

Pacienții cu diabet zaharat tip 2 în practica asistenței medicale prim

Type 2 diabetes in primary medical assistance practice

Prof. Univ. Dr. AFILON JOMPAN, Dr. T.P. TAMAȘ

Universitatea de Vest „Vasile Goldiș”, Arad

REZUMAT

Diabetul zaharat de tip 2 constituie o problemă de sănătate publică prin mortalitatea crescută, complicațiile deosebit de severe, incapacitatea de muncă indusă, dependență și adesea handicap în plan social, cu costuri financiare foarte mari pentru sistemul de sănătate și scăderea calității vieții pentru pacient. Este o afecțiune monitorizată în asistența medicală primară, împreună cu specialistul în boli metabolice printr-un program al Ministerului Sănătății Publice.

Cuvinte cheie: diabet zaharat de tip 2, mortalitate, complicații

ABSTRACT

Type 2 diabetes is a meter of public health through its raised mortality, its very severe complications, the working incapacity that it induces, dependency and often social handicap, with high costs for the health system and lowering patient's life quality. It is a disease monitored in primary medical assistance, together with the specialist in metabolic diseases, through a program of the Public Health Ministry.

Key words: type 2 diabetes, mortality, complications

IMPORTANȚA PROBLEMEI

Morbiditatea prin diabet zaharat tip 2 crește atât în plan mondial, cât și național, creștere ce este influențată de multipli factori, dar și de speranța de viață în creștere a populației.

Diabetul zaharat de tip 2 constituie o problemă de sănătate publică prin mortalitatea

crescută, complicațiile deosebit de severe, incapacitatea de muncă indusă, dependență și adesea handicap în plan social, cu costuri financiare foarte mari pentru sistemul de sănătate și scăderea calității vieții pentru pacient.

Diabetul zaharat de tip 2 (DZ tip 2) este o afecțiune monitorizată în asistența medicală primară, împreună cu specialistul în boli

Adresă de corespondență:

Prof. Univ. Dr. Afilon Jompan, Universitatea de Vest „Vasile Goldiș”, B-dul Revoluției, Nr. 81, Arad

metabolice printr-un program al Ministerului Sănătății Publice.

Boala are un impact deosebit asupra pacientului, familiei și comunității prin problematica:

- Medicală
- Epidemiologică
- Economico-financiară
- Socială

Din punct de vedere medical apar o multitudine de probleme pentru pacientul diabetic cu posibilitatea complicațiilor:

- Cardiovasculare
- Neurologice
- Renale
- Organe de simț etc.

În plan epidemiologic se disting:

- Morbiditatea în continuă creștere
- Mortalitatea aproape dublă față de non-diabetici
- Speranța de viață crescută

Mortalitatea este mai crescută în plan mondial la femei față de bărbați, cu excepția Europei, unde e mai crescută la bărbați față de femei.

Prevalența actuală (2010) a DZ în lume plasează România la o valoare moderată, de 5-7%. Estimările pentru 2030 indică o creștere globală a prevalenței, cu o valoare de 7-9% a acesteia în România.

Din implicațiile economico-financiare reținem:

- Cheltuieli în depistare, tratament, ambulator
- Cheltuieli prin internări repetate, complicații
- Cheltuieli prin apariția unor urgențe
- Cheltuieli prin activități de profilaxie
- Cheltuieli pe programe de cercetare

Pe plan social:

- Capacitate de muncă adesea redusă
- Incapacitate temporară de muncă crescută
- Adesea dependență, handicap prin complicații
- Calitatea vieții alterată
- Problematice integrării sociale a acestor pacienți

Monitorizarea pacientului cu diabet zaharat tip 2 intră azi și în responsabilitatea medicului din asistența medicală primară implicând o bună cunoaștere a problemicii, investigarea factorilor de risc, combaterea sau diminuarea lor, descoperirea precoce a cazurilor noi și o bună supraveghere în teritoriu și timp a pacienților cu diabet zaharat.

