

Resúmenes de trabajos libres



Abstracts

FEDERACIÓN DIABETOLÓGICA COLOMBIANA Y
FUNDACIÓN COLOMBIANA DE DIABETES •
CARTAGENA DE INDIAS, 28 A 30 DE JUNIO DE 2007



1

DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) Y DETERIORO DE LA FUNCIÓN PULMONAR

RJ DENNIS^{1,3}, D MALDONADO², MX ROJAS³, P ASCHNER⁴, MA RONDON³ AND A CASAS²

¹Medicina Interna, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia; ²Neumología, Fundación Neumológica Colombiana, Bogotá, Colombia; ³Epidemiología Clínica and Bioestadística, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, y ⁴Endocrinología, Asociación Colombiana de Diabetes, Bogotá, Colombia.

Objetivos. Identificar si hay diferencias en la función pulmonar de pacientes con DM2 y la función pulmonar de pacientes sin DM2. Evaluar si existen diferencias en la función pulmonar de pacientes con DM2 con control adecuado e inadecuado de glucemia.

Material y métodos. Diseño: Estudio observacional analítico de casos y controles. Lugar: Asociación Colombiana de Diabetes (ACD) en Bogotá. Sujetos: Pacientes que asisten a control en la ACD. 362 sujetos con DM2 (casos) y 230 sujetos sin DM2 (controles) del mismo sexo y edad. Medidas: Encuesta estandarizada, curvas flujo-volumen y muestras de sangre para glucemia y hemoglobina glicosilada (HbA1c). Análisis estadístico: Determinación de valores predichos de la función pulmonar espirométrica con ecuaciones de Hankinson. Se evalúan diferencias entre casos y controles en el porcentaje del valor predicho para Capacidad Vital Forzada CVF(%) y Volumen Espiratorio Forzado VEF1(%) y las mismas diferencias entre pacientes con DM2 bien controlada (HbA1c \leq 7) y mal controlada (HbA1c $>$ 7), usando prueba t de Student.

Resultados. Casos: 362. Controles: 230. Hombres: 44% de casos y 37% de controles. Edad promedio casos: 54 (SD 7.6) y controles 48 (SD 8.3) años. Los casos con DM2 tienen menor promedio de CVF (%) (99.8 vs 94.6, P<0.001) y VEF1 (%) (98.3 vs 95.9, P=0.03) respecto al predicho que los controles. Pacientes con control inadecuado de glucemia tienen menor CVF (%) (97.6 vs 93.5, P=0.01) y menor VEF1 (%) (98.5 vs 94.9, P=0.02) con respecto al valor predicho.

Discusión. Los pacientes con DM2 muestran diferencias en los parámetros básicos de la función pulmonar (CVF y VEF1) respecto a pacientes sin DM2, al igual que los pacientes con diabetes bien y mal controlada. Estas diferencias pueden estar asociadas con otras variables como peso, tabaquismo y duración de la enfermedad, que se evaluarán al completar el tamaño de la muestra.



2

PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON ACANTOSIS NIGRICANS: ASOCIACIÓN CON ACROCORDONES

A de J Márquez, G A Márquez

Centro de Atención Integral al Diabético, CAIAD, Corozal, Sucre

La acantosis nigricans se ha asociado entre otras con insulinorresistencia y se ha sugerido como marcador cutáneo de la misma, pero no de igual forma los acrocordones cuya etiología no es bien conocida y con muy pocas referencias que relacionan su presencia con la diabetes mellitus. En nuestro trabajo

hacemos algunas consideraciones sobre la fisiopatología y la importancia de estos marcadores cutáneos en el caso de resistencia a la insulina.

Objetivo y metodología. Durante cinco meses examinamos con énfasis el cuello, las axilas y la piel de los pacientes que consultaron a nuestro centro en la búsqueda de acantosis nigricans. Al detectar cada caso, hicimos el registro fotográfico correspondiente y realizamos observación y análisis de su perfil clínico incluyendo la presencia de acrocordones, medidas antropométricas, presión arterial, comportamiento glucémico, valores lipídicos y aminotransferasas.

