

LA DIABETES



**Conocerla te
ayudara
a prevenirla**



**Bodega
Farmacéutica
Dominicana, S.R.L.**

¿QUÉ ES?

Muchas personas la conocen como la enfermedad del azúcar. La diabetes es una dolencia crónica que se caracteriza por un aumento de la concentración de glucosa (una forma de azúcar) en la sangre. Este compuesto es el resultado final de la digestión de muchos alimentos comunes, como el pan, la pasta, las frutas o las legumbres, entre otros, y está presente en el torrente sanguíneo en concentraciones variables dependiendo de lo que se coma, del ejercicio que se haga y, sobre todo, de una hormona, la insulina.

La glucosa es como la gasolina a los coches. Es la fuente de energía que nutre a las células del organismo y que nos permite vivir y crecer. Nuestro organismo está formado por millones de células y cada una es un foco de energía gracias a la glucosa que penetra en ellas. La fuente de esta energía proviene de los alimentos, que se transforman en proteínas, grasas y azúcares. Los azúcares, es decir, la glucosa, suponen el 50% del total de las calorías que ingerimos al día.

Se necesita una llave que permita a la glucosa penetrar en cada una de las células y esa es la insulina. Pero si ésta es escasa o no funciona bien, la puerta celular se cierra y da lugar a que la glucosa se acumule en la sangre, donde aumenta su concentración. A este fenómeno se le llama hiperglucemia. La falta de insulina hace también que las células se queden sin alimento y, por lo tanto, el cuerpo sin energía.

Cuando la situación de hiperglucemia se mantiene durante años, los vasos sanguíneos del organismo empiezan a sufrir daños. Ello puede dar lugar a problemas de pérdida de visión, de la función renal, alteraciones de los nervios de los miembros inferiores, infartos de miocardio, ictus cerebrales y amputaciones de las piernas. A estas complicaciones se añaden los síntomas propios de la enfermedad, que no sólo tiene impacto a nivel físico, sino que acaba distorsionando el ámbito personal y familiar del afectado. Pero la diabetes no es sólo un problema individual. Debido a su elevada frecuencia, tiene repercusiones en la sociedad, por el coste sanitario que implica y por el deterioro de la calidad de vida y la mortalidad prematura que ocasiona.

¿POR QUÉ SE PRODUCE?

Son numerosos los pacientes que hacen esa pregunta. Y la respuesta que suele ofrecerles el personal sanitario generalmente les resulta insatisfactoria, ya que adolece de tecnicismos que, la mayoría de las veces, están fuera del ámbito de las preocupaciones de los afectados.

Para contestar a este interrogante es necesario analizar ante qué tipo de persona nos encontramos: una gestante, un niño, un adulto o un mayor. Y también conviene tener en cuenta el nivel cultural, el tipo de diabetes que sufre y el grado de ansiedad que percibimos en ella. Se debe, antes que nada, despejar responsabilidades o sentimientos de culpa, ya sean del afectado o de su familia. En este sentido, hay que aclarar que no se trata de una enfermedad contagiosa, ni depende de la cantidad de dulces que se hayan ingerido ni es responsabilidad de los padres.

Lo cierto es que, en la mayoría de los casos, la causa última que inicia este proceso patológico es desconocida e irreversible. Por una parte, se sabe que existe una predisposición genética. Muchos de los afectados conocen que en sus familias ha habido otros casos de diabetes, sobre todo de la llamada diabetes tipo 2. Por otro lado, existen diversos factores de riesgo que favorecen la aparición de la enfermedad. Al contrario de lo que muchos creen, la predisposición genética es más frecuente en la diabetes tipo 2, la que aparece en la edad adulta, que en la tipo 1, que predominantemente afecta a niños y adolescentes.

Lo realmente importante es considerar que tener predisposición a sufrir la enfermedad no implica inevitablemente que se vaya a desarrollar. Deben ser otros factores ambientales los que actúen de gatillo y hagan que esa propensión se manifieste. Sólo en un pequeño número de casos la dolencia se produce por la herencia de un solo gen.

Entre los factores ambientales capaces de desencadenar el proceso diabético cabe destacar dos tipos: los no modificables y los modificables.

