

Revista de la ALAD

Asociación Latinoamericana de Diabetes

V21 N1
(Versión impresa)

V2 N1
ISSN 2248-6518
(Versión digital)



EN ESTE NÚMERO:

Edulcorantes no calóricos y diabetes mellitus tipo 2

Non-caloric sweeteners and type 2 diabetes

Análisis del cumplimiento de las recomendaciones preventivas a la luz de algunos factores sociodemográficos de la población diabética de Villa María-Córdoba. 2008-2009

Adherence to preventive recommendations according to socio-demographic factors in Villa Maria, Cordoba, 2008-2009.

Curso de reforzamiento para el uso de insulina

Refresher course on insulin use



www.revistaalad.com.ar

Revista de la

ALAD

Asociación Latinoamericana de Diabetes

V20 N1
(Versión impresa)

V2 N1
ISSN 2248-6518
(Versión digital)

La revista es el órgano de difusión científica de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. Su función es publicar artículos relacionados con la diabetología y sus patologías asociadas producidos en Latinoamérica.

Es una publicación de regularidad trimestral y de acceso gratuito a través de la internet.

Esta publicación esta dirigida única y exclusivamente a los profesionales de la salud.

Editorial

Vacunación en pacientes con diabetes mellitus: reto en América Latina

Immunization of patients with diabetes: A challenge in Latin America

Castillo-Nuñez Y, Aguilar-Salinas CA

193

Comentarios a artículos de actualidad en diabetes

Calles-Escandón J.

Diabetes tipo 2: efectos a corto y largo plazo de la monitorización continua de glucosa en tiempo real

Type 2 diabetes: Short and long-term effects of real-time continuous glucose monitoring

199

Farmacocinética y farmacodinamia de la insulina humana regular U500 vs U100 en obesos sanos

Pharmacokinetics and pharmacodynamics of regular U500 vs U100 insulin in healthy obese patients

200

Tratamiento de la obesidad en centros de atención primaria

Treatment of obesity in primary care centers

201

Tejidos reproductivos y sensibilidad a la insulina

Reproductive tissues and insulin sensitivity

202

Artículo de revisión

Edulcorantes no calóricos y diabetes mellitus tipo 2

Non-caloric sweeteners and type 2 diabetes

Feliciano-Alfonso J E, Sierra-Ariza I D

203

Artículos originales

Análisis del cumplimiento de las recomendaciones preventivas a la luz de algunos factores sociodemográficos de la población diabética de

Villa María-Córdoba. 2008-2009

Adherence to preventive recommendations according to socio-demographic factors in Villa Maria, Cordoba, 2008-2009.

Pujol-Céline J A, Bertone C L, Rudisi A I

209

Curso de reforzamiento para el uso de insulina

Refresher course on insulin use

Velasco M L, Muñoz S G, Lerman I, Hernández J S, Aguilar-Salinas C A, Gómez-Pérez F J

220

Artículo original

Análisis del cumplimiento de las recomendaciones preventivas a la luz de algunos factores sociodemográficos de la población diabética de Villa María-Córdoba. 2008-2009

Adherence to preventive recommendations according to socio-demographic factors in Villa Maria, Cordoba, 2008-2009.

Pujol Céline J A

Becaria Doctoral en Demografía del Centro de Investigación y Estudio sobre Cultura y Sociedad – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CIECS-CONICET)- Argentina

Bertone C L

Becaria Doctoral en Demografía del Centro de Investigación y Estudio sobre Cultura y Sociedad – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CIECS-CONICET)- Argentina

Rudisi A I

Maestranda en Demografía del Centro de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional de Córdoba-Argentina

Autor de correspondencia:

Pujol, Céline J. A.

Dirección: CIECS-CONICET, Av. General Paz 154, 2do. piso, Córdoba, CP : 5000.

e-mail: celine.pupu@gmail.com

Fuentes de apoyo financiero: Proyecto de investigación PIP CONICET 2010-2012: "Vulnerabilidad, salud y apoyo social de los adultos mayores en una ciudad intermedia de Argentina". Estudio cuantitativo mediante la aplicación de encuesta a una muestra representativa del aglomerado de Villa María y Villa Nueva".

Resumen

Antecedentes: Dados los cambios en el perfil de la morbilidad que inducen los procesos de transición demográfica y epidemiológica, la prevalencia de Diabetes Mellitus experimentó un aumento en la última década, siendo caracterizada, por la OMS, como una epidemia. En Argentina, en 2009, la tasa de mortalidad por Diabetes fue de 19,2 por 100.000 habitantes ⁽¹⁾.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es relacionar, en la población de adultos diabéticos, el nivel de cumplimiento, de algunas medidas preventivas recomendadas nacional e internacionalmente como controles médicos mínimos e inmunizaciones, con algunas variables sociodemográficas: la participación social, el riesgo social, la calidad de vida, y la dependencia funcional de los diabéticos.

