

INFORME SOBRE LA DIABETES EN LAS AMERICAS¹

La diabetes mellitus plantea serios y crecientes problemas de salud pública en la mayor parte del Hemisferio. En vista de ello, la OPS auspició un Grupo de Estudio Internacional sobre Diabetes Mellitus, que se reunió en la sede de la Organización, en Washington, D.C., del 3 al 6 de diciembre de 1974. La reunión contribuyó a poner de relieve el peligro de la enfermedad, a formular recomendaciones dirigidas a combatirla y a impulsar la creación de programas de control. La siguiente nota está basada en la sección de introducción y las recomendaciones del informe final del Grupo de Estudio.

La diabetes mellitus como problema de salud

El mejoramiento progresivo de las condiciones económicas y sanitarias en el Hemisferio y el avance logrado tanto en el control de las enfermedades infecciosas como en la reducción de la mortalidad infantil, están determinando un incremento de las enfermedades crónicas, en particular la "Tríada de la Sobrealimentación": diabetes, obesidad y aterosclerosis.

Al evaluar el problema de la diabetes mellitus se debe tener presente que el concepto de esta enfermedad se ha extendido más allá del trastorno metabólico agudo; que las complicaciones vasculares son pre-

dominantes y que su relación con la aterosclerosis y la obesidad se plantea sobre la base de dependencia de algunos factores ambientales comunes. Los patrones hereditarios, los tipos de diabetes, la frecuencia de las complicaciones y los tratamientos actuales suelen diferir en los distintos países, lo que dificulta más su comparación.

Si bien la herencia indudablemente constituye un fenómeno primario de la diabetes mellitus, no es menos cierto que la obesidad es su principal factor desencadenante. Muchas de las correlaciones que aparecen en la literatura sobre la diabetes con respecto a la raza, edad, sexo, ocupación, etc., deberían ser corregidas según la frecuencia e intensidad de la obesidad en los distintos grupos estudiados. En efecto, la distribución geográfica mundial de la diabetes, su prevalencia en áreas urbanas o rurales, su aparición después de los 40 años y la mayor frecuencia en mujeres múltiparas, bien pudiera estar condicionada por la obesidad como factor desencadenante.

Las experiencias recogidas en países de la Región con diferentes dietas y condiciones ambientales revelan también diferentes tasas de prevalencia de diabetes mellitus que pueden atribuirse a estos factores. Así, una alta prevalencia de diabetes guarda relación con la ingestión de dietas hipercalóricas en aquellos grupos con una alta proporción de individuos obesos. En cambio, donde la prevalencia de la enfermedad es baja, predominan los individuos de bajo peso y las dietas son relativamente hipocalóricas.

¹ Organización Panamericana de la Salud, Informe Final del Grupo de Estudio sobre Diabetes Mellitus, Washington, D.C., 3-6 de diciembre de 1974 (documento mimeografiado), págs. 1-3 y 17-18.

La diabetes juvenil ocurre con mucha menor frecuencia y se desconocen sus factores desencadenantes, si bien es habitual que se inicie después de una enfermedad infecciosa.

Aun cuando existen pocos estudios definitivos se piensa, en general, que la frecuencia de la diabetes juvenil difiere en los distintos países. En el Japón las cifras son cinco veces menores que las de Estados Unidos de América; en el Caribe su prevalencia es también mucho más baja, donde la diabetes juvenil llega solo al 2.4% del número total de casos de diabetes en Jamaica y solo al 1% en Cuba.

Si bien existen estudios clínicos que dan cuenta de una alta prevalencia de las complicaciones de la diabetes, no existe información a nivel nacional en ningún país de la Región sobre su real impacto ni sobre los factores involucrados en su patogenia. Dichas complicaciones constituyen una de las principales causas de hospitalización y están determinando tasas elevadas de morbilidad y mortalidad en la Región.

La relación entre diabetes y aterosclerosis ha sido analizada clínica y epidemiológicamente, pero dado que parecen intervenir múltiples factores, no se puede establecer entre ambas afecciones ninguna relación de causa y efecto.

La magnitud del problema de salud pública que plantea la diabetes se ha estimado sobre la base del número de personas que padecen, mueren o quedan inválidas a causa de la enfermedad. Los egresos hospitalarios registran solo una parte del problema de la morbilidad. Se requiere un sistema de salud que garantice un diagnóstico adecuado de diabetes y un registro estadístico de egresos. No todos los países poseen tal sistema de registros, por tanto su información no es comparable; no obstante, proporcionan una idea aproximada de la situación y revelan que la tasa de egresos por 100,000 habitantes se ha incrementado de 15 a 20 veces en 50 años, mientras que los egresos por todas las causas solo se han duplicado.