Resultados. Encontramos 17 pacientes con acantosis nigricans de los cuales 15 presentaron acrocordones. Hubo 11 hombres y 6 mujeres. El IMC estuvo entre 25.5 y 53 kg/m² con una media de 34.9. El perímetro abdominal estuvo entre 88 y 175. con un promedio de 109 cms. Encontramos tres pacientes con diabetes, seis pacientes con glucemia en ayunas mayor de 100 mg/dl de los cuales dos tuvieron al tiempo glucemia dos horas postcarga > 140 mg/dl y uno tuvo glucemia dos horas postprandial >140 mg/dl. Hubo 11 pacientes con criterios para síndrome metabólico (IDF) y en todos ellos se presentó obesidad visceral y presión arterial por encima de 130/85.

Discusión y conclusiones. Una observación interesante es la de que los dos casos sin acrocordones corresponden a mujeres con perímetro abdominal de 88 cm. (IMC=26) y 89 cm. (IMC= 25.5), pudiéndose pensar que la mayor obesidad visceral puede ser factor determinante para la aparición de los mismos. Resulta llamativo que con perímetros de tan sólo 95 cm en hombres y 88 cm en mujeres, se presenta ya acantosis nigricans, lo cual sugiere alta vulnerabilidad en algunos individuos de nuestra zona de influencia para expresar este marcador cutáneo de resistencia a la insulina. El síndrome metabólico fue de ocurrencia frecuente en nuestra casuística (64.7%). La alta frecuencia de acrocordones acompañando a la acantosis nigricans (88%) nos permite sugerirlo como un marcador cutáneo de valor cuasiequiparable. Nuestras observaciones permiten sugerir estudios que incluyan muestras representativas de la población para validar la importancia, sensibilidad y especificidad de estos marcadores. Desde ya, sin embargo, podemos recomendar a la acantosis nigricans y acrocordones como elementos del examen físico al alcance de la vista y de utilidad para la sospecha de resistencia a la insulina, de síndrome metabólico y de DM2.



3

REPORTE DE EXPERIENCIA DE UNA “EVALUACIÓN POR ETAPAS” DE PERSONAS CON DIABETES E HIPERGLUCEMIA INTERMEDIA QUE ASISTEN A UN CENTRO MÉDICO DE LA POLICÍA NACIONAL DE BOGOTÁ

A. Orduz

Centro Médico de Kennedy de la Policía Nacional, Bogotá

Objetivo. Evaluar el estado clínico de personas con diabetes e hiperglucemia intermedia que asisten a la consulta externa de un centro médico de primer nivel de la Policía Nacional de Bogotá con base en una evaluación por etapas.

Material y métodos. Durante cuatro meses se examinaron 320 pacientes que tenían diabetes o hiperglucemia intermedia. A cada uno se les realizaron cuatro consultas, en promedio una por mes, de más o menos 20 minutos de duración. Las diferentes evaluaciones requeridas, aparte de los signos vitales tomados en cada consulta y de la intervención terapéutica individualizada, se realizaron de la siguiente manera:

Primera visita: educación individual en diabetes y motivación para la dieta y el ejercicio, examen antropométrico, solicitud de exámenes de laboratorio clínico, electrocardiograma y Rx de tórax.

Segunda visita: revisión de los exámenes clínicos solicitados en la primera cita y evaluación macrovascular que incluye revisión de pulsos periféricos, índice isquémico tobillo-brazo y del electrocardiograma y de Rx de tórax.

Tercera visita: evaluación de posibles complicaciones microvasculares por medio de la realización de fundoscopia y de la revisión de exámenes de función renal.

Cuarta visita: valoración ortopédica y neurológica del pie.

