

## LA LUCHA CONTRA LA DIABETES

Mercedes Adelia Barros - Nelly Mafalda Canil de Segura - María Alejandra Cornatosky de Alini - María del Valle Nieto - Carlos Alberto Andrada - Martha María Chayep - Sonia Ines Nieto de Arroyo - Patricia Nelly Bollada

**Unidad Ejecutora:** Cátedras de Enfermería en Salud Pública. Dietoterapia y Enfermería Médica de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Nacional de Catamarca.

El conocimiento de la Diabetes Mellitus se remonta a los albores de la civilización. Se tiene la absoluta certeza que los primeros escritos referidos a esta enfermedad, son los del **Papiro de Ebers**, realizado en Egipto alrededor del año 1500 a.C.

Su denominación deriva del griego y quiere decir **“a través de un sifón”** (Areteo de Capadocia 100 a. C.); descripta originariamente como una afección caracterizada por la excesiva eliminación de orina, de sabor dulce, de allí su nombre de “mellitus”.

Desde entonces hasta probar su relación con las alteraciones de las células Beta del páncreas y posteriormente el descubrimiento de la “insulina” (1921) para su tratamiento, tuvieron que transcurrir varios años.

Hoy a más de medio siglo de aquellos acontecimientos, podemos decir que es una de las patologías más investigada, habiéndose realizado importantes aportes para su tratamiento, pero es un problema grave en las Américas, a tal punto de haberla definido como “una pandemia en aumento”.

En 1996 se calculó que vivían en las Américas unos 30 millones de diabéticos, lo que equivale a más de la cuarta parte total de casos mundiales. Se prevé que para el año 2010 el número de casos llegará a 45 millones, si se tiene en cuenta el envejecimiento demográfico de las poblaciones y las tendencias en los principales factores de riesgo relacionados con el proceso de modernización que está ocurriendo en los países en desarrollo.(1)

Existen numerosos estudios epidemiológicos sobre **prevalencia** de la Diabetes rea-

lizados en América Latina y El Caribe, pero desafortunadamente no son comparables entre sí, ya que muchos se han hecho con muestras no representativas de la población y los criterios y diagnósticos empleados han sido diferentes. Las cifras de prevalencia son amplias, van desde el 1% hasta el 12% de la población total.

En relación con **la morbilidad** se dispone de escasa información sobre egresos hospitalarios, que sólo representan una pequeña parte del problema, ya que en algunos países menos del 30% de la población tiene acceso a ellos y a veces no hay registros hospitalarios adecuados.

Las tasas de **mortalidad** muestran también gran variabilidad, debido sobre todo a la falta de uniformidad en las certificaciones de las defunciones, existiendo un subregistro de la causa básica de muerte, ya que sólo queda consignada la última causa de defunción.

En la mayoría de los países de América Latina, la Diabetes figura entre las diez primeras causas de muerte de adultos (2).

En nuestro país, según diferentes estudios epidemiológicos, los índices de prevalencia van entre 3,4% a un 8,05% en diferentes provincias y localidades; ocupando el 6º lugar dentro de las principales causas de defunción (3).

En la provincia de **Catamarca**, **no existen aún estudios epidemiológicos sobre Diabetes**. Varios intentos se realizaron con el esfuerzo mancomunado de profesionales del área de salud y ONG. El trabajo de investigación subsidiado por la SedeCyT, desarrollado desde

1996, con todas sus limitaciones, pretendió caracterizar la población diabética seleccionada, con el propósito de arribar a un diagnóstico inicial de la patología en nuestro medio.

## ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN DIABETES

Desde que la Salud Pública fuera definida por Winslow (1842) como *“la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y mental, por medio de los esfuerzos organizados de la comunidad”*, mucho se avanzó con la incorporación a ella de modernos conceptos provenientes del progreso de los conocimientos preventivos y la inclusión de otras disciplinas sociales (política, economía, administración, saneamiento, planificación), para llegar hoy al desarrollo de la Salud pública moderna que pretende lograr salud para todos.(4)

En el caso específico de la Diabetes, cuando ésta está mal controlada, puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad. La mayoría de los costos directos de la Diabetes provienen de las complicaciones, que ha menudo es posible reducir, aplazar o en ciertos casos prevenir.

Dentro de las políticas y planes de salud de cada país o región, debe considerarse un **PROGRAMA DE CONTROL DE LA DIABETES** y fundamentalmente debe adaptarse e integrarse a las estructuras administrativas propias de cada una de ellos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Conferencia Internacional celebrada en Alma-Ata (URSS, 1978), formuló una declaración sobre Atención Primaria de la Salud (APS): *“La APS es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas del desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación...Representa el primer ni-*

*vel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”*

Esta estrategia tiene por finalidad la extensión de los servicios de salud, haciéndolos accesibles a todos los miembros de la comunidad, de forma que les resulte aceptable y motive su participación.

La ampliación de la cobertura de servicios con atención primaria es una de las políticas que tiene prioridad y favorecería la atención del paciente diabético, en las áreas urbanas, suburbanas y rurales especialmente, lo que hace imprescindible su consideración, ya que la cobertura actual difícilmente sobrepasa el 15% de los diabéticos conocidos. (5)

## JUSTIFICACION.

La inclusión de la Diabetes dentro de los Programas de Atención Primaria de la Salud, se justifica por:

- “ La elevada prevalencia e incidencia de la enfermedad.
- “ Indices elevados de diabéticos desconocidos y de diabéticos desertores (diabéticos conocidos que están sin control o con control inadecuado).
- “ La elevada tasa de morbi/mortalidad.
- “ La importancia de la Diabetes como agravante de otras patologías.
- “ El elevado costo socio-económico de la Diabetes.
- “ La factibilidad de realizar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria en cada una de las etapas de la enfermedad.
- “ El alto consenso social alcanzado desde el punto de vista sanitario por la importancia de la enfermedad.
- “ La importancia de la educación en el tratamiento de la Diabetes.
- “ La vulnerabilidad de la Diabetes y sus complicaciones (susceptibilidad de ser influenciada por el tratamiento).