Métodos: Se utilizó un cuestionario similar a la encuesta SABE que fue aplicado entre el 2008 y 2009 en las ciudades de Villa María y de Villa Nueva. Se realizó una

descripción de la población diabética, y un análisis de correlación mediante el coeficiente Tau de Kendall.

Resultados y conclusión: La muestra se conformaba de 16,7% de adultos mayores de 45 años diabéticos. Un altísimo porcentaje (91,73%) tuvo contacto con el sistema de salud en el último año, mientras tanto, la cobertura de vacunación fue baja (el 41,1% para la gripe, y 43% para el tétanos). Se vacunaron más varones que mujeres. A pesar de no ser estadísticamente significativo, se observó que mientras mejor era el nivel de las variables relacionadas con el entorno social, mejor era la cobertura de vacunación.

En este contexto, es necesario establecer políticas públicas dirigidas a las personas de 60 y más años, con estrategias dirigidas a fomentar las actividades preventivas en salud.

Palabras claves: Diabetes Mellitus, Inmunizaciones, Envejecimiento, Prevención.

Abstract

Background: Due to a shift in the demographic profile of the Argentinian population, the prevalence of diabetes has increased markedly during the last decade.

Objective: To describe the level of compliance to internationally recommended preventive measures for patients with diabetes among adult patients with from the cities of Villa Maria and Villa Nueva, Argentina.

Methods: A questionnaire similar to that of the 2008 and 2009 SABE surveys was applied to study participants. Concordance between various predictors and the reception of each preventive measure were calculated using Kendall's Tau coefficient.

Results and conclusion: A high percentage of the study sample had had contact with the health system during the last year (91.7%), but vaccination coverage was low (41.1% for influenza, 43% for tetanus). There was an association between sex and tetanus vaccination status: men were vaccinated more than women. Despite no significant associations, some interesting observations were made regarding the prevalence of vaccination depending on social environment.

In this context, public policy measures are needed to improve a better coverage of preventive health activities among patients with diabetes in these communities.

Keywords: Diabetes Mellitus, Immunization, Aging, Prevention
Análisis del Cumplimiento de las Recomendaciones Preventivas a la luz de algunos Factores Socio-demográficos de la Población Diabética de Villa María-Córdoba. 2008-2009

Introducción

La transición demográfica ha sido descripta como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasa de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento pero también con niveles bajos en ambas tasas ⁽²⁾. Para América Latina, se ha adoptado la tipología elaborada por el Centro Latinoamericano De Desarrollo (CELADE) en 1992, que clasifica a Argentina, desde el quinquenio

1985-1990, como perteneciente al grupo de países que están experimentando una etapa de Transición avanzada ⁽³⁾. Como consecuencia, durante las últimas décadas, la población latinoamericana y caribeña ha experimentado un aumento considerable en el número de personas de 60 años y más. Además, cabe destacar que, la evaluación de problemas de salud y discapacidad indica que los adultos mayores están envejeciendo con mayores limitaciones funcionales y deficiente estado de salud con respecto a sus semejantes de países desarrollados ⁽⁴⁾.

Se habla de un envejecimiento poblacional moderadamente avanzado, con una relación viejos/jóvenes de 58,1%, y se espera que para el año 2025 el porcentaje de personas argentinas mayores de 60 años sea de 17,1%, y para el 2050 de 24,8%⁽⁵⁾. Sin embargo, este proceso de envejecimiento no es homogéneo al interior del país. La provincia de Córdoba en 2001, presentó un 10.6% de mayores de 64 años y una relación viejos/jóvenes de 39.8% ⁽⁶⁾. Si bien el departamento General San Martín no es el que presenta el mayor envejecimiento poblacional de la provincia, la relación viejos/jóvenes estuvo comprendida entre 45% y 50% en el 2001 ⁽⁷⁾, y se estimó de 48,7 para 2008 ⁽⁸⁾.

Muy relacionada con la transición demográfica, en el campo de la salud se asistió a lo que se ha denominado transición epidemiológica, la cual se expresa fundamentalmente en el cambio del perfil de la morbilidad y la mortalidad que consiste en la disminución porcentual de las muertes por enfermedades transmisibles (infecciosas, parasitarias y del aparato respiratorio) y las del período perinatal, que dan paso a una predominancia relativa de las defunciones por enfermedades crónicas y degenerativas (del aparato circulatorio y tumores malignos)⁽³⁾. Al mismo tiempo, se está produciendo el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, la inactividad física y la alimentación no saludable, los cuales son reconocidos factores de riesgo para el desarrollo de alguna de las patologías crónicas ⁽⁹⁾.

