicas, bioquímicas y epidemiológicas entre inmigrantes no europeos (I-NE) y españoles ingresados por descompensación hiperglucémica aguda en un servicio de endocrinología y nutrición. **Material y métodos:** Analizar prospectivamente 98 pacientes ingresados consecutivamente durante 30 meses con el diagnóstico de descompensación hiperglucémica aguda. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según el origen étnico, comparando las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas. **Resultados:** Los I-NE representaron el 42,9% del total, presentando diabetes tipo 2 (DM2) en más de la mitad de los casos, así como una mayor incidencia de debut diabético. Los españoles presentaron hiperglucemias y acidosis más severas. Los anticuerpos anticélulas insulares (ICA) fueron más frecuentes entre los I-NE con debut de diabetes tipo 1 (DM1). Previo al ingreso, los I-NE usaban insulina no prandial y no seguían tratamiento para los factores de riesgo cardiovascular. **Conclusiones:** Los I-NE representan un alto porcentaje de ingresos hospitalarios por descompensación diabética, con mejor perfil metabólico, siendo la DM2 el diagnóstico más frecuente. El perfil inmunológico en la DM1 podría variar según la etnia. Las diferencias socioculturales que ello implica podrían condicionar la terapia insulínica y de prevención de comorbilidades.

Palabras clave: diabetes mellitus, descompensación hiperglucémica aguda, cetoacidosis diabética, inmigrantes.

Abstract

Background: We aimed to study whether significant differences exist between non European immigrants (NE-I) and native Spaniards (N-S) in clinical, biochemical and epidemiological characteristics when admitted for acute hyperglycaemic crisis at the Endocrinology and Nutrition Department. **Methods:** A prospective analysis of 98 adults consecutively admitted for acute hyperglycaemic crisis during 30 months was performed. Patients were divided into groups according ethnicity. Epidemiological, clinical and therapeutic data were compared between both groups. **Results:** Immigrants represented 42.9% of cases. More than half of the cases NE-I were diagnosed with type 2 diabetes (T2DM). Rate of new onset diabetes was higher among NE-I. N-S had more severe hyperglycaemia and acidosis. Positive ICA were more frequent in NE-I with type 1 diabetes (T1DM). Before admission, no prandial insulin was being used for NE-I either T1DM or T2DM. **Conclusions:** NE-I represent a high percentage of admission due to hyperglycaemic crisis, with a better metabolic profile. Among this group, T2DM is more frequent than T1DM. The immunological profile (ICA) of patients with T1DM could differ according ethnicity and the medical management of diabetes, and prevention of comorbidities could be influenced by socio-cultural differences.

Keywords: diabetes mellitus, acute hyperglycaemic crisis, diabetic ketoacidosis, immigrants.

Introducción

La población inmigrante representa alrededor del 9,9% de la población española, lo que supone 4,5 millones de habitantes¹. Datos recientes indican que la prevalencia de diabetes está aumen-

tando en esta población, tanto en los países de origen como en los países de acogida. Por otra parte, estudios realizados en Estados Unidos sugieren que la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) representa un porcentaje importante de los ingresos hospitalarios por cetoacidosis, especialmente en individuos de procedencia latina y afroamericana². Sin embargo, la información sobre las características de la descompensación diabética aguda en función de la etnia en Europa es escasa. Por ello, se realizó un estudio con el fin de analizar las diferencias clínico-epidemiológicas y terapéuticas de los pacientes adultos que ingresan por descompensación diabética aguda en nuestro medio.

Pacientes y métodos

Se estudiaron de forma prospectiva los datos clínicos, epidemiológicos, bioquímicos y terapéuticos de los 98 pacientes que ingresaron de forma consecutiva por descompensación diabética

Fecha de recepción: 10 de noviembre de 2009

Fecha de aceptación: 7 de diciembre de 2009

Correspondencia:

A. Villoslada. Hospital Son Llàtzer. Ctra. de Manacor, km 4. 07198 Palma de Mallorca. Correo electrónico: avilloslada@hsl.es

Lista de acrónimos citados en el texto:

anti-GAD: anticuerpos antiácido glutámico decarboxilasa; DLP: dislipemia; DM: diabetes mellitus; DM1: diabetes mellitus tipo 1; DM2: diabetes mellitus tipo 2; E-N: españoles nativos; GRD: grupos relacionados por el diagnóstico; HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; HCO₃: bicarbonato; HDL: lipoproteínas de alta densidad; HTA: hipertensión arterial; ICA: anticuerpos anticélulas insulares; I-NE: inmigrantes no europeos; LDL: lipoproteínas de baja densidad; n.s.: no significativo; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; TCIH: terapia convencional intensificada con insulinas humanas.

aguda en el servicio de endocrinología y nutrición de un hospital de tercer nivel, desde enero de 2005 hasta junio de 2007. Se excluyeron al inicio los pacientes de nacionalidad europea que no eran españoles.

Se definió como paciente ingresado por descompensación diabética aguda aquel que presentaba un cuadro clínico compatible con hiperglucemia (>240 mg/dL), cetonemia y/o acidosis metabólica (pH sérico $<7,37$ y HCO_3^- sérico <22 meq/L) y/o hiperosmolaridad (osmolaridad plasmática >350 mosmol/L)³.

