

DIFERENCIAS DE GÉNERO Y GRUPO ETÁREO EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO

Luz Elena Reynaga Aguilar¹, Gabino Ramos Hernández¹, José Martín Torres Benítez¹

Recibido: 04 de octubre de 2013

Aceptado: 25 de marzo de 2014

.....
1. Hospital General de Tampico "Dr. Carlos Canseco"

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las diferencias por grupo etáreo y género en la evolución de los pacientes de la clínica de pie diabético en el Hospital General de Tampico.

Material y método: El grupo de estudio fueron pacientes atendidos que reunieron los criterios de inclusión del presente estudio que acudieron a la clínica de pie diabético con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Resultados: Al analizar las diferencias de los 349 pacientes incluidos en el estudio de la prevalencia en el pie diabético se observa un predominio en el género masculino con respecto al femenino, donde más de la mitad son varones 196 pacientes (56.2%) con un Int. Conf. 95% de 50.8% - 61.4%) contra 153 mujeres (43.8%). con un Int. Conf. 95% de 38.6% - 49.2%). Se encontró que de las diferencias de género por predominio de la lesión en meses de evolución de la ulceración, en primer lugar se observa que en el género femenino el predominio mixto reportó el mayor tiempo de evolución duplicando el presentado en los hombres (14.3±19.6 con un rango de 4 a 60 semanas, contra 6.8±3.5 con un rango de 2 a 13 semanas en promedio).

Conclusiones: La prevalencia de pie diabético se reportó más alta en masculinos donde más de la mitad recibieron atención médica. Las mujeres reportaron en promedio 3 meses más de evolución que los hombres lo cual se interpreta como que el género femenino posterga más tiempo su atención médica en la clínica de pie diabético. Las lesiones mixtas por la clasificación se reporta un mayor tiempo de evolución en las mujeres diabéticas.

Palabras clave: Pie diabético, Diferencias de género, Grupo etáreo

SUMMARY

Objective: Evaluate differences by age group and gender in patient outcomes of diabetic foot clinic at the General Hospital of Tampico.

Material and method: The study group were patients cared that met the inclusion criteria of this study who attended the diabetic foot clinic with a diagnosis of type 2 diabetes mellitus.

Results: In analyzing the differences of the 349 patients included in the study of the prevalence in the diabetic foot is a predominance in male compared with the female, where more than half of 196 patients were male (56.2%) with an Int Conf . 95% 50.8% - 61.4%) against 153 women (43.8%). Int Conf with 95% 38.6% - 49.2%). We found that the gender differences in prevalence of injury-month history of ulceration, first observed in the female gender predominance reported mixed longer history presented doubling in men (14.3 ± 19.6 with a range of 4 to 60 weeks, versus 6.8 ± 3.5 with a range of 2 to 13 weeks on average).

Conclusions: The prevalence of diabetic foot was reported higher in males where more than half received medical attention. The women reported an average of 3 months longer than men evolution which is interpreted as the female longer delays in medical care of diabetic foot clinic. The classification of mixed lesions reported a longer history in diabetic women.

Keywords: Diabetic foot, Gender differences, Age group

INTRODUCCIÓN

Hoy en día sabemos que la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles ha superado a la prevalencia de las enfermedades transmisibles, y en el momento actual, son las principales causas de mortalidad mundial, con una repercusión económica social devastadora debido a las grandes pérdidas en años de vida saludable, calidad de vida, incapacidad laboral, un gran gasto del sector salud y costos sociales y familiares.^(1,2) En países desarrollados tiene una prevalencia de 48% y de igual forma se va comportando en los países latinoamericanos en vías de desarrollo con una prevalencia de 37 %.^(3,4)

Bajo la denominación de pie diabético se engloba una serie de alteraciones de causas neurológicas, vasculares, infecciosas y, en algunas ocasiones, óseas que a pesar de obedecer a mecanismos patogénicos variados, se originan sobre una condición básica común: el pie del diabético. Esas lesiones se consideran la causa más frecuente de hospitalización en estos enfermos; además, son responsables de un mayor número de días-cama, si se comparan con otras complicaciones de la diabetes.⁽⁵⁾ El riesgo de amputaciones mayores en el diabético supera 15 veces el de la población general; también se comunica que el 50% de las amputaciones no traumáticas ocurren en los diabéticos. Desde el punto de vista económico, los problemas de los pies en la diabetes ocasionan gastos muy elevados, en los Estados Unidos de Norteamérica los costos sobrepasan los 200 millones de dólares anualmente. Sólo la prevención es capaz de disminuir estos problemas, en particular las amputaciones. Para lograr estos objetivos deben desarrollarse programas de

detección precoz de los factores de riesgo de pie diabético, así como de su corrección, siempre que sea posible.^(6,7)

El pie diabético se define como el trastorno de los pies de los diabéticos provocado por la enfermedad de las arterias periféricas que irrigan el pie, complicado a menudo por daño de los nervios periféricos del pie e infección. Debido a la oclusión de las arterias que llevan sangre a los pies se produce gangrena.⁽⁸⁾

El pie del paciente diabético es muy sensible a todas formas de traumatismos: el talón y las prominencias óseas resultan especialmente vulnerables.