Dentro de las patologías crónicas más prevalentes, la Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) -antes denominada no insulino dependiente-, es la forma más frecuente (90 a 95% de los casos de diabetes) de este desorden metabólico. El incremento en la prevalencia de esta enfermedad se ha acelerado en estos últimos años, siendo

caracterizada, por la OMS, como la epidemia del siglo XXI ⁽¹⁰⁾. En el mundo hay más de 220 millones de personas con diabetes ⁽¹⁰⁾. Y las estimaciones indican que para el año 2030 su prevalencia alcanzará 366 millones de personas en todo el mundo ⁽¹¹⁾. Se espera que la frecuencia de diabetes en Latinoamérica crezca un 38 por ciento en los próximos 10 años, comparado con una estimación del 14 por ciento para la población mundial ⁽¹²⁾. En Argentina, en la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, se estimó, en las personas de 60 años y más del Área Metropolitana del Gran Buenos Aires, entre el 2000 y 2001, de 12,5%.

La DMT2 constituye un problema de salud pública de gran relevancia por las graves consecuencias que provoca. La diabetes es un importante predictor de muerte prematura, siendo las principales causas de muerte, cardiovasculares y la insuficiencia renal ⁽¹³⁾. Se calcula que en el 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencias de esta patología. Además prevé que las muertes por diabetes se duplique entre 2005 y 2030 ⁽¹⁰⁾.

En Argentina, en 2009, la tasa de mortalidad por Diabetes fue de 19,2 por 100.000 habitantes ⁽¹⁾. De hecho, la diabetes explica el 15% de los eventos coronarios, 48% de las amputaciones no traumáticas, 13% de las diálisis crónicas y además constituye la primera causa de ceguera no traumática en adultos ⁽¹³⁾. Esta elevada morbimortalidad asociada, implica un impacto importante en la calidad de vida y elevados costos sociales y para el sistema de salud ⁽¹⁴⁾.

En nuestro país, el “Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus” (PRONADIA) cumple un rol de coordinación y rectoría brindando apoyo técnico para la programación e implementación de Programas Provinciales de atención a personas con diabetes ⁽¹³⁾.

En Córdoba, el Ministerio De Salud De La Provincia puso en marcha el Programa Córdoba Diabetes (PRO. COR. DIA) desde el 2005, que se articularía con el programa nacional (PRONADIA). El programa recomienda un control médico cada 3 o 4 meses y, si existe buen manejo de la enfermedad se pueden espaciar, siendo al menos de un control anual.

Al respecto, la Sociedad Argentina de Diabetes y la American Diabetes Association (2003) invitan a un control médico por lo menos cada 6 meses, y una revisión

completa anual clínica y de laboratorio. Dentro de sus numerosas recomendaciones preventivas están las de las inmunizaciones. Los pacientes diabéticos tienen una mayor predisposición a padecer infecciones. Entre otras enfermedades infecciosas, la gripe es una patología estacional que registra una mayor mortalidad, morbilidad y hospitalizaciones en el paciente diabético ⁽¹⁵⁾. Vázquez-Fernández del Pozo et al. (2006), afirman que varios estudios ⁽¹⁶⁾ mostraron que la vacunación frente a la gripe es efectiva para disminuir la morbilidad y la mortalidad relacionada con esta enfermedad en la población anciana y con enfermedades crónicas. Con respecto, en nuestro país, se recomienda vacunar anualmente a pacientes con diabetes a principios del otoño. Otra enfermedad infecciosa que tiene una particular importancia en los diabéticos, es el tétano. En efecto, por la mayor frecuencia de lesiones de piel y cierto grado de inmunosupresión, son más susceptibles de contraerlo. Con respecto, se recomienda, como en la población general adulta, colocarla cada 10 años. La vacuna antitetánica está disponible todo el año.

El estado se ha comprometido a garantizar la provisión de ambas vacunas y la colocación gratuita, a los grupos de riesgo, tanto en el ámbito público como en el privado por medio del Programa Médico Obligatorio (PMO, Resolución 310/2004).

Objetivo

El objetivo de este trabajo es analizar el nivel de cumplimiento, en la población de adultos diabéticos, de algunas medidas preventivas recomendadas nacional e internacionalmente como controles médicos mínimos e inmunizaciones, y estimar sus correlaciones con algunas variables sociodemográficas.

Metodología

Se utilizó una fuente primaria construida a partir de una encuesta ad hoc (al estilo de la encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE)) realizada a una muestra de mayores de 44 años que residen habitualmente (más de 5 años) en hogares particulares de las ciudades de Villa María y Villa Nueva, ubicadas en el departamento General San Martín de la provincia de Córdoba. El diseño del estudio es transversal, descriptivo y correlacional, cuya unidad de análisis fue la persona. La muestra fue de

863 personas de 120 puntos muestrales distribuidos en el conglomerado según densidad de población.

Se utilizaron para el análisis: autorreporte de diagnóstico de diabetes, de vacunación para la gripe y para el tétanos en los últimos 10 años, y las consultas médicas de los últimos 12 meses, ya sea internación o controles

médicos. Aunque el diagnóstico de diabetes requiere la determinación de glucemia en ayunas o prueba de tolerancia oral a la glucosa, el autorreporte de diabetes fue validado en personas que refirieron haberse medido la glucemia presentó una sensibilidad de 73,5% y una especificidad de 88,2%, valores similares a estudios de validación de autorreporte en otros países ⁽¹³⁾.

