

**Dr. Mario Pazos Guerra**

Facultativo Especialista en Endocrinología y Nutrición
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Diabetes en las personas de la comunidad LGBTIQ+

La Diabetes Mellitus (DM) es una condición crónica que puede implicar el desarrollo de numerosas complicaciones tales como retinopatía, nefropatía, neuropatía, eventos cardiovasculares y disminución de la esperanza de vida. Es actualmente la novena causa de muerte en el mundo y su prevalencia está en constante aumento, siendo ya reconocida como una epidemia por la OMS. Afecta a más de un 8% de la población y se estima que en 2030, 592 millones de personas padezcan esta enfermedad.



LA POBLACIÓN TRANS PRESENTA TASAS MÁS ALTAS DE MORTALIDAD CARDIOVASCULAR, POR CÁNCER, VIH Y SUICIDIO QUE LA POBLACIÓN GENERAL, SIENDO MAYORES EN MUJERES TRANS. ADEMÁS, PRESENTAN MÚLTIPLES BARRERAS SANITARIAS, MUCHAS COMPARTIDAS CON EL RESTO DE MINORÍAS SEXUALES, PERO OTRAS ESPECÍFICAS, COMO LA FALTA DE PROFESIONALES CON CONOCIMIENTOS ADECUADOS EN LA DIVERSIDAD DE GÉNERO Y TRATAMIENTO HORMONAL AFIRMATIVO DE GÉNERO, BARRERAS SOCIOECONÓMICAS Y DE LOS SISTEMAS DE SALUD

El colectivo LGBTIQ+ se enfrenta aún a numerosas barreras tanto en el entorno social como el sanitario que impactan en su salud y en la calidad y acceso a la asistencia sanitaria, presentando peores resultados en indicadores de salud respecto a la población heterosexual.

Situaciones que condicionan estrés crónico o depresión, como es el estrés de minorías (Impacto psicológico consecuente de pertenecer a un grupo minoritario y marginalizado) se han asociado con aumento de marcadores inflamatorios, activación del sistema nervioso autónomo, disregulación del eje hipotálamo-hipófisis adrenal y otros cambios que pueden condicionar un aumento en las tasas de diabetes y otras enfermedades crónicas. Esta relación ya ha sido estudiada y establecida en otros grupos marginalizados, como la población latina y negra, y ha llevado a su inclusión como criterio de riesgo en el desarrollo de DM en las guías de práctica clínica.

Aparte de esto, se han reportado mayores tasas en esta población de factores de riesgo en el desarrollo de DM, tales como el tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo, bajo nivel socioeconómico, mayor IMC, en el caso de mujeres homosexuales y bisexuales, y uso de medicación antihipertensiva, antidepresiva y antirretroviral.

Todo esto se ve agravado por situaciones de discriminación y políticas que perpetúan y contribuyen a la estigmatización

del colectivo, así como a un impacto negativo en salud mental, estilo de vida y estabilidad económica y social.

Numerosos trabajos han identificado un aumento en la incidencia de DM en adultos que se identifican con alguna minoría sexual, con respecto a heterosexuales.

En los datos obtenidos a partir del *Behavioral Risk Factor Surveillance System de Estados Unidos* que incluyó a 3.776 adultos LGB y 142.852 adultos heterosexuales, se constató un aumento en la probabilidad de diagnóstico de DM en hombres homosexuales y bisexuales respecto a heterosexuales, en concordancia con otros estudios. En el caso de mujeres homosexuales y bisexuales no se encontraron diferencias significativas en el diagnóstico de diabetes autorreportado.

Sin embargo, otras grandes cohortes centradas solo en población femenina sí observan un aumento del riesgo de desarrollo de DM tipo 2 en mujeres homosexuales y bisexuales respecto a heterosexuales, de hasta un 27%, siendo las diferencias mayores en mujeres menores de 40 años y relacionándose en gran parte a un mayor IMC.