Los daños a los nervios periféricos de los pies provocan trastornos sensoriales, úlceras de la planta del pie, atrofia de la piel.^(9,10)

Es frecuente en los pacientes diabéticos que las lesiones propias del denominado pie diabético trascurren sin dolor, debido a lo cual se suele agravar la lesión antes de que el paciente pida ayuda especializada.⁽¹¹⁻¹³⁾

Teniendo en cuenta el aumento de la incidencia mundial de diabetes, como problema epidemiológico, y el hecho de que aproximadamente la cuarta parte de los pacientes diabéticos en el mundo desarrollan en algún momento del transcurso de su enfermedad úlceras por fricción continua o heridas dérmicas en los pies que llevan a ulceración del pie diabético y a la amputación.^(14,15)

Tanto la ulceración como la amputación, a pesar de ser una complicación a largo plazo prevenible, continúan siendo las causas más importantes de morbilidad entre la población diabética al no llevar en forma adecuada la detección de factores de riesgo y la correcta estratificación del pie en riesgo como herramientas para evitar la amputación como desenlace final. Sobre todo en el

paciente geriátrico. La valoración integral del paciente diabético debe realizarse en cada consulta así como de los pacientes hospitalizados, y las medidas de detección y prevención debe ser realizada en todos los niveles de atención médica. ^(16,17)

Es importante identificar epidemiológicamente la prevalencia y distribución del pie diabético para así determinar necesidades de acuerdo a su gravedad y factores que determinan su intervención temprana y evitar la amputación. ⁽¹⁸⁾

OBJETIVO GENERAL

Evaluar las diferencias por grupo etáreo y género en la evolución de los pacientes de la clínica de pie diabético en el Hospital General de Tampico.

MÉTODO

Clasificación del diseño de estudio: observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. El grupo de estudio fueron pacientes atendidos que reunieron los criterios de inclusión del presente estudio que acudieron a la clínica de pie diabético con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 durante el periodo comprendido del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2010, adultos mayores de 18 años, pacientes con registros completos.

Como criterios de exclusión, fueron: pacientes con enfermedades terminales, con estado mental disminuido y se eliminaron los registros con datos incongruentes. Se excluyeron a los pacientes terminales por su condición de inmunocomprometidos y pudiera tener mayor peso el padecimiento

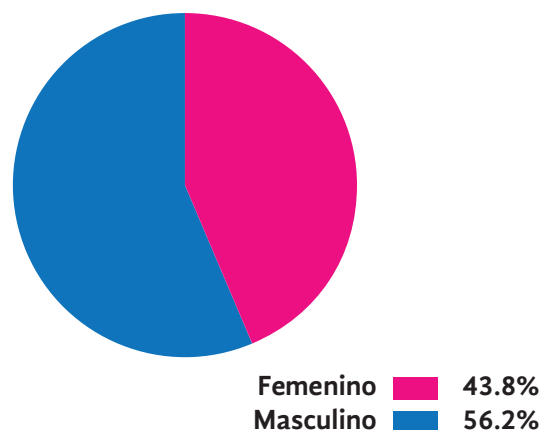
de fondo y que modificara la respuesta en la cicatrización, el objetivo del estudio fué evaluar a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Variables: Edad, sexo, factores de riesgo modificables y no modificables y clasificación de pie diabético

La información se recabo de los expedientes mediante una fuente indirecta primaria por medio un instrumento previamente diseñado, conteniendo datos que dieron repuestas a los objetivos planteados y se analizaron los resultados de los registros de los pacientes investigados. Una vez obtenida la información se procesó en el programa para análisis estadístico Epi-info 3.5 de la CDC Atlanta, Georgia.

Se analizaron las diferencias de cada uno de los grupos, mediante estadística descriptiva y posteriormente se realizaron comparaciones de las variables de interés.