Tabla N°1

Rango y categorización de las Escalas e índices utilizados en la correlación bivariada

Escala / Índice	Rango	Categorías	Recategorización para correlaciones bivaradas
Escala de calidad de vida Filadelfia* (Calidad de vida)	0-17	0-5: Baja calidad de vida 6-9: Medio-baja calidad de vida 10-13: Medio-alta calidad de vida 14-17: Alta calidad de vida	0-9: Baja calidad de vida 9-17: Alta calidad de vida
Escala de recursos sociofamiliar de Gijón# (Riesgo social)	0-14	<10: Normal 10-14: Riesgo social >14: Problemática situación social	0-10: Sin Riesgo social 11-14: Con riesgo social
Índice de Barthel§ (ABVD)	0-95	>80: Independencia total 60-80: Dependencia leve 40-55: Dependencia moderada 20-35: Dependencia severa <20: Dependencia total	>80 : Independencia 0-79: Dependencia
Índice de Lawton y Brody¶ (AIVD)	0-8	0-1: Dependencia total 2-7: Algún grado de dependencia 8: Independiente	0-7: Algún grado de dependencia 8: Independiente
Participación social	0-60	0-15: Baja 16-30: Medio baja 31-45: Medio alta >45: Alta	0-30: Baja participación >31: Alta participación

*Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2004.

#Pavot, W., Diener, E. Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment* 5(2), 164-172. 1993

§Lawton MP. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *J Gerontol* 1975;30(1):85-89

¶Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Md Med J* 1965; 14: 61-65.

Fuente: elaboración propia.

La inmunización fue autodeclarada también, información que no se contrasta con registros médicos; no obstante, su validez y su fiabilidad ya se han demostrado previamente ⁽¹⁶⁾.

Se realizará, primero, una breve caracterización de la población general estudiada y de la población diabética. En segunda parte, se estudiará el nivel de cumplimiento de las recomendaciones preventivas como controles médicos mínimos e inmunizaciones, y se estimará sus correlaciones con algunas variables sociodemográficas y algunas escalas o índices validados. Dichas escalas e índices están referidas a calidad de vida (Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia)⁽¹⁷⁾, participación social (de elaboración propia), la valoración socio familiar (Escala sociofamiliar de Gijón modificada¹⁾⁽¹⁸⁾ las actividades instrumentales de la vida diaria (Philadelphia Geriatric Center-Instrumental Activities Daily Living, publicada en 1969)⁽¹⁹⁾ y el índice de Barthel (elaborado por Barthel en 1965)⁽²⁰⁾, estas últimas dirigidas a valorar la independencia de los adultos mayores. En la siguiente tabla se muestran las escalas e índices y las categorías de cada uno.

El análisis del grado de correlación que existe entre estas variables independientes cualitativas ordinales y el hecho de que el adulto diabético mayor de 45 años haya sido vacunado contra la gripe y el tétanos, se realizó mediante el estadístico Tau de Kendall; La relación se considera significativa al nivel 0,10 (bilateral).

Villa María-Villa Nueva

La ciudad de Villa María, que conforma con la ciudad de Villa Nueva una misma mancha urbana, es la cabecera del Departamento General San Martín que está situado al sudeste de la Provincia de Córdoba con una superficie de 5.006 km². En el Censo Provincial de Población 2008, tenía una población de 124.337 habitantes (60.963 hombres y 63.374 mujeres), lo cual determinó una densidad de población de 25 habitantes por km². La ciudad de Villa María tiene alrededor de 77.198 habitantes (48% hombres), y Villa Nueva, 18.500 (49,5% hombres), y representan el 77% del total de la población del departamento ⁽⁸⁾.

1- La escala incluye información referida a convivencia, algunas características de la vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyo de la red social e ingresos del hogar. Se adaptaron los montos de ingresos a la realidad local.

En lo concerniente a los servicios de salud, la ciudad de Villa María y de Villa Nueva, según el Registro Federal de Establecimientos de Salud (2011), posee 32 establecimientos de salud, distribuidos según jurisdicción y tipología de la siguiente manera:

De los establecimientos sin internación de diagnóstico o tratamiento, 11 son centros de atención primaria de salud, un centro de salud mental de atención ambulatoria, un centro odontológico comunitario, un hospital de día y la asistencia pública que brinda atención ambulatoria con guardia de 24 hs. Villa Nueva cuenta con un hospital municipal con 10 camas para internación que realiza actividades de nivel primario también.

Además estas ciudades cuentan con más de 10 centros de jubilados y pensionados en donde en general se realiza atención primaria de la salud, incluso en algunos de ello se aplica la vacuna antigripal.