METODOLOGIA LUCRĂRII

A fost evaluată populația adultă a unui cabinet de medicina familiei de 1640 persoane,

investigată clinic și paraclinic complex pentru stabilirea prevalenței afecțiunii, a distribuției ei, a complicațiilor și a unor corelații calculate cu alți factori de risc.

Datele pacienților au fost obținute din:

- Anamneză
- Parametri somatici: înălțime, greutate (calculare IMC), circumferință abdominală
- Măsurarea TA
- Date culese: clinic, paraclinic, chestionar PNESS, prevenție

Metodele statistice aplicate au inclus:

- Variabile folosite: cantitative, calitative
- Calculare frecvențe, procente, prevalențe
- Reprezentări grafice: circulare, liniare, piramidale, conice, histograme
- Teste statistice: test t "student" (variabile cantitative), test chi-pătrat (variabile calitative), test Z (procente)

Analiza corelației (coeficient de corelație Pearson).

REZULTATELE CERCETĂRII

Per total în populația studiată au fost 87 de pacienți cu DZ, dintre care 3 cu DZ tip 1. Grupul „DIAB” a inclus cei 84 de pacienți, bărbați și femei, cu DZ tip 2. Grupul DB a reprezentat bărbații cu DZ tip 2, în număr de 45, iar DF femeile din grupul DIAB, în număr de 39.

TABELUL 1. Clasificarea pacienților studiați

Numărul total de pacienți (n)	1640
Diabet zaharat tip 1	3
Diabet zaharat tip 2 (DIAB)	84
Bărbați (DB)	45
Femei (DF)	39

TABELUL 2. Distribuția populației pe grupe de vârstă și sex

Grupa de vârstă	Bărbați	Femei	Total
20-29 ani	134	132	266 (16.22%)
30-39 ani	220	117	337 (20.55%)
40-49 ani	129	108	237 (14.45%)
50-59 ani	221	170	391 (23.84%)
60-69 ani	139	96	235 (14.33%)
≥70 ani	72	102	174 (10.61%)
Total	915	725	1640

TABELUL 3. Distribuția DIAB pe grupe de vârstă și sex

Grupa de vârstă	Bărbați	Femei	Total
20-29 ani	0	0	0
30-39 ani	1	0	1 (1.19%)
40-49 ani	1	3	4 (4.76%)
50-59 ani	17	15	32 (38.10%)
60-69 ani	16	9	25 (29.76%)
≥70 ani	10	12	22 (26.19%)
Total	45	39	84

Rezultatele obținute indică următoarele:

O prevalență a DZ tip 2 de **5,12%** (fig. 1), mai mare la femei (5,38%) - cu speranța de viață mai mare - față de bărbați (4,92%), fără diferențe semnificative statistic ($p>0.05$),

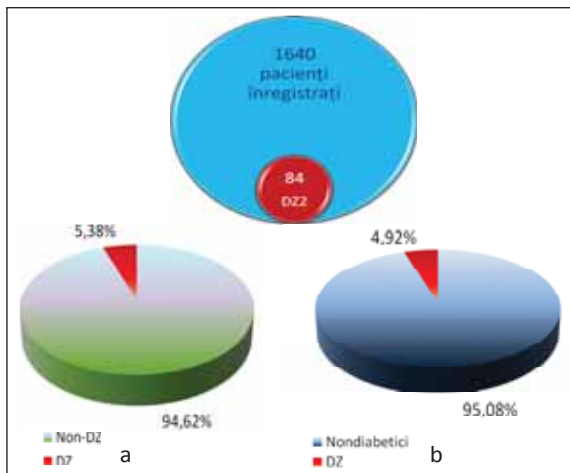


FIGURA 1. Prevalența DZ în populația studiată, la bărbați (a) și femei (b)

- vârsta medie a pacienților cu DZ tip 2 este de $62,9 \pm 10,6$ ani, la bărbați: $62,8 \pm 10,3$ ani (30...87), la femei: $62,9 \pm 11,1$ ani (42... 82)
- vârsta de debut a bolii $55,5 \pm 11$ ani, cu o vechime a DZ de $7,3 \pm 5,2$ ani (cu extreme 1 și 24 de ani), la bărbați: $55,3 \pm 10,8$ ani (27... 78), la femei: $55,9 \pm 11,4$ ani (39... 81)

Prevalența DZ crește semnificativ cu vârsta, cu o creștere importantă la grupa 50-59 de ani (fig. 2) și un debut mai devreme al bolii la femei (fig. 3).