Factores ambientales capaces de desencadenar el proceso diabético

MODIFICABLES

Hábitos alimentarios
Sobrepeso y obesidad
Sedentarismo
Trastornos del colesterol
Trastornos de los triglicéridos
Hipertensión arterial
Tabaco

NO MODIFICABLES

Edad
Grupos étnicos predispuestos
Diabetes gestacional
Fetos macrosómicos
Trastornos previos de la tolerancia a la glucosa
Trastornos genéticos

La edad es uno de los principales factores de riesgo no modificables para padecer la dolencia. A medida que aumenta, también lo hacen las probabilidades de desarrollarla. De ahí, que el periodo de mayor peligro sea en la edad avanzada. Pertenecer a determinadas etnias condiciona, asimismo, una mayor proclividad a esta patología. Por ejemplo, se conoce la mayor predisposición a sufrirla de los indios americanos, de los pobladores de las islas del Pacífico, la de diversas poblaciones latinoamericanas y la de los afroamericanos. Otro factor desencadenante puede ser haber tenido antecedentes de episodios de hiperglucemia, por ejemplo, durante el embarazo (diabetes gestacional), tras tomar medicamentos que elevan la glucosa (como los corticoides) o haber presentado en alguna ocasión la glucosa elevada en ayunas o después de una prueba de sobrecarga oral.

Pero los realmente importantes son los denominados factores de riesgo modificables: la obesidad, el sedentarismo, el consumo de tabaco, las alteraciones en los niveles de colesterol y triglicéridos en sangre y la hipertensión arterial. Como su nombre indica, se pueden modificar y, como veremos más adelante, al hacerlo también varían el riesgo de la enfermedad y sus consecuencias.

En un pequeño número de casos, sobre todo al detectarse la patología, la hiperglucemia es reversible. A veces, espontáneamente, como sucede en la diabetes gestacional, que tras el parto desaparece, o en la causada por la toma de medicamentos, que cesa al interrumpirse la ingesta, o en algunas patologías endocrinas, cuando estas se curan, y muy especialmente en la obesidad extrema, cuando se trata con cirugía bariátrica.

¿CUÁNTOS TIPOS HAY?

Al hablar de diabetes nos referimos a un grupo de trastornos de diferente origen que tienen una misma consecuencia: la alteración de los niveles sanguíneos de glucosa. En función de a quién afecta, a qué edad y las causas que los producen, los profesionales sanitarios clasificamos los distintos tipos de diabetes en grupos. Para dar idea de esta diversidad, basta echar un vistazo al siguiente cuadro.

Clasificación

DIABETES TIPO 1

- Autoinmune
- Idiopática

DIABETES TIPO 2

OTROS TIPOS ESPECÍFICOS

- MODY
- Acción defectuosa de la insulina
- Enfermedades del páncreas
- Trastornos endocrinos
- De origen farmacológico o químico
- Infecciones
- Formas poco corrientes de diabetes de origen autoinmune
- Otros síndromes genéticos

DIABETES GESTACIONAL

Las diabetes clasificadas como "otros tipos" son muy infrecuentes pero muy importantes: unas porque pueden ser reversibles y otras por tener una causa hereditaria conocida que permite ofrecer un consejo genético. Por otro lado, la diabetes gestacional está ligada a la ganancia de peso durante el embarazo y, aunque es reversible, debe vigilarse de por vida como un factor muy importante de riesgo de sufrir la enfermedad de forma permanente. Pero los dos tipos fundamentales de diabetes y en

las que más nos centraremos son la denominada tipo 1 (antes llamada infantojuvenil) y la tipo 2 (antes conocida como la del adulto). La diabetes tipo 1, que representa del 5% al 10 % de todos los casos

de esta enfermedad, suele comenzar antes de los 30 años pero puede aparecer a cualquier edad.

Su sintomatología es clara ya desde que debuta y su origen es, en la mayoría de los casos, autoinmune y se debe a una destrucción de las células produc-

toras de insulina del páncreas (órgano situado en el abdomen). Debido a esta ausencia de insulina, su tratamiento pasa necesariamente por inyectar esta sustancia para cubrir las necesidades del organismo.

