

## Inmigración: un nuevo reto en el estudio de la diabetes

Josep Franch Nadal

*Médico de familia. Área Básica de Salud Raval Sud.  
Barcelona*

La inmigración es un fenómeno inherente a la historia de la humanidad. El hombre tuvo que salir de África para poblar la tierra. La historia de la vida es una historia de flujos. Y nada puede parar el flujo de unos inmigrantes procedentes de tierras pobres en busca de sustento. Lo hicieron los australopitecos, lo hacemos ahora y lo harán nuestros descendientes. El emigrante se lleva una mochila cargada de creencias, de costumbres, de cultura, de miedos y de esperanzas.

En nuestras consultas recibimos cada vez más inmigrantes, porque las diferencias sociales cada vez son más importantes. Y es entonces cuando nos damos cuenta de que su salud no es exactamente igual a la nuestra, su forma de entender la enfermedad es distinta y su cumplimiento terapéutico o la poca importancia que le dan a la prevención nos desconciertan. Evidentemente, cada inmigrante es un mundo y no podemos generalizar, igual que tampoco lo hacemos con los autóctonos, pero de forma global tenemos la sensación de que padecen con mayor prevalencia determinadas patologías y que su evolución es distinta. Tal vez no todos los tratamientos sean igual de eficaces o tengan menos tendencia a presentar algunas complicaciones... o tal vez no.

Datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística dicen que los inmigrantes representan aproximadamente el 10% de la población española. Esta cifra es muy similar a la prevalencia de la diabetes mellitus entre la población adulta española. Y posiblemente las dos cifras

estén infravaloradas (inmigrantes sin papeles y diabetes desconocidas).

La diabetes mellitus es un problema sanitario cada vez más frecuente y de enorme impacto. Las cifras son concluyentes: la diabetes afecta a más de 280 millones de personas en el mundo, cada diez segundos dos personas desarrollan la enfermedad, cada diez segundos muere una persona por la diabetes o sus complicaciones, es la responsable de que cada minuto se amputen dos extremidades y es la causa más importante de ceguera y de insuficiencia renal en el mundo occidental. La diabetes multiplica enormemente el coste sanitario, pues en 2010 se gastaron aproximadamente 425 billones de dólares por este motivo en el mundo. Estas cifras son impresionantes, ¿verdad? Pero sólo son números. ¿Y el sufrimiento? No se trata sólo de la contrariedad de no poder comer un roscón con la familia el día de Reyes, sino del miedo de quedar ciego o de morir pronto o de...

Es en la práctica diaria cuando nos damos cuenta de que los inmigrantes que acuden a nuestra consultas, especialmente los nacidos en determinadas regiones del mundo, tienen más diabetes y que las características clínicas de su enfermedad no son similares a las que estábamos habituados a tratar. La Federación Internacional de la Diabetes (IDF) viene analizando este problema desde hace años y ha ofrecido un atlas mundial de la diabetes que es una auténtica joya epidemiológica ([www.diabetesatlas.org](http://www.diabetesatlas.org)). Según la IDF, la prevalencia

mundial actual de diabetes es del 6,6%, lo que significa que más de 284 millones de personas la padecen. Además, las previsiones para 2030 son de un espectacular incremento en todo el mundo, que en África y Oriente Medio será superior al 90%.

En nuestro país tenemos dos estudios muy recientes aún no publicados y que probablemente serán una referencia sobre el tema: el Estudio di@bet.es, del Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas, analiza la epidemiología de la diabetes mellitus entre la población adulta española y nos da con gran fiabilidad una prevalencia del 12% para la diabetes mellitus (con un 3,9% de diabetes mellitus desconocida) y del 11,5% para la prediabetes, mucho más que hace pocos años. El otro estudio, promovido por la RedGEDAPS, es el estudio IDIME (Inmigración y Diabetes en España), que analiza el perfil clínico de la diabetes entre la población inmigrante en nuestro país. Básicamente demuestra que la diabetes se manifiesta en edades más tempranas (unos diez años antes) y que su control metabólico es peor, con diferencias de alrededor de un 1% en los valores medios de la hemoglobina glucosilada. También evidencia que medicamos menos a los diabéticos inmigrantes que a los autóctonos. Sin embargo, la presencia de las complicaciones propias de la diabetes es menor y, por tanto, son unos magníficos candidatos a intensificar las medidas terapéu-

ticas preventivas. Pero no es una labor fácil, porque a veces no entienden que estén enfermos si no les duele nada o que tienen que gastar el dinero que tanto les cuesta ganar para evitar tener dentro de diez años una complicación de nombre raro.

En el artículo publicado en esta revista, el doctor Joan Barrot, con amplia experiencia en el tema, nos ofrece una visión del problema desde la vertiente social, cultural, religiosa y fundamentalmente clínica. Nos explica la importancia de la antropología y el fenotipo ahorrador, del manejo de la diabetes mellitus durante un período tan especial como el ramadán, etc. En conjunto, nos impulsa a entender qué les está pasando a nuestros diabéticos inmigrantes y cómo ayudarles.

Somos conscientes de que no existe una verdad única ni una solución definitiva, pero estos conocimientos nos ayudarán a diseñar un proceso terapéutico absolutamente individualizado que intente minimizar el impacto de la enfermedad, un proceso que sea factible y que el enfermo pueda entender y cumplir. Habrá que explicárselo, priorizar y negociar con él; posiblemente deberemos contar con la ayuda de un mediador cultural; y habrá que establecer una pauta de seguimiento y responsabilizar al paciente de su cuidado. Deberemos hacer muchas cosas, enfrentarnos a muchos desafíos, pero ésa es nuestra misión de cada día.