Resultados: edad: entre 48 y 85 años (promedio 66.5 años); 208 hombres (65%), 112 mujeres (35%); diabéticos tipo 2: 262 (82%), diabéticos tipo 1: 19 (6%), hiperglucemia intermedia: 39 (12%); con peso normal: 51 (16%), con sobrepeso: 166 (52%), con obesidad: 102 (32%); con cintura mayor de 90 cm en hombres: 193 (93%), cintura mayor de 80 cm. en mujeres: 108 (96.8%); con hipertensión: 282 (88%); con hiperlipidemia: 221(69%); con enfermedad coronaria: 68 (21%); con antecedentes de ACV: 12 (3.7%); con enfermedad vascular periférica: 3 (1%); con retinopatía no proliferativa: 62 (19%), proliferativa:

13 (4.1%); con nefropatía incipiente: 55 (17%), enfermedad renal terminal: 3 (1%); con úlcera en pie: 9 (2.8%); con neuropatía clínica: 153 (48%).

Conclusión. La complejidad de la atención diabetológica hace que el médico general tenga la necesidad de buscar estrategias para optimizar al máximo el poco tiempo que tiene por consulta. Se propone una evaluación por etapas de las personas con diabetes para repartir las diferentes evaluaciones requeridas en cuatro visitas médicas. Con esta metodología se reporta los hallazgos de 320 pacientes con la cual se logró un mejor seguimiento, menos fatiga del grupo de atención y se logró detección temprana de muchas complicaciones.



4

EVALUACIÓN DEL PIE DE PERSONAS CON DIABETES DE CONSULTA EXTERNA DE UN CENTRO MÉDICO DE LA POLICÍA NACIONAL DE BOGOTÁ - PROPUESTA DE CATEGORIZACIÓN DE RIESGO PARA PIE DIABÉTICO

A ORDUZ

Centro Médico de Kennedy de la Policía Nacional, Bogotá

Objetivo. Evaluar una nueva propuesta de categorización de riesgo de sufrir pie diabético en una población de personas con diabetes que asisten a un servicio de consulta externa de un centro médico de la Policía Nacional en Bogotá.

Material y métodos. Se evaluaron los pies de 320 personas con diabetes teniendo en cuenta las siguientes variables: para neuropatía se determinó la presencia de síntomas, teniendo en cuenta el cuestionario DN4, y se evaluó la sensibilidad vibratoria, táctil y termoalgésica y los reflejos tendinosos; para vasculopatía se evaluaron los pulsos periféricos de miembros inferiores y se determinó el índice tobillo-brazo; también se evaluó la presencia de alteraciones ortopédicas por medio de la observación directa de los pies y de la marcha y por medio de un podoscopio; igualmente se tuvo en cuenta los antecedentes de haber sufrido previamente una úlcera o amputación. La categorización que se predeterminó – y que se presenta como propuesta – es la siguiente: Grado 0: Pies sanos; Grado 1: Examen neurovascular normal pero con alteraciones ortopédicas asintomáticas; Grado 2: Examen neurológico o vascular anormal con o sin síntomas; Grado 3: Antecedente de amputación menor o ulceración menor cicatrizada; Grado 4: Antecedente de amputación mayor o ulceración mayor cicatrizada.

Resultados. De los 320 pacientes evaluados el 9% estaban en grado 0, el 25% en grado 1, el 48% en grado 2, el 13% en grado 3, y el 5% en grado 4.

Conclusión. La mayoría de pacientes diabéticos que acuden a consulta externa presentan algún tipo de riesgo. Es necesario categorizarlos con el fin de tomar medidas preventivas a tiempo y evitar una lesión posterior. La clasificación de riesgo que se propone es simple y fácil de aplicar en consulta externa.



5

CONTROL METABÓLICO EN DIABETES TIPO 2: FACTORES QUE LA INFLUYEN

J IBARRA, E BURGOS, J VARGAS

Centro de Diabetes Cardiovascular del Caribe, Barranquilla

Objetivos. Establecer el porcentaje de pacientes que alcanza la meta de HbA1c menor de 7% y evaluar si existen otros factores independientes a los fármacos que influyen en el valor de la HbA1c.