No hay que olvidar que ambas vacunas están disponibles en farmacias para los afiliados del PAMI que pueden ser vacunados sin costo adicional, como así también para aquellos que, costeándola, quisieran colocársela.

Tabla N°2

Establecimientos de Salud de Villa María-Villa Nueva. 2011

Dependencia	Tipo de Establecimiento de salud	Cantidad
Municipal	Con internación especializada en tercera edad	1
	con internación general	1
	Sin internación de diagnóstico y tratamiento	17
Nacional	Sin internación de diagnóstico y tratamiento	1
Privado	Con internación especializada en otras especialidades	1
	Con internación especializada en pediatría	1
	Con internación especializada en tercera edad	3
	Con internación general	6
Provincial	con internación general	1
Total		32

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SISA. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2011.

No se logró obtener la información sobre la cantidad de dosis de las vacunas antigripal y antitetánica disponibles o que fueron aplicadas en ese período en la ciudad de Villa María-Villa Nueva, a pesar de haberla solicitado a las instituciones encargadas (Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles- Ministerio de Salud de la Nación, y Programa de Inmunizaciones de la provincia de Córdoba-Área Epidemiología-Secretaría de Programación Sanitaria-Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba).

Resultados

La muestra se conformaba de 61,6% de personas de sexo femenino y 38,4% de sexo masculino. A pesar de que 97,3% fue a la escuela, el 62% fue al primario pero solo el 36,7% lo finalizó. El 63,8% está en pareja actualmente. El 44,1% dice tener hipertensión arterial independientemente de sus otras patologías crónicas, y solo el 6,9% tiene o tuvo cáncer (excepto cáncer de piel).

El 16,7% de la población mayor de 45 años expresa tener Diabetes Mellitus (16,3% en los varones y 16,9% en las mujeres). Pero considerando solo la población mayor de 65 años, el porcentaje de quienes expresan tener Diabetes se eleva al 22,4%; Se observó que el 85,7% de la población masculina con DBT2 convive en pareja o matrimonio, mientras que el 60% de las mujeres diabéticas están unidas o casadas. El 77,1% posee cobertura de salud (84,3% de los hombres y 72,5% de las mujeres). Respecto a las patologías asociadas a los diabéticos, casi el 50% son, además hipertensos, 27% tienen una patología cardiovascular asociada, 7% tuvieron un ACV. Sin embargo, el 49% se consideran en buena salud, 35% en regular y solo el 7% considera que su salud es mala.

Respecto a otros aspectos sociales de los diabéticos, según la escala de Gijón, el 72% no está en riesgo social (ver categorías en Tabla N°2).

En lo que concierne a la autonomía de los diabéticos, 13% tiene alguna dificultad en las actividades instrumentales, y menos del 1% tiene una dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria.

El 50% considera que tiene una calidad de vida alta o medio alta -esta escala mide un aspecto subjetivo de la calidad de vida, la satisfacción con la vida. Y solo el 26% tienen alta participación social.

El porcentaje de población, que posee diabetes y que tuvo algún tipo de contacto con el sistema de salud en los últimos 12 meses fue del 91,73% (95,1 mujeres y 84,3% hombres).

Sin embargo, sólo el 41,1% se colocó la vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses (el 48,7% es de los hombres y el 37% de las mujeres).

Igualmente, sólo el 43% asegura haberse colocado la vacuna contra el tétanos en los últimos 10 años, siendo más alto en el sexo masculino (55,9%) que en el femenino (37%).

Con respecto al análisis inferencial, podemos decir que las correlaciones entre las características sociodemográficas y la inmunización de las personas no resultaron ser significativa (al 90%), excepto para el sexo cuando se analiza la vacuna antitetánica y para la calidad de vida cuando se realizó para la vacuna antigripal (ver resultados tabla N°3). Entonces podemos decir que existe una diferencia en la inmunización antitetánica entre hombres y mujeres que muestra que ellos están más inmunizados. En el caso de la vacunación antigripal parece ocurrir que los que están más satisfechos con sus vidas o tienen mejor calidad de vida son los que más se colocan esta vacuna.

Llama la atención que tener o no cobertura de salud no resulte significativa como así tampoco lo hace el hecho de haber consultado o estado internado en lugar público o privado.

Discusión:

Debido a que la mayoría de los países de América Latina y el Caribe no realiza vigilancia epidemiológica de diabetes en adultos, no hay mucha información sobre la prevalencia de esta enfermedad⁽²¹⁾ para poder comparar con nuestros resultados. Pero, la prevalencia de la diabetes en la muestra fue mayor a la señalada en la literatura.

En efecto, en Latinoamérica, se estimó la prevalencia de la diabetes a través del autorreporte en siete ciudades latinoamericanas, en el marco del proyecto SABE (2000) y se demostró que la prevalencia de la diabetes diagnosticada entre personas de 60 años de edad y más fue 17,0% (95%-CI 15,9–18,2), con la tasa de prevalencia más alta notificada en Bridgetown y la más baja en Buenos Aires cuya tasa bruta fue de 12,2% (13,9% hombres; 11,2% mujeres)⁽²²⁾.