1 Gráfica N°2 Distribución por género de los pacientes con pie diabético

DISTRIBUCIÓN DE PIE DIABÉTICO POR GÉNERO



RESULTADOS

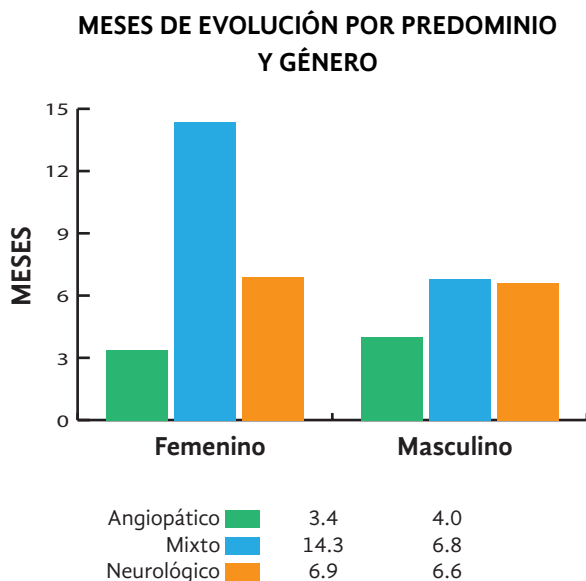
Distribución por género. Al analizar las diferencias de los 349 pacientes incluidos en el estudio de la prevalencia en el pie diabético se observa un predominio en el género masculino con respecto al femenino, donde más de la mitad son varones 196 pacientes (56.2%) con un Int. Conf. 95% de 50.8% - 61.4%) contra 153 mujeres (43.8%). con un Int. Conf. 95% de 38.6% - 49.2%).

Evolución de la ulceración. Se observó una diferencia de evolución de más de 3 meses entre los pacientes femeninos (9.7 ± 11.7) y los masculinos (6.4 ± 5.6). Al comparar las edades promedio, reportaron una media de 58.8 años y un rango de 30 a 88 años en los femeninos y de una media

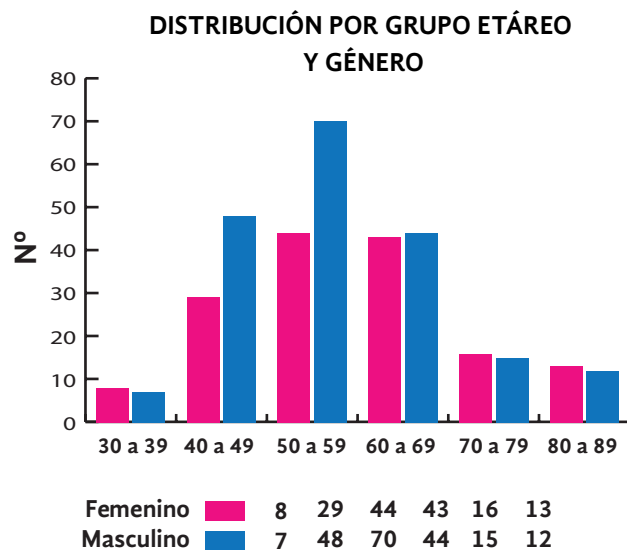
de 57.1 años de edad y un rango de 37 a 87 años en los masculinos, por lo cual se observa que los pacientes diabéticos en la 5ª década de la vida tienen aumentado el riesgo de presentar pie diabético.

Predominio de la lesión. Se encontró que de las diferencias de género por predominio de la lesión en meses de evolución de la ulceración, en primer lugar se observa que en el género femenino el predominio mixto reportó el mayor tiempo de evolución duplicando el presentado en los hombres (14.3 ± 19.6 con un rango de 4 a 60 semanas, contra 6.8 ± 3.5 con un rango de 2 a 13 semanas en promedio). El predominio angiopático mostro el menor tiempo en semanas en ambos grupos, predominando ligeramente en los hombres (4.0 ± 5.3 contra 3.4 ± 1.9).

2 Gráfica N°2 Predominio de la lesión de acuerdo al género



3 Gráfica N°3. Diferencias por grupo etáreo y género



Distribución por grupo etáreo. La prevalencia de ulceraciones en pacientes diabéticos se reporta mayor en las décadas de 40 a 69 años de edad, en primer lugar en la década de 50 a 59, en segundo lugar en los hombres se reportan más jóvenes de 40 a 49; en las mujeres el segundo lugar corresponde a la década de 60 a 69, por lo tanto el tercer lugar se observó en sentido inverso (mujeres de 40 a 49 y hombres 60 a 69 años).

