



GLUCEMIA BASAL ALTERADA EN UN CENTRO DE SALUD. ¿ES ÚTIL? ¿QUÉ HACEMOS?

Dr. Juan Nino Montá Fried, Dr. Jose Luis Carratalá García y Dr. Juan Ignacio Pintado Pico
Centro de Salud de Tamaraceite

Introducción

-La determinación de las cifras de glucosa en sangre venosa, dentro de unos parámetros determinados, es lo que actualmente y según las guías, define la diabetes como enfermedad.

DIABETES MELLITUS: DEFINICIÓN

-Bioquímica: concentración elevada de glucosa en sangre. (Claude Bernard en 1895)

-Fisiopatología: trastorno metabólico crónico grave más frecuente, causados por la secreción de insulina, acción de insulina o ambos.

-Patológica: se produce destrucción autoinmune de las células Beta pancreáticas, con el consecuente déficit de producción de insulina y otras anomalías, que conllevan a una resistencia a la acción de la insulina. Todo ello causa alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas.

EPIDEMIOLOGÍA 1. Según el DOCUMENTO ESTRATEGIA EN DIABETES DEL SNA 2012:

-La DM afecta a más de 366 millones de personas en el mundo, y la previsión para el 2030 es de 552 millones (1 de cada 10 adultos).

-La PREVALENCIA mundial estimada por la INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF) es del 8,3% en España. Según el estudio DIABET.ES la sitúan casi en el 14%.

EPIDEMIOLOGÍA 2. El aumento de DM T2 se produce en todos los países. La mayoría de los diabéticos tienen entre 40 y 59 años y el 90% de los casos corresponden a DM T2. 183 millones (el 50%) de personas están sin diagnosticar. La Diabetes causó 4,6 millones de muertes en 2011.

EPIDEMIOLOGÍA 3. Representó en 2011 el 11% de los gastos totales de sanidad en adultos. Es la 1ª causa de ceguera, tto sustitutivo renal, y amputación no traumática en los países occidentales, y se asocia con ECV como 1ª causa de muerte. La diabetes mal controlada acelera las complicaciones y la muerte prematura.

EPIDEMIOLOGÍA 4. Se deben abordar intervenciones multidisciplinarias y estatales conjuntas, dirigidas a la mejor planificación y tratamiento, con especial atención a la PREVENCIÓN.

CLASIFICACIÓN:

-DM1: afecta más frecuentemente a población joven y se caracteriza por una producción insuficiente de insulina que requiere de administración diaria de esta hormona.

-DM2: se caracteriza por una producción insuficiente y/o uso metabólico ineficiente de la insulina producida en el páncreas. Es el tipo más frecuente, alcanzando el 90% de la enfermedad diagnosticada.

-DG: definida como hiperglucemia con inicio o reconocimiento inicial durante el embarazo con independencia de que precise o no tto con insulina o de que regrese después del parto.

Objetivos

Existencia de alguna alteración en las variables estudiadas (constantes, parámetros analíticos, ttos recibidos,...) que causen GBA y esto nos permite prevenir y/o predecir la evolución hacia la Diabetes.

Métodos

MATERIALES

-RECURSOS HUMANOS:

Enfermería: medición de constantes (peso, altura, IMC, FC,...) y análisis.

-RECURSOS MATERIALES:

Laboratorio: toma de muestra en el C.S. y resultado analizado y enviado por el Hospital de referencia.

MÉTODO: ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL

-Valoraremos su relación con distintas variables, evolución en el tiempo y ttos.

-Si clasificamos correctamente (GBA o Diabetes) confirmando la GBA con una 2ª determinación.

-Cuanto tiempo transcurre en pasar de GBA a Diabetes.

-Si hay influencia en los ttos recibidos.

-Si debemos tener en cuenta otras variables no estudiadas (TA, perímetro abdominal)

CURVA DE GLUCOSA (T)

Sobrecarga oral de 100g de glucosa (entre la 24 y 28 semanas de gestación). En mujer no previamente diagnosticada de Diabetes.

Valores de referencia: se considera respuesta anómala cuando 2 o más puntos sobrepasan los siguientes valores:

-Basal: inferior a 110 mg/dl.

-60 minutos: inferior a 180 mg/dl.

-120 minutos: inferior a 155 mg/dl.

-180 minutos: inferior a 140 mg/dl.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DM SEGÚN LA OMS				
	GLUCEMIA PLASMÁTICA EN AYUNAS	SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA (SOG)	GLUCEMIA AL AZAR	HbA1c
GBA	110-125mg/dl*	-	-	5,7-6,4% (39-47mmol/mol)
TAG	-	>140mg/dl	-	-
DIABETES	≥126 mg/dl	≥200 mg/dl	≥200mg/dl + síntomas cardinales	≥6,5%(48 mmol/mol)

*En el caso de glucemia plasmática en ayunas, la ADA considera el rango 100-125 mg/dl para la GBA

Resultados

-Teniendo en cuenta la clasificación de Diabetes en el año 2010 de Glucemia mayor o igual a 126mg/dl:

Sólo a 2 pacientes se le realizó SOG para cribado de Diabetes. Al resto de los pacientes no se les hizo una 2ª determinación de glucemia.

Encontramos a 3 pacientes con el diagnóstico de GBA, que actualmente serían clasificados como diabéticos. Sólo 1 paciente estaría en el rango GBA.

No encontramos ningún dato de relación causa-efecto con las variables analizadas (peso, altura, IMC, FC, parámetros analíticos y tto crónico).

PACIENTES POR EDAD Y SEXO				
GRUPOS DE EDAD	AMBOS SEXOS TOTAL/MUEST	VARONES	HEMBRAS	TOTAL
16-24	(3)	(2)	(1)	0
25-34	(3) 1	(2)	(1) 1	1
35-44	(12) 1	(5) 1	(7)	1
45-54	(7) 1	(3) 1	(4)	1
55-64	(2)		(2)	0
65-74	(3)	(2)	(1)	0
75 y mas	(7) 2	(3) 1	(4) 1	2
TOTAL	(37) 5	(17) 3	(20) 2	5

DISPERSIÓN DE GLUCEMIAS POR PACIENTES																									
	162	157	154	144	142	138	130	129	128	126	123	122	121	118	114	113	110	104	96	94	88	85	82	78	
1		*				*	*		*	X	*		*												
2								*	*	X				*	*		*								
3						*			*	X				*											
4										X						*		*	*	*					
5			*	*						X										*	*	*	*	*	*
T	*				*						*														
	<	D	I	A	B	E	T	E	S	>	<	-	G	B	A	-	>	N	O	R	M	A	L		

Conclusiones

Debería hacerse un estudio más serio, con otras variables que pueden tener relación, como son la TA y el perímetro abdominal.

Referencias:

- Chena José A. y colaboradores. Diabetes Mellitus. Aspectos para atención primaria de salud. Novo Nordisk año 2011. Pag 24-38.
- Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. Pag: 9-91.
- Quevedo Segnini Luis. Estadística Médica. Escuela de Salud Pública. Caracas- Venezuela 1975. Pag:31-75