Material y métodos. 305 mujeres y 255 hombres pertenecientes al programa de diabetes fueron seguidos por dos años, con valoración nutricional y psicológica, y se incluyeron en un programa educativo. Los factores independientes fueron edad, IMC, retinopatía, nefropatía, neuropatía, enfermedad coronaria, accidentes vascular cerebral. Se les realizó evaluación antropométrica cada tres meses. El análisis estadístico se hizo a través de EPI INFO versión 6.4 el cual calculó H Kruskal-Wallis (equivalente a Chi cuadrado), valor p, con intervalo de confianza del 95%.

Resultados. HbA1c < 7% (45.3%), HbA1c 7-9% (39%), HbA1c > 9% (16.7%). Edad: <40 años (7.7%), 40-60 años (41.3%), > 60 años (51.1%). Obesos 18%, con sobrepeso 42.5%, y con peso normal 39.5%. El tiempo de evolución promedio de la diabetes fue 7,8 años; 22% menos de 5 años, 52,8 % entre 5 a 10 años y 25.2% mayor de 10 años. Se detectaron complicaciones así: retinopatía 30%, nefropatía 22%, neuropatía 28%, enfermedad coronaria 23%, ACV 18 %, enfermedad vascular periférica 22%.

La correlación de la HbA1c con las complicaciones microvasculares o con la EAC no fue estadísticamente significativa (p 0,55 y p 0,110 respectivamente); los pacientes con normopeso tuvieron 2.3 veces

mejor control que los obesos (42.5 vs 18.9%). Los mayores de 60 años tuvieron mejor control que los menores de 40 años (51.1% vs 7.7%).

Conclusiones. El control metabólico de los pacientes de nuestro centro es bastante aceptable (el 45.3% tenían HbA1c < 7%) considerando que el promedio de tiempo de evolución de la enfermedad fue 7,8 años. Los obesos, por resistencia insulínica y poca adherencia a las recomendaciones nutricionales, tuvieron menos porcentaje de buen control. Los mayores de 60 años tuvieron mejor control que los jóvenes y mayor adherencia al programa en nuestro centro.



6

CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA EN NIÑOS DE 1 A 16 AÑOS DE EDAD DE MANIZALES, COLOMBIA

MV BENJUMEA^{1,2}, DI MOLINA DE SALAZAR^{2,3}, PE ARBELÁEZ⁴, LM AGUDELO⁴

¹Departamento de Salud Pública de la Universidad de Caldas, Manizales; ²Grupo de investigación en factores de riesgo cardiovasculares, Universidad de Caldas, Manizales; ³Departamento Clínico-Quirúrgico, Universidad de Caldas, Manizales; ⁴Secretaría de Salud Pública de Manizales

En los adultos y en niños, la circunferencia de la cintura como indicador de masa grasa intraabdominal se correlaciona más directamente con el riesgo de enfermedad cardiovascular y con un perfil lipídico aterogénico que la obesidad determinada por el índice de masa corporal.

Objetivo. Caracterizar la circunferencia de la cintura en los escolares del Programa de Nutrición de Manizales.

Material y métodos. Estudio descriptivo. Población de estudio: 10.720 niños de ambos sexos, de instituciones públicas urbanas y rurales de Manizales. Variables y análisis: edad, sexo, estatura, peso y circunferencia de la cintura. Se compararon medianas de la cintura en cada sexo con diferente clasificación de la estatura (U de Mann Whitney), proporciones de bajo y exceso de IMC (χ^2) y los promedios de la circunferencia de la cintura en niños con IMC bajo y normal (U de Mann Whitney). La correlación con la cintura se estimó separada por sexo. Se aceptó como significativo todo valor de $p < 0,05$.

Resultados. En la mayoría de los grupos étnicos la cintura de las niñas fue inferior a la de los niños. La correlación entre peso, estatura, IMC y edad con la cintura fue directa y estadísticamente significativa ($p = 0,000$).