Prevalencia por tipo de lesión y grupo etáreo. La prevalencia de ulceraciones en grandes grupos de pacientes diabéticos se observó que el orden de frecuencia es diferente, en ambos grupos se ubica en primer lugar el tipo de lesión C (≥ 60 años 53.3% y < 60 años 43.8%), solo que en los de 60 años y mayores se ubica en segundo lugar la lesión tipo B (25.3%), y en tercer lugar la lesión tipo A (21.4%). En menores de 60 años en segundo lugar la lesión tipo A (33.3%) y en tercer lugar la lesión tipo B (22.8%).

Prevalencia por predominio y grupo etáreo. La prevalencia de ulceraciones en grandes grupos de edad de pacientes diabéticos se observó que el orden de frecuencia es similar, en ambos grupos se ubica en primer lugar neuropático (≥ 60 años 47 pacientes con 47.5% y < 60 años 109 pacientes con 73.6%), en segundo lugar predominio mixto (≥ 60 años 31 pacientes con 31.3% y < 60 años 27 pacientes con 18.2%) y en tercer lugar predominio angiopático (≥ 60 años 21 pacientes con 21.2% y < 60 años 12 pacientes con 8.1%).

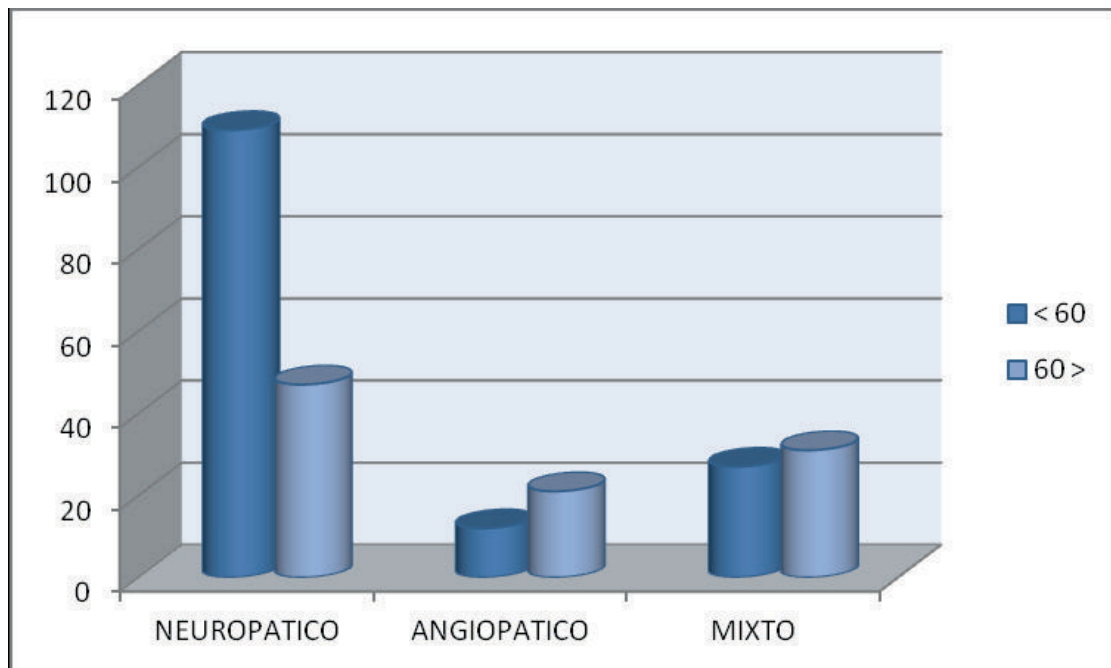
DISCUSIÓN

El pie diabético se observa un predominio en el género masculino como lo reporta Dunn et al, (11) en su estudio realizado en la India con una relación de 2.3:1 y en nuestra investigación fue de 1.3:1. Donde ellos reportan además que aumenta con la ocupación que desempeña el paciente clasificándola en interior y exterior, predominando la última en 2.2:1. Aumentando la frecuencia en la 5ª y 6ª décadas de la vida.

A su vez nuestros resultados coinciden con lo reportado por Abbot et al, (18) comparando grupos poblacionales latinos contra europeos, en cuanto a que las mujeres tienen lesiones con menor gravedad que los hombres, reportando menor neuropatía y esto determinaría un mejor pronóstico a mediano y largo plazo en cuanto a el riesgo de amputación.

Como lo mencionan Powell et al (4) en su artículo que la neuropatía determina la calidad de vida del paciente con pie diabético al provocar alteraciones en la deambulación aumentando el riesgo de caídas y consecuentemente fracturas en este grupo de pacientes, en nuestro estudio los pacientes menores de 60 años la mayoría se reportaron con neuropatía.

