

*Médico de Familia. Centro de Salud de la Ñora. IMIB Pascual Parrilla. Murcia. España. **Médico Interno Residente MFyC. Centro de Salud de la Ñora. Murcia. España.

Correspondencia:

Dr. Mariano Leal Hernández.

Centro de Salud de la Ñora. C/ Aurora, 14. 30.830 La Ñora (Murcia) España. Tfno: 649-578019. E-Mail: arboleja@yahoo.es

El presente es un artículo **open access** bajo licencia:

CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ORCID:

*0000-0001-8193-6457

***0000-0003-4916-1959

Grado de Control de la Diabetes tipo 2 en inmigrantes residentes en España según su región de procedencia

Level of Type 2 Diabetes Control Among Immigrants Residing in Spain According to Region of Origin

Nível de controle do diabetes tipo 2 em imigrantes residentes na Espanha, de acordo com sua região de origem

Mariano Leal-Hernández,* Karen Estefanía Pérez-Paredes,** María Piedad Fernández-Pérez,** Svitlana Lebed-Ichenko.**

DOI: 10.62514/amf.v28i4.267

La diabetes mellitus es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, no sólo por su elevada frecuencia, sino sobre todo por las consecuencias de las complicaciones crónicas que comporta esta enfermedad y el importante papel que desempeña como factor de riesgo cardiovascular.¹ Mantener a nuestros pacientes dentro de los objetivos de control es fundamental para minimizar las complicaciones referidas previamente. Si analizamos la bibliografía sobre el cumplimiento de los objetivos de control en España podemos destacar que a nivel de atención primaria en una muestra nacional multicéntrica con datos de 2022 en un muestreo de 70 centros de salud (n=5.009 pacientes), el 57.7% tenían registrada una HbA1c <7% y el 62.3% alcanzó su objetivo individualizado de HbA1c.²

En otro estudio en mayores de 65 años, el 43.2% presentaban HbA1c <7% y 10.9% HbA1c ≥8.5%.³ Pero llama la atención que en España, a pesar del aumento de la población inmigrante hay escasos estudios que informen de forma directa de la HbA1c media o porcentaje de control según objetivo individualizado en estos pacientes. De forma empírica también apreciamos en nuestras consultas que dependiendo de su zona de procedencia tienen una diferente observancia tanto de las medidas higiénico dietéticas como del tratamiento farmacológico y como consecuencia de ello un diferente grado de control. De lo anteriormente expuesto surge el objetivo de la presente investigación que hemos realizado en Murcia, España; *analizar en el momento actual si el cumplimiento de los objetivos de control en diabéticos tipo 2 inmigrantes residentes en España es diferente según su área de procedencia.*

Se diseñó un estudio observacional y transversal realizado en un Centro de Salud semiurbano que atiende a una población de 11.472 habitantes de los que se seleccionaron aleatoriamente una muestra de diabéticos tipo 2 con edad entre 40 y 65 años, distribuidos en cuatro grupos: inmigrantes latinoamericanos (25), inmigrantes norteafricanos (25), procedente del Este de Europa (25) y un grupo control de 25

españoles de edad y sexo similar. A todos ellos se les registró según los datos de su historia clínica de OMI-AP en los últimos seis meses (Enero a Junio de 2026), hemoglobina glicosilada, índice de masa corporal y perfil lipídico. Se excluyeron aquellos inmigrantes que llevaban menos de cinco años en España y aquellos que no habían acudido al Centro de Salud durante los seis meses analizados.

Destacamos de los resultados obtenidos (Tabla 1) (valores medios): a) Hemoglobina glicosilada: 7.4 ± 0.3 % en inmigrantes latinoamericanos, 7.8 ± 0.3 % en inmigrantes norteafricanos y 7.1 ± 0.3 % en inmigrantes procedentes de países del este. En el grupo control de españoles fue de 7.2 ± 0.3 %. Hubo diferencias significativas ($p < 0.05$) de los inmigrantes norteafricanos -respecto a los otros tres grupos analizados- presentaron un peor control. b) Porcentaje de pacientes con HbA1c por debajo de 7.5%: 45% en los latinoamericanos, 40% en los norteafricanos, 52% en los procedentes de países del este y 64% en los españoles. También hubo ($p < 0.05$) de los inmigrantes norteafricanos y latinoamericanos respecto a los otros dos grupos, presentando por tanto un peor control latinoamericanos y norteafricanos.