Conclusiones. La cintura fue significativamente menor ($p = 0,000000$) entre quienes tenían detención o retraso del crecimiento y en aquéllos con IMC bajo ($p = 0,000$). La prevalencia de obesidad con la cintura (\geq Percentil ₉₀) fue significativamente más alta, en ambos sexos ($p = 0,020$ niños; $p = 0,0450$ niñas), que con el índice de masa corporal (\geq Percentil ₉₅).



7

CARACTERIZACIÓN PSICOLÓGICA DE UNA MUESTRA DE PACIENTES DIABÉTICOS PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE LA FUNDACIÓN SANTANDEREANA DE DIABETES Y OBESIDAD

OM CONTRERAS, DM AGUDELO

Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad (FUSANDE), Bucaramanga

Objetivo. Identificar los factores psicológicos relacionados con creencias de salud, estrategias de afrontamiento y conocimientos generales sobre diabetes en una muestra de pacientes diabéticos pertenecientes a FUSANDE.

Material y métodos. Estudio exploratorio descriptivo. La investigación se realizó en 44 pacientes de la población de afiliados y usuarios de la Fundación. Se utilizaron cuatro instrumentos que evalúan aspectos psicológicos y de conocimiento sobre la diabetes: Cuestionario de salud SF36 (Ware & Sherbourne), Cuestionario de conductas de enfermedad (Illness Behavior Questionnaire-IBQ), Cuestionario sobre conocimientos en diabetes y su tratamiento (CCD), Escala de estrategias de Coping – modificada (ECC-M).

Resultados. Se encontró que la información y el conocimiento por parte del paciente diabético de su enfermedad, así como de los detalles relacionados a la terapéutica para su tratamiento, es un factor determinante para la adherencia al tratamiento por parte del paciente y su familia. Así mismo, se pudo evidenciar que la autoeficacia percibida, es decir, las creencias del paciente para darse cuenta de sus propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras, parecía mediar la relación entre responsabilidad y adherencia al tratamiento. Este factor incide de

igual manera en conducir al control de las glicemias del paciente, en cuanto se correlaciona positivamente con las conductas deseadas en el tratamiento de la diabetes. Se pudo constatar cómo las conductas de autocuidado están relacionadas directamente con la adherencia del paciente a la terapéutica. Se destaca la mayor presencia de creencias favorables y prácticas saludables en los pacientes que tienen un adecuado grado de información sobre su tratamiento y enfermedad, y esto implica un adecuado control de su condición. Es importante mencionar que es posible evidenciar cómo el comportamiento y los modos de afrontamiento de los pacientes con diabetes son de trascendencia en la adherencia al tratamiento y a su vez en el mejoramiento de su calidad de vida y la de sus familias.

Conclusiones. La búsqueda de apoyo profesional es una estrategia de afrontamiento que está relacionada con el grado de información y conocimiento que el paciente diabético tiene de su enfermedad. La reacción agresiva como estrategia de afrontamiento negativa incide notablemente en la baja adherencia terapéutica. La reacción depresiva se evidencia en estos pacientes y se pueden relacionar con la baja adherencia al tratamiento y con ello a buscar apoyo profesional y social. Estrategia cognitiva en la búsqueda de eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores es frecuente en pacientes diabéticos.



8

INCIDENCIA DE LA REDEFINICIÓN DEL PROBLEMA SOBRE LAS POSTURAS DE AGENCIAMIENTO PERSONAL Y FAMILIAR EN FAMILIAS DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN EL CONTEXTO DE UNA INTERVENCIÓN SISTÉMICA

A FLÓREZ¹, M MEDINA²

¹ *Asociación Colombiana de Diabetes (ACD)*; ² *Pontificia Universidad Javeriana*

Objetivo. Analizar, desde una perspectiva sistémica la manera en que se puede integrar el uso de la redefinición del problema acerca de lo que implica la diabetes, en el contexto de los marcos de referencia familiar de los niños con diagnóstico de diabetes mellitus Tipo 1, con la intención de incidir en las posturas de agenciamiento personal y familiar.