Tabla N°3

Correlaciones entre vacunación antigripal y antitetánica y variables sociodemográficas. Villa María-Villa Nueva. 2008-2009.

	Tau b de Kendall	Vacuna Antigripal 1: Vacunado 2: No vacunado	Vacuna Antitetánica 1: Vacunado 2: No vacunado
Sexo 1: Hombre 2: Mujer	Coeficiente	,121	,188
	p=	,208	,055*
	N	110	105
Edad 1: 64 años o menos 2: 65 años y más	Coeficiente	,020	,082
	p=	,856	,453
	N	86	85
Establecimiento de salud 1: Público 2: Privado	Coeficiente	,070	-,041
	p=	,454	,668
	N	110	105
Nivel instrucción 1: Nivel inicial 2: Nivel medio o superior	Coeficiente	,088	,054
	p=	,361	,591
	N	108	102
Calidad de vida 1: Baja calidad de vida 2: Alta calidad de vida	Coeficiente	-,173	-,102
	p=	,071*	,298
	N	110	105
Dependencia a las AIVD 1: Algún grado de dependencia 2: Independencia total	Coeficiente	,039	-,041
	p=	,683	,679
	N	110	105
Dependencia a las ABVD 1: Algún grado de dependencia 2: Independencia total	Coeficiente	-,025	-,016
	p=	,795	,874
	N	110	105
Participación social 1: Baja participación 2: Alta participación	Coeficiente	,142	-,025
	p=	,138	,800
	N	110	105
Riesgo social 1: Sin Riesgo social 2: Con riesgo social	Coeficiente	-,025	,067
	p=	,793	,497
	N	110	105

Situación conyugal 1: Unido 2: No unido	Coefficiente	,009	-,019
	p=	,930	,852
	N	101	99
Cobertura salud 1: Sin cobertura 2: Con cobertura	Coefficiente	,115	,012
	p=	,231	,906
	N	110	105
* Relación significativa a 90%.			
<i>Fuente: Elaboración propia en base a encuesta realizada en la localidad Villa María y Villa Nueva entre 2008 y 2009.</i>			

De Sere day et al. (2004) ⁽²³⁾ encontraron en ciudades del centro de Argentina una tasa de prevalencia estandarizada por edad de diabetes mellitus en personas de 20 años y más de entre 6,5% y 7,7% que aumenta con la edad.

La Diabetes, estimada por la Organización Mundial de la Salud en poblaciones adultas, varía entre 6,1 y 8,1% para Argentina ⁽²¹⁾. Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en el 2005 en nuestro país, considerando solamente a aquellos que reportaron haberse medido la glucemia, la prevalencia fue de 11,9% en el país y 13,9% ⁽¹³⁾.

En los países Europeos las tasa son mayores: en una revisión bibliográfica realizada por Valdes et al. (2007) ⁽⁹⁾ analizaron la evolución de la prevalencia de la diabetes en España en los últimos años, basándose en los distintos estudios transversales realizados. Según este análisis, estimaron que entre el 10 y el 15% de la población adulta española tiene diabetes.

Con respecto al seguimiento, un altísimo porcentaje de la población diabética tuvo contacto con el sistema de salud en el último año, mientras tanto, la cobertura de vacunación fue baja. No hay muchos estudios que analizan el cumplimiento de las vacunas en la población diabética, siendo la comparación de nuestros resultados difícil. Mientras tanto, contrastan con los resultados de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid, España, realizada en 2004-2005, que encontró una proporción de pacientes diabéticos vacunados de 60,1%, y, en las edades superiores a los 65 años, la cobertura fue del 68,4%.% ⁽¹⁵⁾. Con respecto al análisis inferencial, se han vacunado más varones que mujeres.

Aunque no encontramos correlación estadísticamente significativa, existen evidencias en otras regiones de que la inmunización de las personas esta ligada al nivel de instrucción. Una encuesta de salud de la ciudad de Madrid, España, 2004-2005, comenta, con respecto al nivel educativo y la autopercepción de la salud que entre los pacientes diabéticos, la cobertura de vacunación aumentó con un menor nivel educativo, la peor percepción de su salud. En este trabajo, si bien los resultados no resultaron significativos en los diabéticos, lo fue en toda la muestra cuando se observó la correlación con la vacuna antitetánica. Quizás si se aumentara la muestra se obtendrían resultados significativos para los diabéticos.