4 Gráfica N°4 Diferencias por grandes grupos de edad por predominio de la úlcera



CONCLUSIONES

1. La prevalencia de pie diabético se reportó más alta en masculinos donde más de la mitad recibieron atención médica, con una razón de masculinidad de 1.3:1, lo cual se puede interpretar que por cada 13 hombres diagnosticados se atienden 10 mujeres en la clínica del pie diabético.

2. Las mujeres reportaron en promedio 3 meses más de evolución que los hombres lo cual se interpreta como que el género femenino posterga más tiempo su atención médica en la clínica de pie diabético.

3. Las lesiones mixtas por la clasificación se reporta un mayor tiempo de evolución en las mujeres diabéticas.

4. En los pacientes geriátricos ≥ 60 años se presenta una prevalencia en sentido inverso del tipo de lesión C, B, A. y en el predominio angiopático la diferencia es más notoria (con una razón de 2.3: 1).

BIBLIOGRAFÍA.

1. Velásquez O, Rosas M, Lara A, et al. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: resultados finales de la ENSA 2000. *Arch Cardiol Mex.* 2003; 73:62-77.
2. Olaiz G. ENSANUT 2006. Instituto Nacional de Salud Pública. 2006. Cuernavaca, México
3. Programa de Acción Específico 2007-2012 Diabetes Mellitus. 2008; 1a ed. México: Secretaría de Salud.
4. Powel M, Carnegie D, Burke T. Reversal of diabetic peripheral neuropathy with phototherapy (MIRE™) decreases falls and the fear of falling and improves activities of daily living in seniors. *Age and Ageing* 2006; 35: 16-24
5. Lavery L, Higgins K, Lanctot D, Constantinides G, Zamorano R, et al. Preventing Diabetic Foot Ulcer Recurrence in High-Risk Patients Use of temperature monitoring as a self-assessment tool. *Diabetes Care* 2007; 30: 14-20,
6. Akther J, Khan I, Shahpurkar V, et al. Evaluation of the diabetic foot according to Wagner's classification in a rural teaching hospital. *British Journal of Diabetes & Vascular Disease* 2011; 11: 74
7. Faglia E, Favales F, Morabito A. New Ulceration, New Major Amputation, and Survival Rates in Diabetic Subjects Hospitalized for Foot Ulceration From 1990 to 1993 A 6.5-year follow-up. *Diabetes Care*, 2001; Vol 24, Jan
8. Tesfaye Solomon. Diabetic neuropathy: achieving best practice. *British Journal of Diabetes & Vascular Disease* 2003; 3: 112
9. Hornick T, Aron D. Preventing and managing diabetic complications in elderly patients. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine* 2008; Vol 75 Num 2 Feb
10. Dolben F. Hospital Survey of the Care of Elderly Patients with Diabetes Mellitus Age and Ageing 1996; 25:349-352
11. Dunn J, Link C, Felson D. Prevalence of Foot and Ankle Conditions in a Multiethnic Community Sample of Older Adults. *Am J Epidemiol* 2004; 159:491-498
12. Brem H, Balledux J, Bloom T. Healing of Diabetic Foot Ulcers and Pressure Ulcers With Human Skin Equivalent. A New Paradigm in Wound Healing. *Arch Surg.* 2000; 135:627-634
13. Robbins J, Nicklas B, Augustine S. Reducing the rate of amputations in acute diabetic foot infections. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine* 2006; Vol 73 • Num 7 Jul
14. Pittet D, Wyssa B, Herter-Clavel C. Outcome of Diabetic Foot Infections Treated Conservatively. A Retrospective Cohort Study With Long-term Follow-up. *Arch Intern Med.* 1999; 159:851-856
15. Wooldndge J, Bergeron M, Thromton C. Preventing Diabetic Foot Disease: Lessons from the Medicare Therapeutic Shoe Demonstration. *American Journal of Public Health* Jul 1996; Vol. 86, No. 7
16. Ghanassia E, Villon L, Jean-Franc, Boegner C. Long-Term Outcome and Disability of Diabetic Patients Hospitalized for Diabetic Foot Ulcers. A 6.5-year follow-up study. *Diabetes Care* 2008; 31:1288-1292.
17. Maciejewski M, Reiber G, Smith D. Effectiveness of Diabetic Therapeutic Footwear in Preventing Reulceration. *Diabetes Care* 2004; 27:1774-1782.
18. Abbott C, Garrow A, Phd, Carrington A. Foot Ulcer Risk Is Lower in South-Asian and African-Caribbean Compared With. European Diabetic Patients in the U.K.The North West Diabetes Foot Care Study. *Diabetes Care.* 2005; 28:1869-1875,