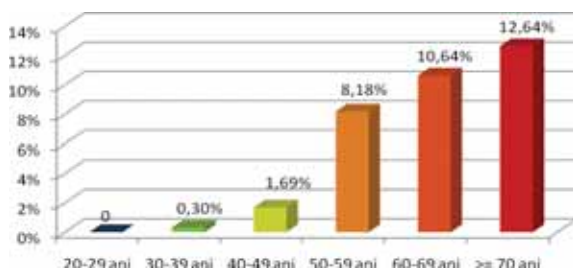


FIGURA 2. Prevalența DZ pe grupe de vârstă, în populația studiată

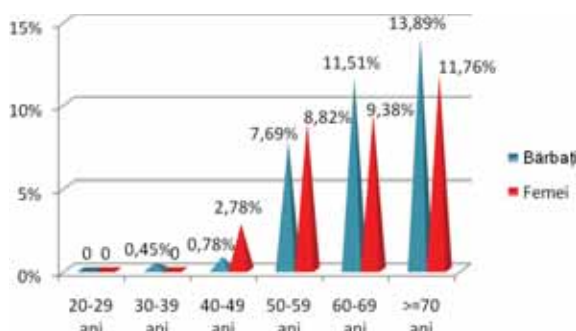


FIGURA 3. Prevalența DZ pe grupe de vârstă la bărbați și femei

Riscul genetic a fost înregistrat la 27,38% dintre pacienți (fig. 4), iar la pacienții cu AHC de diabet zaharat, vârful de debut a fost cu o decadă mai timpuriu (fig. 5).

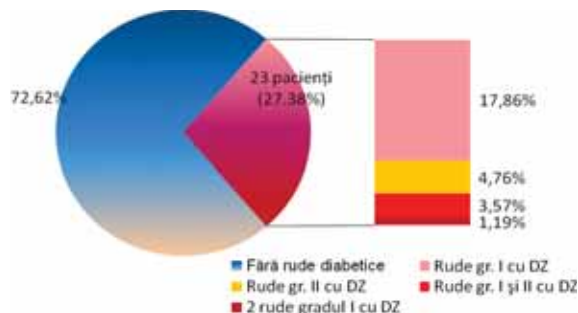


FIGURA 4. Antecedentele heredo-colaterale în grupul DIAB

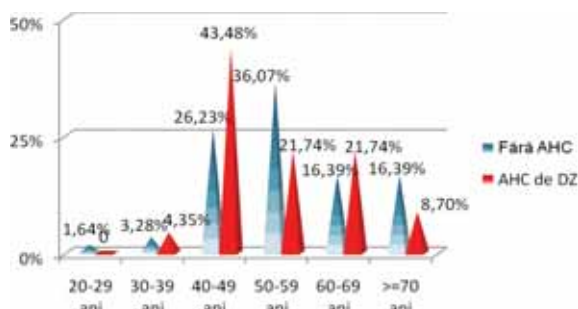


FIGURA 5. Vârsta de debut a DZ la pacienții cu/fără AHC de diabet zaharat

DZ tip 2 este însoțit de exces ponderal – 89,29% dintre cazuri (fig. 6), reprezentat de obezitate în 59,53% dintre cazuri, mai des obezitate gr. I (42,86%) – fig. 7, obezitatea fiind mai frecventă la femei (66,67%)