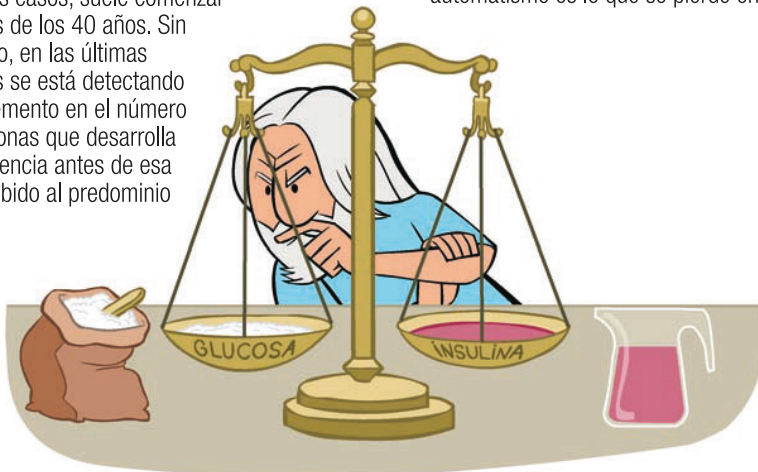
La diabetes tipo 2, que representa el 90% de todos los casos, suele comenzar después de los 40 años. Sin embargo, en las últimas décadas se está detectando un incremento en el número de personas que desarrolla esta dolencia antes de esa edad debido al predominio

de sobrepeso y obesidad. Su origen es doble.

Por una parte, los afectados desarrollan una insensibilidad de las células del tejido adiposo (graso) y muscular a la acción de la insulina (eso lo que se conoce como resistencia periférica) que favorece que la glucosa no pueda entrar en ellas y se acumule en la sangre y, por otra; se produce una relativa disminución en la secreción de insulina por las células del páncreas, con el mismo resultado.

Como ya se ha señalado, la obesidad, la inactividad, la hipertensión, el colesterol alto y el tabaquismo, además de otros, son los factores que precipitan que se produzcan estas alteraciones de la secreción o en la acción de la insulina.

En las personas sin diabetes, la glucosa y la insulina están relacionadas de manera automática y permanente, como si estuvieran controladas a través de un ordenador, para que la primera se mantenga siempre dentro de unos límites predeterminados. Si la glucosa baja mucho porque comemos poco o hacemos ejercicio, inmediatamente disminuye la secreción de insulina con el fin de impedir que la cantidad circulante en la sangre de este azúcar se reduzca demasiado. Por el contrario, si comemos mucho, sobre todo hidratos de carbono, o no hacemos ejercicio, la glucosa tiende a elevarse y, para evitarlo, también lo hace la insulina. Este automatismo es lo que se pierde en la diabetes.



¿ES MUY FRECUENTE?

La respuesta es sí y va en aumento. En el mundo, en el año 2006, había 230 millones de personas con diabetes y se calcula que en las próximas dos décadas la cifra aumentará a 350 millones. En España, también crece el número de afectados, como lo demuestran los estudios epidemiológicos realizados durante los últimos 30 años. En la década de los 80 la prevalencia era del 6% en la población mayor de 30 años. A partir de 2000, el porcentaje de adultos afectados superó el 10%. Se trata de una dolencia que incide por igual en ambos sexos y que se incrementa considerablemente con la edad, de ahí que, en la población menor de 40 años el número de enfermos apenas llega a un 1%, superando el 20 % en los mayores de 65. Este aumento está directamente ligado a la esperanza de vida, que prácticamente se ha doblado en el último siglo, en el que la expectativa vital ha pasado de los 40 a los 80 años.

El otro gran responsable de esta progresión imparable en el número de afectados es, sin duda, la alimentación. Cada vez se consumen más azúcares refinados, más grasas y, sobre todo, se ingiere mayor número de calorías al comer, lo que ha propiciado un aumento de las personas con sobrepeso. Varios estudios han puesto de manifiesto que, en comparación con los individuos de peso normal, los que sufren obesidad multiplican por ocho la probabilidad de desarrollar una diabetes. El binomio obesidad y diabetes incrementa, además, considerablemente la posibilidad de padecer otros trastornos, como la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia (niveles elevados de colesterol), una asociación que desemboca en la enfermedad cardiovascular.

Muchas personas se sorprenden cuando les comunican que sufren diabetes. Y es que el comienzo de la forma más común de la enfermedad, la diabetes tipo 2, es generalmente lento y asintomático. De ahí que, cuando se hace un estudio de prevalencia en población general, la mitad de las personas que tiene el trastorno o desconozca y, que un porcentaje alto (del 11% al 15%), presente lo que se conoce como prediabetes, es decir, la glucosa alterada sin llegar a cifras de diabetes. Es fácil deducir que los síntomas de alarma que podrían llevar a consultar al médico son, en el inicio de la enfermedad, muy escasos o inexistentes.