En el grupo de pacientes estudiados se diferenciaron dos poblaciones: una de pacientes nacidos en España y otra extranjera (definida como aquella nacida fuera de la Unión Europea y cuyos individuos pertenecían a países de escasos recursos económicos). La etnia de procedencia se identificó mediante los datos administrativos del hospital y, en los casos de pacientes sin documentación, por entrevista clínica. Para ampliar los datos de la anamnesis se utilizó el recurso informático eSIAP (aplicación informática corporativa utilizada en atención primaria para registrar la historia clínica electrónica del paciente).

Los pacientes diabéticos se clasificaron como DM1 o DM2 siguiendo los criterios de la American Diabetes Association⁴.

Se consideraron las siguientes variables:

- *Variables sociodemográficas:* edad, sexo y nacionalidad.
- *Variables clínico-epidemiológicas:* hábitos tóxicos (tabaquismo activo, enolismo moderado/severo [>30 g de alcohol/día]). Antecedentes familiares de primer grado de DM. Patología concomitante: hipertensión arterial (HTA) (PAS >140 mmHg y/o PAD >90 mmHg y/o tratamiento con hipotensores); dislipemia (DLP) (definida cuando la cifra de colesterol total es >250 mg/dL y/o la cifra de colesterol LDL (c-LDL) >160 mg/dL, al menos en dos ocasiones, registrado como tal en la historia clínica, o bien bajo tratamiento hipolipemiente); cardiopatía isquémica (evidencia clínica de infarto de miocardio o isquemia miocárdica clínicamente significativa, historia de cirugía o angioplastia coronaria, o evidencia de arteriosclerosis coronaria registrada en la historia clínica, estuviera o no en tratamiento médico); enfermedad renal crónica a partir de estadio III (cuando el filtrado glomerular es <30 mL/min/1,73 m²)⁵; ictus (definido como afectación cerebral focal y aguda producida por un trastorno circulatorio, no convulsivo, de más de 24 horas de evolución con tomografía computarizada/resonancia magnética concordante con la clínica⁶ y/o evidencia registrada en la historia clínica). Causa precipitante del ingreso: infecciosa, transgresión dietética, pancreatitis aguda, corticoterapia, abuso de alcohol, cardiopatía isquémica, ictus, otras.
- *Variables bioquímicas al ingreso:* glucosa, pH venoso, HCO_3^- , cetonuria, HbA_{1c} , anticuerpos anti-GAD y/o IA2, anticuerpos anticélulas insulares (ICA), ionograma, creatinina, perfil lipídico (colesterol total, colesterol HDL (c-HDL), c-LDL, triglicéridos), hormonas tiroideas e índice albúmina/creatinina en orina. Los pacientes se clasificaron, según el índice albúmina/creatinina (mg/g), en tres grupos: normoalbuminúricos (con valores <30 mg/g), microalbuminúricos (30-299 mg/g) y macroalbuminúricos (≥ 300 mg/g)⁷.

- *Variables terapéuticas al ingreso:* tratamiento antihipertensivo, tratamiento hipolipemiente, antiagregantes, antidiabéticos orales, regímenes de insulina.
- *Variables de gestión:* se evaluó la complejidad de la casuística para cada grupo a partir del peso del grupo relacionado por el diagnóstico (GRD) de cada ingreso, facilitado por el departamento de codificación del hospital. Asimismo, se estimó la media de la estancia hospitalaria en días para cada grupo.

El análisis de los datos se realizó utilizando el programa estadístico SPSS-PC versión 8.0. Para contrastar la normalidad de las variables continuas se utilizó la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov. La diferencia entre las medias de las distribuciones de dos variables se examinó a través de la prueba de la t de Student, y los datos se expresan como media $\pm$ desviación estándar. El grado de asociación entre dos variables cualitativas se investigó mediante la prueba de la ji al cuadrado o la prueba exacta de Fisher, en función del número de la muestra y el valor esperado en los diferentes subgrupos. En todos los casos se excluyó la hipótesis de nulidad cuando el error alfa fue inferior al 5%.

Resultados

Características clínico-epidemiológicas

Las características clínico-epidemiológicas de los 98 pacientes que ingresaron por descompensación diabética aguda se detallan en la tabla 1.

Destaca la elevada prevalencia de la población no nativa, que representaba el 42,9% de la muestra. De ésta, el 45,2% de los sujetos eran de origen magrebí ($n=19$) y el género masculino el predominante (69% [$n=29$]), en contraste con el grupo autóctono (50% [$n=28$]; $p=0,04$). Entre los hábitos tóxicos, los nativos presentaron de forma significativa un mayor porcentaje de fumadores activos, y los extranjeros un mayor consumo de alcohol.

El debut diabético fue el diagnóstico más frecuente entre la población no autóctona. La DM2 representó la etiología predominante entre los inmigrantes (57%) y la DM1 entre los nativos (64%). Asimismo, en relación con la menor prevalencia de DM2, se observó un menor índice de masa corporal en la población autóctona.

El análisis de la casuística basada en el sistema de GRD indica una tendencia a una mayor complejidad del ingreso en la población nativa, aunque sin alcanzar significación estadística (peso medio GRD: $1,065 \pm 0,561$ frente a $0,979 \pm 0,388$; $p=0,3$). A pesar de ello, la estancia media fue menor en el grupo de población local ($5,59 \pm 2,7$ frente a $6,03 \pm 3,23$ días), si bien tampoco alcanzó significación estadística.

Tipo de diabetes

El porcentaje total de pacientes con DM1 fue del 55% ($n=54$). Dentro de éstos, el 67% ($n=36$) de los casos se observaron en población autóctona ($p=0,03$).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3253964>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3253964>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)