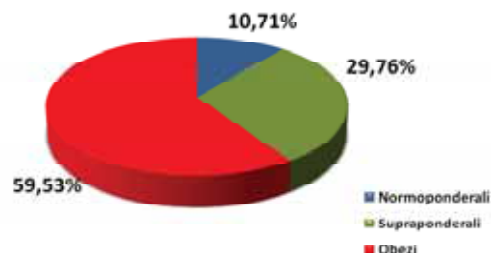


FIGURA 6. Excesul ponderal la pacienții DIAB

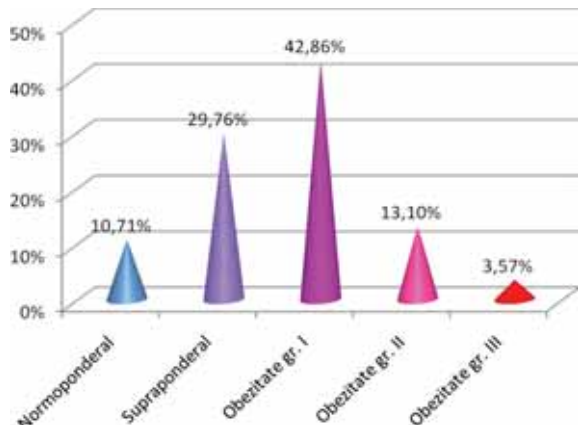


FIGURA 7. Distribuția pacienților diabetici după grupe ponderale de IMC

Pacienții au fost clasificați în grupe de efort fizic în funcție de gradul de implicare în activități fizice la locul de muncă, în timpul liber, respectiv dacă practicau un sport în mod constant. Astfel au existat 4 clase de efort posibile: sedentari (efort minim), efort fizic ușor, efort fizic mediu și efort fizic intens (în această clasă nu s-a încadrat nici un pacient DIAB).

Un factor de risc important, sedentarismul ca stil de viață și nivel de activitate fizică, se regăsește la 70,23% din pacienții cu DZ tip 2 (fig. 8).



FIGURA 8. Clasificarea pacienților DIAB după gradul de activitate fizică

În privința distribuției grupelor ponderale în funcție de gradul de activitate fizică, un procent de doar 36% dintre pacienții activi erau obezi, în timp ce în rândul pacienților sedentari, un procent aproape dublu (69,49%) erau obezi, diferență statistic semnificativă (fig. 9).

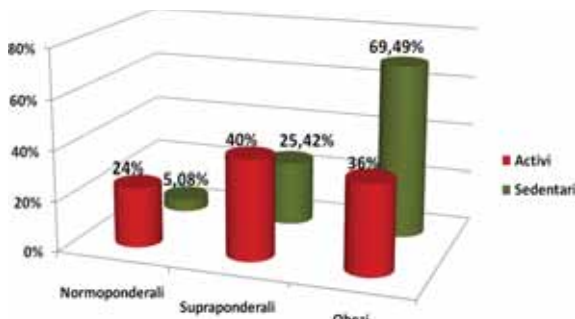


FIGURA 9. Statusul ponderal la pacienții DIAB sedentari vs. activi

La vârste înaintate majoritatea pacienților sunt pensionari la limită de vârstă, dar 3,57% din pacienții cu DZ tip 2 sunt pensionari pe caz de boală, iar 5,95% prezintă un grad de handicap (fig. 10), pondere ce în rândul sedentariilor atinge valori duble (11,84%).



FIGURA 10. Afectarea integrării în muncă și societate a pacienților DIAB

Hipertensiunea arterială (HTA) a avut o prevalență de 88,1% în grupul DIAB (semnificativ mai mare decât în populația cabinetului – 23,41%), normotensivi fiind doar 10 pacienți DIAB (11,9%). Ponderea cea mai mare (peste 50% din grupul DIAB) o are HTA gr. II.