La morbilidad por diabetes se ha medido directamente mediante encuestas realizadas en algunos países de América Latina y el Caribe. Los resultados obtenidos en diferentes países no son comparables dado que las muestras no son representativas de la población y los métodos empleados y los criterios de diagnóstico son diferentes. Con todo, en algunos países esos resultados han permitido hacer estimaciones de la morbilidad diabética que, en cierto modo, señalan la magnitud del problema y la necesidad de establecer programas mayores de tratamiento y control. Se ha estimado también la morbilidad diabética mediante el Registro de Consumidores de Medicamentos Anti-diabéticos; los resultados denotan las ventajas e inconvenientes del método y las dificultades de mantenerlo actualizado.

La mortalidad diabética es el índice que más comúnmente se usa para expresar la importancia y distribución de la diabetes; sin embargo, las tasas de mortalidad solo dan a entender una parte del problema debido a la influencia de varios factores, tales como:

- 1) En muchos países no es uniforme ni aceptable el nivel de certificación médica de defunciones.

- 2) En muchos casos en que los pacientes de diabetes fallecen de alguna complicación cardiovascular, no se incluye el diagnóstico de la diabetes en el certificado de defunción o se incluye como causa contribuyente.

- 3) *La Sexta Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte* (1949) adjudicó al médico la responsabilidad de establecer la causa principal de muerte de un paciente, abandonando así el sistema de prioridades vigente hasta entonces.

Estos factores ocultan la magnitud del problema y reducen el valor de las tasas de mortalidad, por lo que es indispensable establecer sistemas de corrección de la información suministrada por los certificados de defunción, en conformidad con los usados en el estudio de mortalidad interamericana realizado por la OPS.

Sin embargo, a pesar de la influencia de estos factores, la mortalidad por diabetes en América Latina revela un aumento progresivo en casi todos los países. La mortalidad es visiblemente mayor en países de habla inglesa del Caribe, donde existen las tasas nacionales más altas del mundo; es muy interesante señalar que los países hispanoamericanos de Centroamérica tienen tasas de mortalidad muy bajas comparadas con las del Caribe. El estudio interamericano de mortalidad² reveló que la diabetes fue responsable del 2.6% de todas las muertes en las 12 ciudades estudiadas³ y que la mayoría de las ciudades latinoamericanas tienen tasas ajustadas por edad, mayores que las de San Francisco y Bristol; se destaca que la Ciudad de México tiene la mortalidad más alta, 8 veces mayor que la de Bristol y 2 ó 3 veces superior a la de otras ciudades latinoamericanas incluidas en el estudio.

No se ha precisado aún con exactitud el daño que causa la diabetes en América Latina, pero es evidente que el impacto es de cierta intensidad si se considera que—dado su carácter crónico y aumento progresivo en complicaciones invalidantes—es responsable de hospitalizaciones, ceguera, amputaciones, pensiones y subsidios económicos, costos de atención médica y malas perspectivas de sobrevivencia.

El enfermo de diabetes sobrevive menos tiempo y tiene doble probabilidad de morir que el no diabético; si se presentan complicaciones las posibilidades de sobrevivir se ven reducidas aún más. En algunos países la diabetes es la causa principal de amputaciones y ceguera en los mayores de 40 años.

Los datos disponibles en la Región sobre mortalidad y morbilidad, el aumento espe-

rado de la población, el cambio probable de su composición en términos de una proporción más alta de gente de edad más avanzada, permiten suponer que en los próximos 10 a 15 años el problema de la diabetes mellitus se habrá acentuado, junto con un aumento significativo de la frecuencia de sus complicaciones.

Recomendaciones generales

El Grupo de Estudio recomienda:

1) Poner en conocimiento de las autoridades de salud de los Gobiernos de la Región los antecedentes disponibles que demuestran la importancia de la diabetes mellitus, asociada con la obesidad y la aterosclerosis, como un problema de salud pública.

2) Organizar unidades técnicas de diabetes o de enfermedades crónicas no transmisibles a nivel de Ministerios o Servicios de Salud.

3) Contribuir al mejor conocimiento de la magnitud real del problema a través de un sistema simple de registro de pacientes diabéticos. Este registro debería iniciarse con los casos conocidos en áreas específicas de países donde la diabetes constituye un grave problema.