Material y métodos. La presente investigación de tipo descriptivo cualitativo, se realizó en la ACD y se consideró como escenario de investigación el de la evaluación - intervención terapéutica desde la perspectiva sistémica con tres familias donde uno de los hijos tiene diagnóstico de diabetes. Para recopilar la información se realizaron dos entrevistas con las familias en las que se aplicó la guía semiestructurada de observación de pautas de interacción de Minuchin, el modelo la entrevista interventiva de Karl Tomm y la redefinición del problema; estos encuentros fueron registrados en audio, previa autorización de las familias, para su posterior transcripción y análisis.

Se establecieron como categorías de análisis: historias y discursos con respecto a la diabetes, pautas de interacción y agenciamiento familiar y personal.

Resultados. Se señala la incidencia de la redefinición del problema y la intervención estructural, como herramientas importantes en la intención de agenciar posturas vigorosas y proactivas que posibiliten la movilización del cambio y la transformación.

Conclusiones. Se observa una relación entre las pautas de interacción y el estilo de funcionamiento familiar, el cual se asocia a las posturas de agenciamiento personal y familiar. Se evidencia la importancia de reestructurar las versiones discapacitantes, amenazantes y angustiantes en torno a la diabetes y el funcionamiento familiar. La agencia personal ubicó al niño diagnosticado como protagonista en su propia versión de mundo; en este sentido se señala la utilidad para el trabajo con niños con diabetes de que el terapeuta fomente más de una versión para la interpretación o lectura de la enfermedad. La amplitud de significados, la postura de agenciamiento y los procesos de autorreferencia y de metamirada se evidencian como factores indispensables por considerar. Se sugiere incluir estas variables de índole psicológica, así como las de funcionamiento familiar e institucional, en los modelos de atención integral. Surge la propuesta de remitir a terapia como un mecanismo preventivo de la cronicidad de las dificultades en el control de la diabetes. Se invita a los profesionales y a los diferentes sistemas de influencia de niños con diabetes a construir alternativas de intervención matrística para garantizar un mirar hacia la vida para los niños con diabetes y sus familias. Hacia la vida y no hacia la muerte.



9

IMPACTO DE LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO SOBRE EL CONTROL METABÓLICO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

A ORDUZ

IPS Darsalud de la EPS Susalud

Objetivo. Analizar el control metabólico a través de la medición de la hemoglobina glucosilada (A1c) de un grupo de pacientes diabéticos sometido a un programa educativo durante seis meses en comparación con un grupo que no recibió educación.

Material y métodos. A 174 pacientes con diabetes tipo 2 se les ofreció participar en un programa educativo sobre diferentes tópicos de diabetes. Aceptaron participar 108 pacientes quienes se repartieron en tres grupos. Cada grupo recibió durante seis meses un ciclo de conferencias con los siguientes temas: 1) ¿Qué es diabetes?; 2) Complicaciones agudas; 3) Complicaciones crónicas; 4) Pie Diabético; 5) Autocontrol; 6) Insulinas y medicamentos; 7) Ejercicio; 8) Nutrición; 9) Sexualidad; 10) Depresión; 11) Factores de riesgo cardiovascular; 12) Cambios de la tercera edad; 13) Cambios de hábitos de vida; 14) Odontología; 15) Osteoporosis; 16) ¿Qué hay en el futuro de la diabetes? Los otros 76 pacientes que no podían o no querían asistir a las conferencias, se tomaron como grupo control. Tanto el grupo intervenido con la educación como el grupo control continuaron con su chequeo médico periódico. A todos se les solicitó A1c al inicio y al final del estudio.

Resultados. Las personas del grupo de intervención con educación presentaron al inicio una A1c promedio de 9.2% y al final del ciclo de conferencias una A1c promedio de 7.9%. El grupo de control presentó al inicio una A1c promedio de 9.1% y a los seis meses una A1c promedio de 8.6%.

Conclusiones. La educación del paciente puede ser una herramienta útil para lograr cambios en el control glucémico. La educación del paciente y su familia forma parte del tratamiento. El compromiso en el tratamiento depende en gran medida de la aceptación y el conocimiento de la enfermedad del paciente y su familia.