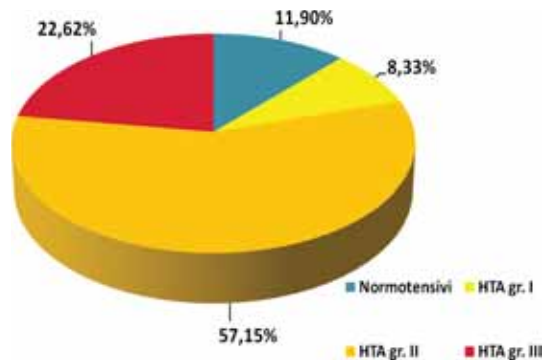


FIGURA 11. HTA la pacienții DIAB

Alți factori de risc precum fumatul (21,43%), consumul exagerat de alcool (22,62%), hipercolesterolemia (media 208,81 mg%) asociați DZ cresc riscul complicațiilor, handicapului și mortalității (fig. 12, tab. 4).

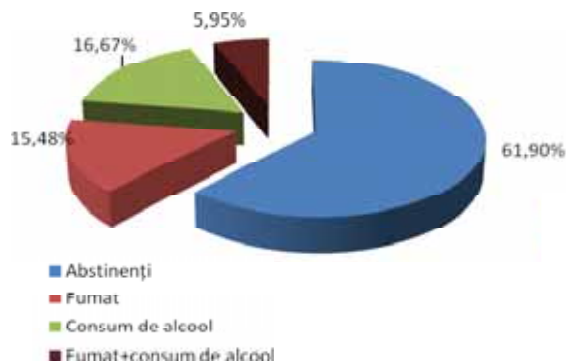


FIGURA 12. Distribuția pacienților diabetici după fumat și consum de alcool

Complicațiile cronice degenerative, corelate cu anii de evoluție a bolii, înregistrează valori îngrijorătoare (fig. 13). Prevalența complicațiilor diabetului a fost calculată pornind de la prevalența cardiopatiei ischemice în grupul DIAB (39 de cazuri, adică 46,43%), a nefropatiei diabetice (14 cazuri, respectiv 16,67%), a retinopatiei diabetice neproliferative sau proliferative (11 cazuri, adică 13,1%), și a polineuropatiei senzitive distale și/sau neuropatiei vegetative (15 cazuri, respectiv 17,85%). Poate exista o subdiagnosticare a complicațiilor microangiopate care necesită trimitere la specialist, cu examinări paraclinice și de laborator dedicate, necesare pentru confirmarea diagnosticului.

Privind prevalența complicațiilor DZ în funcție de statusul ponderal (fig. 14), se remarcă o

TABELUL 4. Complicațiile cronice corelate cu factorii de risc

Grupa de risc	Macroangiopatie	Microangiopatie	Capacitate de muncă, handicap
Fumat + consum alcool (5 pacienți)	100 % (5 pacienți) !	100% (5 pacienți)!	1 pensionar pe caz de boală
Fumat (13 pacienți)	10 pacienți (76,9%)	7 pacienți (53,8%)	2 handicap, 1 pensionar pe caz de boală
Consum alcool (14 pacienți)	7 pacienți (50%)	3 pacienți (21,4%)	

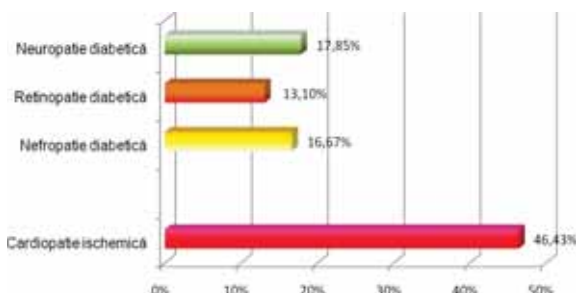


FIGURA 13. Prevalența complicațiilor microangiopate și macroangiopate la grupul DIAB

tendință crescătoare a acestora de la normopondere spre obezitate, precum și creșterea mai accentuată a prevalenței complicațiilor macroangiopate.