A modo de discusión, llama la atención globalmente y concuerda con la bibliografía existente que la población inmigrante con diabetes tipo 2 presenta, en promedio, un peor control de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) que la población autóctona, siendo aún peor este control en latinoamericanos y norteafricanos. En el estudio de Soler et al. de 2013⁴ ya se aprecia al evaluar el control óptimo (en este estudio definido como HbA1c < 7.5%), el 68% de los autóctonos alcanzaron el objetivo de control, frente a solo el 54.8% de los pacientes inmigrantes en general y se afirma que los pacientes inmigrantes mostraron un 27% menos de probabilidades de lograr un control glucémico adecuado tras ajustar por edad, sexo y número de visitas médicas (riesgo relativo). Estos resultados se pueden explicar en parte por las barreras lingüísticas y culturales existentes, las dificultades de comunicación que afectan la educación diabetológica

Tabla 1. Análisis comparativo de las variables analizadas en Diabéticos tipo 2 según procedencia.

	Español (n=25)	Inmigrantes latinoamericanos (n=25)	Inmigrantes Norteafricanos (n=25)	Inmigrantes de P. del Este (n=25)	p
Edad (años)	58.3 ± 3.8	56.1 ± 4,1	57.7 ± 3.9	59.6 ± 3.2	ns
Peso (Kg.)	72.3 ± 1.3	68.4 ± 1.0	72.0 ± 0.9	71.5 ± 1.9	<0.05
Talla (cm)	169.7 ± 0.8 ^{1,3}	158.0 ± 2.3	167.7 ± 0.8	166.6 ± 0.8	<0.05
IMC (Kg./m ²)	26.4 ± 0.3	26.6 ± 0.3	26.1 ± 0.3	26.0 ± 0.7	ns
HbA1c (%)	7.2 ± 0.3	7.4 ± 0.3	7.8 ± 0.3	7.1 ± 0.3	<0.05
PAS (mm Hg)	124.2 ± 0.8 ^{1,2}	115.2 ± 1.0	116.8 ± 1.2	120.3 ± 1.5	<0.05
PAD (mm Hg)	78.5 ± 0.6 ^{1,2,3}	71.3 ± 0.6	70.9 ± 1.1	73.5 ± 1.0	<0.05
Colesterol (mg/dl)	202.3 ± 03.4 ¹	187.7 ± 2.5	194.7 ± 4.3	189.7 ± 4.5	<0.05
HDL-Colesterol (mg/dl)	49.8 ± 1.30	52.8 ± 0.9	51.7 ± 1.8	56.5 ± 3.1	ns
LDL-Colesterol (mg/dl)	134.2 ± 3.3 ^{1,3}	117.0 ± 2.3	124.6 ± 5.7	114.9 ± 6.7	<0.05
Triglicéridos (mg/dl)	115.5 ± 7.7 ^{1,2,3}	118.3 ± 4.1	107.7 ± 5.7	108.5 ± 5.8	ns
% con HbA1c < 7.5%	64%	45%	40%	52%	<0.05

y la interpretación de las pautas y la adherencia al tratamiento, entre otros.

Es necesario insistir en programas de salud que tengan en cuenta no sólo los factores de riesgo sino también las circunstancias culturales y sociales de los pacientes.^{5,6}

Referencias

1.

Luk AOY, Fan Y, Fan B, Chow EWK, O TCK. Heterogeneity in the development of diabetes-related complications: narrative review of the roles of ancestry and geographical determinants. *Diabetologia* 2025;68:2386-2404.

2.

Peral IM, Martínez A, Gomariz JJ, Barquilla A, Martín V, Micó R, et al. Diferencias regionales en el grado de control glucémico de la diabetes en España y factores asociados. *Estudio IBERICAN. Endocrinol Diabetes Nutr* 2023;70:448-58.

3.

Formiga F, Franch J, Rodríguez L, Ávila L, Fuster E. Inadequate Glycaemic Control and Therapeutic Management of Adults over 65 Years Old with Type 2 Diabetes Mellitus in Spain. *J Nutr Health Aging* 2017;21:1365-1370.

4.

Soler J, Marsal JR, Serna C, Real J, Cruz I, López A. La población inmigrante controla peor su diabetes que la población autóctona. *Gac Sanit* 2013;27:19-25.

5.

Orozco D, Mata M, Artola S, Álvarez F, Cebrián AM, Pérez A; DIAMOND2 Study Coordinating Group. On behalf of the study investigators. Glycemic and weight control in people with type 2 diabetes: A real-world observational study in primary care. *Prim Care Diabetes* 2025;19:7-14.

6.

Torris C, Nortvedt L. Health literacy and self-care among adult immigrants with type 2 diabetes: a scoping review. *BMC Public Health* 2024;24:3248.