Ya durante la adolescencia se constata un mayor riesgo en el desarrollo de DM tipo 2, asociado al descenso en la actividad física semanal, aumento de conductas sedentarias, mayor sobrepeso,

obesidad, tabaquismo y depresión. Esto pone a este colectivo en una situación de elevado riesgo en el desarrollo de DM, siendo menor en caso de aquellas personas que solo mantuvieron una orientación sexual no heterosexual durante la adolescencia, reflejando seguramente el efecto de estrés crónico y las barreras ya comentadas.

Es importante reflejar, que aparte del aumento de riesgo e incidencia se han descrito tasas mayores de mal seguimiento y falta de adherencia a los tratamientos y revisiones.

En un estudio con 106.718 personas con DM de los que 2.3% pertenecían a alguna minoría sexual, estos presentaban menor adherencia a las recomendaciones de seguimiento propuestas por la American Diabetes Association (ADA).

La falta de adherencia fue mayor en mujeres homosexuales y hombres y mujeres bisexuales que en hombres homosexuales, aunque en este último grupo fue en el que se observó una mayor tasa de diabetes mal controlada, presentando un tercio de ellos un mal control de la DM.

POBLACIÓN TRANSGÉNERO Y NO BINARIA

Se conoce como persona transgénero a aquella cuya identidad de género no es concordante con la asignada por la sociedad al nacer. La mayoría de personas »

EN LOS DATOS OBTENIDOS A PARTIR DEL BEHAVIORAL RISK FACTOR SURVEILLANCE SYSTEM DE ESTADOS UNIDOS QUE INCLUYÓ A 3.776 ADULTOS LGB Y 142.852 ADULTOS HETEROSEXUALES, SE CONSTATÓ UN AUMENTO EN LA PROBABILIDAD DE DIAGNÓSTICO DE DIABETES EN HOMBRES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES RESPECTO A HETEROSEXUALES, EN CONCORDANCIA CON OTROS ESTUDIOS



» transgénero y no binarias realizan una transición hacia el género en que se identifican y en muchos casos puede incluir tratamiento hormonal afirmativo de género (THAG) y cirugías para adecuar su imagen y percepción corporal a su identidad.

La población trans presenta tasas más altas de mortalidad cardiovascular, por cáncer, VIH y suicidio que la población ge-

neral, siendo mayores en mujeres trans. Además, presentan múltiples barreras sanitarias, muchas compartidas con el resto de minorías sexuales, pero otras específicas, como la falta de profesionales con conocimientos adecuados en la diversidad de género y THAG, barreras socioeconómicas y de los sistemas de salud (facilidades de acceso a programas de cribado, errores en registros, labora-

torios, así como estigma, tanto percibido por el paciente como por los sanitarios).

El uso de THAG en mujeres trans, sobre todo en regímenes que incluyen como antiandrógeno el acetato de ciproterona, se relaciona con un aumento de la masa grasa y la resistencia a la insulina. Esto ha generado preocupación sobre la posibilidad de un aumento de la incidencia de DM2 en »

» esta población, sobre todo al encontrarlos con tratamientos iniciados a edades tempranas y mantenidos en el tiempo.

Aparte del potencial riesgo del THAG, las personas trans presentan mayor riesgo de inactividad física tanto en la adolescencia como en la adultez y se ha reportado una ingesta calórica mayor y de peor calidad, y mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad.