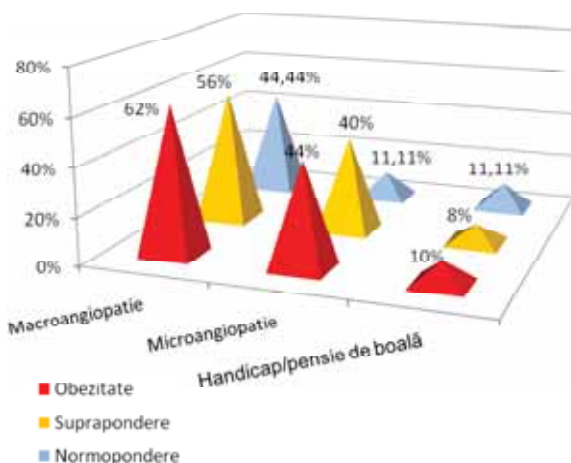


FIGURA 14. Prevalența complicațiilor la pacienții diabetici funcție de statusul ponderal

Reprezentând grafic prevalența complicațiilor DZ după gradul hipertensiunii arteriale (fig. 15), se observă un trend crescător al prevalenței acestor complicații (în special macroangiopate, dar și microangiopate) după gradul HTA.

Analiza corelației

Corelația glicemie-HbA1c (fig. 16) este directă, de intensitate medie ($r=0,695$) și statistic semnificativă ($p<0,05$).

Corelația IMC – circumferință abdominală (fig. 17) este directă, de intensitate medie ($r=0,601$) și statistic semnificativă ($p<0,05$).

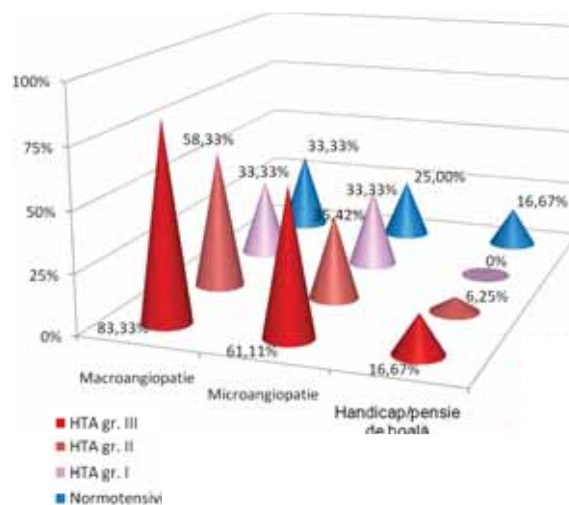


FIGURA 15. Prevalența complicațiilor DZ în funcție de gradul HTA asociate

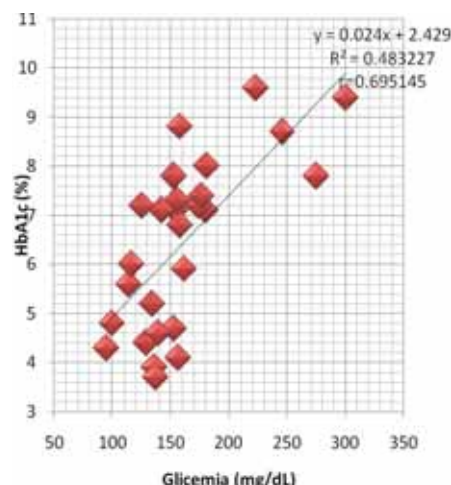


FIGURA 16. Analiza corelației glicemie - HbA1c

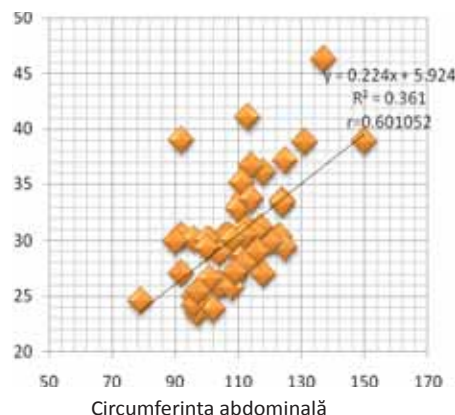


FIGURA 17. Analiza corelației IMC - circumferință abdominală

Există o **corelație directă de intensitate moderată** ($r > 0,5$, $< 0,75$; $p < 0,05$) atât între:

a) valoarea hemoglobinei glicozilate ca indicator al glicemiei pe termen mediu-lung (% din Hb) și glicemia serică, indicator al glicemiei pe termen scurt (mg/dL), cât și între

b) IMC ca indicator general al statusului ponderal și circumferința abdominală ca indicator al obezității viscerale.