4) Realizar estudios multinacionales de prevalencia e incidencia de diabetes en los países de la Región, mediante el uso de métodos estandarizados y con una cobertura de grupos representativos de población.

5) Organizar programas de atención integral del enfermo diabético, de acuerdo con los sistemas de salud existentes en cada país. Estos programas deben tender a aumentar la cobertura a través de la descentralización de pacientes desde centros especializados hacia el nivel de atención comunitario. Esta es la única manera de garantizar la utilidad de programas masivos de detección.

6) Promover la enseñanza de diabetes en las Escuelas de Medicina, Enfermería, Nutrición y afines, en programas concordantes con la magnitud del problema. Promover, a nivel

² Véase R. R. Puffer y G. W. Griffith, *Características de la mortalidad urbana: Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1968 (Publicación Científica de la OPS 151).

³ Bogotá, Colombia; Bristol, Inglaterra; Cali, Colombia; Caracas, Venezuela; Guatemala, Guatemala; La Plata, Argentina; Lima, Perú; México, D.F., México; Ribeirão Preto, Brasil; San Francisco, E.U.A.; Santiago, Chile, y São Paulo, Brasil.

de posgrado, la formación de especialistas, el adiestramiento de médicos no especialistas en la atención del diabético y el adiestramiento de personal de colaboración médica en el campo de la diabetes mellitus y de las enfermedades crónicas en general.

7) Identificar y fortalecer centros calificados de la Región en lo que se refiere a investigación, docencia y asistencia especializada en diabetes.

8) Promover actividades de educación para pacientes diabéticos y el público en general, con la participación activa de la comunidad y organizaciones interesadas.

9) Adaptar, en cada país, los métodos actuales de tratamiento a la situación socioeconómica y cultural local. Esto es de especial importancia para el tratamiento dietético y la correcta prescripción de la insulina y de los medicamentos hipoglicemiantes orales.

10) Promover en la Región las investigaciones básicas, clínicas y epidemiológicas destinadas a solucionar la problemática local y contribuir al mejor conocimiento de la naturaleza de la enfermedad y sus complicaciones. Se destaca la importancia de realizar estudios sobre el mal rendimiento del tratamiento dietético; sobre los factores que afectan el desarrollo de las complicaciones vasculares; las investigaciones operacionales de los sistemas de atención y la asociación con la obesidad como factor desencadenante de la diabetes.

11) Que la Organización Mundial de la Salud incorpore en el Certificado de Defunción de 1978, un sistema de codificación de causas múltiples, a fin de facilitar el análisis significativo de las condiciones relacionadas con la diabetes, y aumentar la utilidad de la información contenida en la certificación de defunción en lo que se refiere a todas las enfermedades crónicas y multisistemáticas.

12) En vista de la importancia creciente de la diabetes mellitus en la Región, instar a la Organización Panamericana de la Salud a que continúe prestando debida atención al problema y que asuma un papel activo en la ejecución de las recomendaciones del Grupo de Estudio. El Grupo asimismo recomienda:

- a) El establecimiento de un sistema permanente de vigilancia, que permita asegurar que las recomendaciones se conviertan en actividades concretas de colaboración con los países de la Región con respecto a sus programas de control.
- b) La coordinación de actividades multinacionales, con la colaboración de agencias no gubernamentales como la Asociación Americana de Diabetes y asociaciones locales. Entre estas actividades, se consideran prioritarias las investigaciones epidemiológicas, el programa de registro y las actividades educacionales.
- c) La iniciación del programa de registro con un modelo de diseño común, solo en algunas áreas específicas de algunos países donde la diabetes constituye un serio problema.

GUIA TECNICA PARA UN SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA POLIOMIELITIS ¹

Si bien en los últimos 10 años se ha logrado controlar la poliomielitis en algunos países mediante la vacunación, muchos otros aún no han organizado programas de inmunización sistemática que garanticen una cobertura suficiente; en consecuencia, estos

experimentan frecuentes brotes epidémicos de la enfermedad. La vigilancia como una actividad continua es indispensable a fin de descubrir oportunamente los brotes poliomiélticos y poder llevar a cabo la planificación, ejecución y evaluación eficaces para su prevención y control.

Teniendo en cuenta que el problema de la poliomielitis es de extensión mundial, la 22^a

¹ Texto traducido de *Weekly Epidemiological Record*, OMS, Vol. 50, No. 22, 30 de mayo de 1975.