A pesar de esto, la prevalencia de disglucemia y diabetes en las personas trans no ha sido evaluada en profundidad. Algunos estudios con datos reportados por los propios usuarios notifican una mayor prevalencia en diabetes en mujeres y hombres trans, tanto antes como después de THAG, respecto a la población cisgénero, mientras que otros estudios veían una tendencia aumentada de diabetes, aunque no estadísticamente significativa

Un reciente estudio, que incluyó a 2.585 mujeres trans y 1.514 hombres trans tratados desde 1972 hasta 2018, no encontró diferencias en la incidencia de DM, medida como la dispensación de fármacos antidiabéticos, con respecto a la población general. En hombres trans se observó una tendencia a aumento de DM 2 no significativa respecto a mujeres cis, que los investigadores correlacionaron con un mayor IMC. **D**

CONCLUSIONES

- Los sanitarios tenemos que tener en cuenta, que el estrés y el estigma al que está sometido este colectivo, conlleva un empeoramiento en la salud física y mental, siendo totalmente necesario implementar programas y políticas dirigidas a salvar las diferencias en salud que existen en las minorías sexuales.
- La estrategia sanitaria debería centrarse en identificar el grado de conocimiento y capacidad de los profesionales para ofrecer una correcta atención a las personas LGBTIQ+ y detectar las barreras que enfrenta este grupo dentro del entorno sanitario, diseñando soluciones basadas en la creación de programas de educación y contra la discriminación tanto a nivel de los sanitarios como población general. Hay que prestar especial atención a la promoción de estilos de vida saludables, prevención de sobrepeso, tabaquismo, consumo de tóxicos, promoción de la salud mental y en reducir y prevenir la discriminación por orientación sexual o identidad de género.
- Todo esto se debe implementar ya desde edades tempranas y empezar por ofrecer un ambiente seguro y acogedor dentro del sistema sanitario, que aumente la confianza de todos los colectivos minoritarios en todo el personal sanitario y así su asistencia y adherencia.
- Por último, necesitamos ampliar nuestro conocimiento acerca de cómo los diferentes tratamientos utilizados en la población trans impactan sobre la homeostasis de la glucosa y el perfil metabólico de la población y el riesgo que esto supone a corto y a largo plazo en el desarrollo tanto de diabetes, como de otros factores de riesgos cardiovascular y de eventos mayores fatales y no fatales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Streed CG, Beach LB, Caceres BA, Dowshen NL, Moreau KL, Mukherjee M, et al. Assessing and Addressing Cardiovascular Health in People Who Are Transgender and Gender Diverse: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 10 de agosto de 2021 [citado 9 de febrero de 2022];144(6). Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001003>
2. Safer JD, Coleman E, Feldman J, Garofalo R, Hembree W, Radix A, et al. Barriers to healthcare for transgender individuals. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2016;23(2):168-71.
3. Tangpricha V. Health disparities in transgender people. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2021;9(10):641-3.
4. Tran P, Tran L, Tran L. Influence of sexual orientation on diabetes management in US adults with diabetes. *Diabetes Metab*. 2021;47(1):101177.
5. de Blok CJ, Wiepjes CM, van Velzen DM, Staphorsius AS, Nota NM, Gooren LJ, et al. Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2021;9(10):663-70.
6. Beach LB, Elasy TA, Gonzales G. Prevalence of Self-Reported Diabetes by Sexual Orientation: Results from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *LGBT Health*. 2018;5(2):121-30.
7. Beach LB, Turner B, Felt D, Marro R, Phillips GL. Risk factors for diabetes are higher among non-heterosexual US high-school students. *Pediatr Diabetes*. 2018;19(7):1137-46.
8. Liu H, Yang D, Deng H, Xu W, Lv J, Zhou Y, et al. Impacts of glycemic variability on the relationship between glucose management indicator from iPro TM 2 and laboratory hemoglobin A1c in adult patients with type 1 diabetes mellitus. *Ther Adv Endocrinol Metab* 2020;11:204201882093166.
9. Corliss HL, VanKim NA, Jun HJ, Austin SB, Hong B, Wang M, et al. Risk of Type 2 Diabetes Among Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women: Findings From the Nurses' Health Study II. *Diabetes Care* 2018;41(7):1448-54.
10. van Velzen D, Wiepjes C, Nota N, van Raalte D, de Mutsert R, Simsek S, et al. Incident Diabetes Risk Is Not Increased in Transgender Individuals Using Hormone Therapy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2022;107(5):e2000-7.