Lo más llamativo de nuestros resultados es la baja cobertura de vacunación de la población diabética en comparación al altísimo porcentaje que tuvo contacto con el sistema de salud en el último año (91,7%). En la literatura, los estudios convergen en la conclusión de que hay mayores niveles de vacunación cuanto mayor recomendación médica de hacerlo existe. En el artículo español de Vázquez-Fernández del Pozo et al. (2006) ⁽¹⁶⁾ se estudió el estado de vacunación frente a la gripe y los motivos para vacunarse en 76.000 personas mayores de 16 años, en España. La principal razón que justificaba la vacunación frente a la gripe en todos los grupos de población estudiados fue recibir la recomendación de vacunación por parte del médico. Igualmente, Jiménez-Trujillo et al. (2008) ⁽¹⁵⁾ encontraron que la mayoría de los madrileños con diabetes vacunados contra la gripe (94,7%), lo hicieron por recomendación del médico o enfermera. Podemos cuestionarnos, entonces, sobre los resultados del presente estudio. Por qué si la casi totalidad de los diabéticos estudiados tuvieron contacto con

algún agente de salud durante el último año, y, por consiguiente, la oportunidad de recibir la recomendación de vacunarse, el porcentaje de vacunación es tan bajo.

La primera hipótesis es que, en la ocasión de este contacto médico, no recibieron la recomendación de vacunarse.

Entonces, ¿La información sobre las recomendaciones preventivas no está bien difundida en el ámbito sanitario? ¿Los agentes de salud omiten realizar la recomendación? Al respecto, el infectólogo Dr. Daniel Stamboulian⁽²⁴⁾ comenta en una entrevista "...las vacunas están y los centros funcionan, para mí, hay que ampliar la educación en el médico y en la comunidad para que se aprovechen las vacunas que existen..."

¿La demanda excede la capacidad de los establecimientos de salud, y por consiguiente la rapidez de las consultas dificulta realizar las acciones preventivas?

La otra hipótesis es que no haya oferta de vacunas antigripal o antitetánica. Pero el estado, dice garantizar las vacunas a los grupos en riesgo en establecimientos de jurisdicción pública, o por medio del Programa Médico Obligatorio, en los de índole privada a través de las obras sociales.

¿Están realmente disponible, en el momento adecuado, las dosis necesarias para inmunizar a todos los pacientes de riesgo, particularmente a los diabéticos tanto en el área pública como privada?

La última hipótesis es que las personas rechazan la vacunación. ¿La educación para la salud de los pacientes diabéticos no es efectiva? ¿La información sobre las recomendaciones preventivas no está bien difundida a la población general? ¿La información está disponible pero no adaptada al grupo de personas mayores?

Existen estudios que demostraron que la recomendación de las vacunas varía en función de la actitud de los médicos frente a ciertas características de los pacientes. Así, Jiménez-Trujillo et al., en 2008, encontraron que los factores que demostraron estar relacionados con recibir la recomendación de vacunación por parte del médico en el grupo de mayores de 65 años fueron: edad ≥ 75 años, no tener estudios, tener estudios no universitarios y residir en municipios > 10.000 habitantes⁽¹⁶⁾. También, se ha demostrado que existe una relación entre los estilos de vida propios de los médicos y su in-

fluencia en las actividades preventivas recibidas por sus pacientes⁽¹⁶⁾. La conclusión de esta investigación fue que es preciso mejorar el grado de conocimiento de la recomendación de vacunación antigripal y la disponibilidad de tiempo en la consulta para llevar a cabo las actividades preventivas. Se mencionó también que es importante facilitar la información precisa acerca de las enfermedades y las inmunizaciones mediante campañas⁽¹⁶⁾.

En un trabajo que se enmarcó en el Programa de Intervención para reducir la morbilidad y mortalidad por diabetes⁽²⁵⁾, evaluaron los resultados de una intervención educativa dirigida a los médicos y enfermeras de los consultorios de familia para que, a su vez, educaran a los pacientes diabéticos. Se encontró un aumento significativo en los conocimientos de los proveedores de salud del área intervenida, lo que influyó positivamente en un aumento significativo de los conocimientos de la población diabética. Se concluyó que el aspecto educacional es esencial para afrontar el problema de salud-diabetes y que debe iniciarse por los proveedores de salud para que puedan realizar con eficacia el cuidado y la educación de la población diabética.

Conclusión:

La población diabética estudiada presenta una baja cobertura de vacunación, aunque un alto porcentaje tuvo contacto con el sistema de salud en el último año. La única variable sociodemográfica que tuvo una correlación estadísticamente significativa con el hecho de que los adultos diabéticos mayores de 45 años tuvieran la vacuna antitetánica, fue el hecho de ser varón. Con respecto a los resultados de los estudios encontrados en la literatura, y del hecho de que el bajo porcentaje de diabéticos mayores a 45 años inmunizados no está relacionado con una falta de contacto con el sistema sanitario, se puede pensar que la promoción de las consultas médicas para seguimiento del diabético, y la capacitación del personal sanitario, de la población diabética y de la población en general en medicina preventiva, podrían ampliar la inmunización efectiva de esta población en riesgo.

Debería existir una evaluación y control permanente de las políticas públicas enfocadas en la prevención, par-

tualmente en lo que refiere a patologías crónicas y sus complicaciones, cada vez más presentes en la población de adultos mayores.