## OBJETIVOS

La implementación de un Programa de Control de Diabetes en APS, tiene por objetivo general:

Lograr una mejor accesibilidad<sup>1</sup> del paciente diabético al Sistema de Salud, ampliando la cobertura de las acciones para que garanticen la atención integral del diabético.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- “ Identificar a los pacientes de alto riesgo diabético, para realizar acciones de prevención primaria de la Diabetes y otras patologías relacionadas.
- “ Detectar de manera programada y sistematizada diabéticos desconocidos.
- “ Efectuar un diagnóstico precoz de la enfermedad.
- “ Recaptar a los diabéticos desertores.
- “ Aplicar tratamiento, control y seguimiento adecuado y continuo.
- “ Prevenir y tratar las complicaciones agudas y crónicas.
- “ Identificar y rehabilitar a los pacientes con incapacidad parcial o total.
- “ Impartir educación diabetológica al paciente, familia y comunidad.
- “ Adiestrar al equipo de salud.
- “ Efectuar vigilancia epidemiológica.
- “ Investigar y realizar docencia.

### IDENTIFICACION DE INDIVIDUOS DE ALTO RIESGO.

La búsqueda de casos debe dirigirse a los grupos de mayor riesgo, especialmente:

- “ Individuos con familiares de primer grado que padecen Diabetes.
- “ Mujeres que han tenido hijos macrosómicos (recien nacidos con peso superior a los 4 kg.) y/o antecedentes obstétricos patoló-

<sup>1</sup> Se entiende por accesibilidad la integración del paciente al Programa, superando las barreras geográficas, culturales, económicas y funcionales (trabas burocráticas, horarios inadecuados, etc.)

gicos (malformaciones congénitas, eclampsia, mortinatos, etc.)

- “ Obesos mayores de 40 años.
- “ Individuos menores de 45 años con cardiopatías.
- “ Individuos con alteraciones lipídicas.
- “ Sujetos con infecciones cutáneo mucosas recidivantes.

La Sociedad Americana de Diabetes, justifica la detección precoz de la enfermedad en estas subpoblaciones, con el fin de controlar adecuadamente los factores más vulnerables. El cribaje o detección de casos indiscriminados de Diabetes no están justificados en la población asintomática.(6)

### ESTRUCTURA GENERAL DEL PROGRAMA DE DIABETES EN APS.

El Programa de atención de la Diabetes se deberá insertar dentro de los Programas existentes de APS en la provincia, tratando de obtener el máximo de beneficios con los recursos disponibles. Por lo tanto se deberá planificar empleando la estructura global de la Atención Médica existente, organizada por niveles de complejidad creciente, regionalizada por áreas programáticas, coordinada y normatizada entre los distintos niveles de atención que integran un sistema de salud.

Los objetivos y actividades del Programa de control de Diabetes debe cumplirse sobre la base de la división del trabajo entre los subsistemas que son el nivel primario y los más especializados. El punto de entrada del enfermo al sistema es el nivel de atención primaria que actuará dando servicios hasta un límite de acuerdo a la capacidad de solución de problemas; derivando a los centros más especializados los pacientes diabéticos que lo requieran por problemas de mayor complejidad. Esta corriente permanente de enfermos de diabetes, entre los niveles de menor y mayor complejidad, se ha estimado entre un 30 a un 35% (7)

La programación a nivel primario debe basarse en el hecho de que una alta proporción de pacientes serán tratados y seguidos posteriormente a ese nivel; a otros habrá que referir-

los a servicios de atención más compleja y especializada, mediante un sistema de referencia-contrareferencia óptimo, para que una vez que se supere el problema puedan ser tratados y vigilados nuevamente en el nivel primario de acuerdo con las indicaciones y recomendaciones específicas del nivel superior.

Es conveniente que los servicios de atención médica para los pacientes diabéticos estén articulados permanentemente con los sistemas de Seguridad Social.

Una vez puesto en marcha el Programa, se debe considerar la necesidad de evaluarlo con indicadores de eficiencia, efectividad y eficacia.

Para finalizar, proponemos la organización de la **Atención Médica al paciente diabético al Programa de Atención Primaria de la Salud (APS)**, como lo ha hecho con éxito en la Región NOA, la provincia de Salta, sin crear nuevas estructuras, aprovechando las existentes, abaratando costos y aumentando la eficiencia. (8)

### Referencias

- (1) International Diabetes Federation I rue Defacqz, B 1000 Brussels, Belgium 1996.
- (2) OPS/OMS "Manual de normas técnicas y administrativas del Programa de Diabetes Mellitus. Serie Paltex, pag 1-3 Año 1988.
- (3) Indicadores Básicos. Ministerio de Salud y Acción Social República Argentina, 1996.
- (4) Mazzáfero, Vicente y Col." Medicina en Salud Pública": 1: 7,8 ; 9: 162-163 2da ed. El Ateneo, Buenos Aires 1994.
- (5) (2).
- (6) Argimón Pallas, J.M. "Actividades preventivas en Atención Primaria". Ediciones Doyma. Barcelona 1991.
- (7) (2)
- (8) Ruiz, Maximino. "Atención Médica Primaria de Salud en Diabetes" en Medicina en Salud Pública. 40: 337-342. 2da. ed. El Ateneo, Buenos Aires 1994.