În concluzie, pacientul diabetic, în afara afecțiunii de bază:

- asociază o multitudine de alți factori de risc cardiovasculari sau metabolici
- adesea evoluează spre complicații
- microangiopatie
- macroangiopatie
- sumează o multitudine de alte afecțiuni cronice

Toate acestea fac necesară o monitorizare atentă și permanentă a acestor pacienți, o consiliere a lor și a familiei din care provin, precum și un tratament nonfarmacologic și farmacologic adaptat fiecărui bolnav în parte.

Monitorizarea pacienților cu diabet zaharat tip 2 în Medicina Familiei necesită:

- un control glicemic între 80-140 mg% și $HbA1c < 6.5\%$
- educația pacientului
- alimentație adecvată, cu regim alimentar adaptat fiecărui caz
- stil de viață cu odihnă, exercițiu fizic adaptat, combaterea fumatului, sedentarismului, a consumului exagerat de alcool, de sare, cafea în exces
- medicația conform algoritmului stabilit de specialist, în funcție de valorile glicemice.

BIBLIOGRAFIE

1. **American Diabetes Association** – Standards of Medical Care in Diabetes, Diabetes Care, vol. 31, suppl. 1, Jan. 2008
2. **Harrison's Principles of Internal Medicine**, 17th Ed. 2008 McGraw-Hill Companies Inc. Editors: Dennis L. Kasper, MD, Anthony S. Fauci, MD, Dan L. Longo, MD, Eugene Braunwald, MD, Stephen L. Hauser, MD, J. Larry Jameson, MD, PhD, Joseph Loscalzo, MD, PhD. ISBN: 0071599916 / 978007159991
3. **N.D. Hâncu** – „Diabetul zaharat, nutriție și boli metabolice”, ed. University Press, Arad, 2001.
4. **A. Jompan** – „Medicina Familiei”, ed. Eurostampa, Timișoara, 2010.
5. **A. Jompan și colab.** – Hiperproteinemiile și indicele de ateroscleroză într-o comunitate rurală din vestul țării. *Annals – New Series an XXIV*, nr. 7/2000, Timișoara.
6. **A. Jompan și colab.** – Traditional nutrition and cardiovascular risk. *Rev. Central European Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Budapesta, nr. 6/2000, p. 161-165.
7. **A. Jompan, I. Crâșnic, V. Dumitrașcu** – „Analizele de laborator în practica asistenței medicale primare”, ed. Eurostampa, Timișoara, 2006.
8. **A. Jompan, R. Timar** – „Pacienții obezi și riscul cardiovascular”, *Rev. Medicina Familiei*, nr. 52, an XI, 2004.
9. **A. Jompan** – „Elemente de Medicina Familiei și ghiduri de practică”, ed. Helicon, Timișoara, 1999, ed. a II-a.
10. **D. Matei și colab.** – „Esențialul în medicina de familie”, ed. a II-a, ed. Medicală Amaltea, București, 2010.
11. **A. Restian** – „Bazele Medicinii de Familie”, vol. III, ed. Medicală, București, 2003.
12. **V. Serban, R. Timar, A. Vlad** – „Diabetul zaharat și hipertensiunea arterială”, ed. Brumar, Timișoara, 2004.
13. **V. Serban** – „Actualități în diabetul zaharat”, ed. Brumar, Timișoara, 2006.
14. **R. Timar, V. Serban, A. Jompan et al.** – Sindromul metabolic, *Rev. Medicina Familiei* nr. 53 an XII, 2005, p. 27-30.

Vizitați site-ul

SOCIETĂȚII ACADEMICE DE MEDICINĂ A FAMILIEI

www.samf.ro