Creemos que las campañas de difusión de información acerca de las recomendaciones en materia de medicina preventiva, específicamente en relación a inmunizaciones y tamizajes dirigidas a la población general, sería una medida adecuada para lograr mayor cobertura y eficacia de los programas y políticas actuales.

Por otra parte, fomentar la atención primaria de la salud, incrementando la formación de personal y el número de establecimientos dedicados a ella, sería una medida pertinente para aumentar la oferta y, de esta manera, concretar en la práctica diaria, las actividades preventivas previstas.

La transición demográfica, cuyos efectos impulsan el proceso de envejecimiento, hace patente la necesidad de establecer políticas públicas dirigidas a las personas de 60 años y más, con acción en los planos económicos, sociales, políticos y culturales, y en procura de promover un clima favorable a la incorporación de los adultos mayores al desarrollo de los países de la región.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio De Salud. Presidencia De La Nación. Secretaria De Políticas, Regulación E Institutos. Dirección De Estadísticas E Información De Salud. Sistema Estadístico De Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica - Año 2009. Serie 5 - Número 53. ISSN: 1668-9054. Buenos Aires, República Argentina. Noviembre De 2010.
2. CELADE. Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Contribución al diseño de políticas y programas. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Centro Económico Para América Latina y Caribe (CEPAL) y Banco Interamericano de desarrollo (BID), 1996.
3. Chackiel J. La dinámica demográfica en América Latina. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población y desarrollo. Santiago de Chile, mayo de 2004 CEPAL - SERIE Población y Desarrollo N° 52.
4. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2005;17:307–322.
5. CEPAL-CELADE. Directrices para la elaboración de módulos sobre envejecimiento en las encuestas de hogares. División de Población de la CEPAL. Serie Manuales, 60. Santiago de Chile, Noviembre de 2008.
6. Peláez, Enrique (2004). Envejecimiento poblacional. En la provincia de Córdoba. Situación actual y perspectivas futuras. Doctorado en Demografía, Colección temática. CEA_UNC
7. Álvarez, M., Bertone C. (2010) Arreglos Residenciales y Transferencias Intergeneracionales de los Adultos Mayores. Presentado en el Seminario Internacional de Población y Sociedad en América Latina 2010. Salta, Argentina.
8. Censo de Población Provincial 2008. Provincia de Córdoba- Argentina.
9. Valdés S, Rojo-Martinez G, Soriguer F. Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española. *Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. España. Med Clin (Barc)* 2007;129:352-5.
10. OMS. Diabetes. Nota descriptiva N°312. Enero de 2011. Extraído el 12/7/2011 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
11. Wild S, Roglic G, Green A, et al. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care.* 2004; 27:1047-53.
12. Aschner P. Diabetes trends in Latin America. *Diabetes Metab Res Rev* 2002;18:S27-S31.
13. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Primera Edición - Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, 2006. ISBN 950-38-0039-0

14. Martin L.M, Leff M, Calonge N et al. Validation of self-reported chronic conditions and health services in a managed care population. *Am J Prev Med* 2000;18:215-218.
15. Jiménez-Trujillo, R. Jiménez-García, V. Hernández-Barrera, et al. Cobertura y predictores de vacunación contra la gripe en adultos con diabetes en Madrid, I. Unidad de Docencia e Investigación en Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España. *Vacuna*. 2008; 9:102-107.
16. Vázquez-Fernández del Pozo S, Jiménez-Trujillo I., Carrasco-Garrido, et al. Desigualdades en la recomendación o el consejo médico de la vacuna antigripal en población adulta Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. Madrid. España. *Vacunas* 2006;7:108-115.
17. Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2004. Recuperado de: <http://www.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3785-2004.pdf>
18. Pavot, W. , Diener, E. Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment* 1993;5:164-172.
19. Lawton MP. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *J Gerontol* 1975;30::85-89.
20. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Md Med J* 1965; 14: 61-65.
21. OMS. La Diabetes en las Américas. *Boletín Epidemiológico*, Vol. 22 No. 2, junio 2001.
22. OMS, 2004. Peláez M, Palloni A, Albala C. et al. SABE - Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2000 [archivo electrónico]: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) [productor y distribuidor], 2004
23. Sereday MS, Gonzalez C, Giorgini D, et al. Prevalence of diabetes, obesity, hypertension and hyperlipidemia in the central area of Argentina. *Diabetes Metab.* 2004;30:335-9.
24. Valdés S, Rojo-Martinez G, Soriguer F. Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. España. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129:352-5. Salud en la seguridad Social de la Superintendencia de Servicios de Salud Año 1 | Número 3 | Septiembre- Octubre 2010 ISSN 1853-2314
25. Suárez Pérez R, García González R, Padilla D. A, et al. Resultados de la educación en diabetes de proveedores de salud y pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. *Rev Cubana Endocrinol* 2000; 11:31-40.