El resultado de este curso silencioso es que cuando la diabetes tipo 2 se manifiesta, el 50% de los pacientes presenta complicaciones de la enfermedad, lo que sugiere varios años, de cinco a 10, de hiperglucemia sin diagnosticar.

Los síntomas, que durante los primeros años después del diagnóstico suelen ser leves, se van agravando poco a poco en la mayoría de los casos, del mismo modo que lo hacen las complicaciones crónicas. Inicialmente, el tratamiento puede reducirse a una dieta, la recomendación de practicar ejercicio y el uso de un fármaco antidiabético oral (la metformina). Pero a los pocos meses o, en algunos casos tras varios años, habrá que añadir uno o dos medicamentos orales más y, transcurrida una década, en la mitad de los casos, será necesario recurrir finalmente a las inyecciones de insulina.

¿QUIÉN TIENE MÁS RIESGO DE PADECERLA?

Los estudios científicos que han seguido a grandes grupos de población durante décadas nos ofrecen una idea de qué personas son las más predispuestas a sufrir la enfermedad y qué condiciones precipitan su aparición. Una gran investigación llevada a cabo en Estados Unidos sobre el estado de salud de miles de enfermeras ha revelado que una persona con alimentación saludable, que ingiere un número de calorías adecuado para su edad y sexo, que mantiene un peso apropiado, practica ejercicio físico regularmente y no tiene antecedentes familiares de la dolencia, tiene mínimas probabilidades (por debajo del 1%) de ser diabética.

Por el contrario, cuando la edad supera los 50 años, se es obeso desde hace tiempo, no se practica ejercicio y existe algún antecedente familiar de diabetes, la posibilidad de tener la enfermedad se eleva al menos al 15%. Si, además de esto, se padece hipertensión arterial, el colesterol y los triglicéridos están elevados, se fuma y, en el caso de las mujeres, se han tenido abortos de repetición, hijos con peso mayor del normal al nacer o diabetes gestacional, las papeletas marcan un 50% de riesgo de padecer el trastorno. Se puede comprobar, por lo tanto, que los factores de riesgo, tanto los modificables como los no modificables, son fundamentales y ejercen un efecto aditivo. Cuantos más, peor: mayor es el riesgo de padecer la enfermedad.

Es frecuente encontrarse en la consulta con familiares de primer grado de pacientes diabéticos inquietos por sus posibilidades de padecer ellos mismos la enfermedad. Lo cierto es que, en el caso de la diabetes tipo 1, este riesgo apenas existe, excepto cuando el componente genético de ambos parientes es muy similar (6% de riesgo) y en los rarísimos casos de que se trate de gemelos idénticos (30%). Las cosas cambian en la diabetes tipo 2: los hermanos tienen, al menos, un riesgo doble que el resto de la población y éste asciende al 90% en los gemelos idénticos.





¿CÓMO PUEDO SABER SI SOY DIABÉTICO?

En muchos casos, realmente no es sencillo. Al menos, en los primeros momentos. Los diabéticos tipo 1, y menos del 20% de los tipo 2, presentan síntomas clínicos claros cuando el trastorno comienza. Pero el resto puede pasar varios años con la glucosa elevada sin indicios que les hagan ir al médico. En ocasiones son los síntomas de las complicaciones crónicas de la enfermedad, como la hipertensión, los accidentes vasculares, la pérdida de visión o problemas en las piernas o pies, los que llevan a los enfermos a la consulta. Cuando el profesional sanitario les pregunta, entonces refieren mayor cansancio, micciones nocturnas, sed o calambres que revelan que no han tenido conciencia de la enfermedad. Achacaban estas señales de alarma a la edad o a otras causas.

Los síntomas metabólicos de la diabetes están en íntima relación con los niveles de glucosa en la sangre. Cuando permanecen por debajo de 180 mg/dl (miligramos por decilitro) son muy escasos y sólo cuando superan esta cifra aparecen claramente. Así, si una persona se levanta por la noche a orinar cuando antes no lo hacía; la cantidad de veces al día que va al baño es mayor de lo habitual; si se le queda la boca seca y bebe abundantemente; si se siente progresivamente más cansado; nota visión borrosa, pierde peso a pesar de tener el mismo o más apetito; siente hormigueos o una alteración de la sensibilidad en los pies y si se le infectan las heridas y no le curan bien, debe sospechar que es diabético y acudir al médico.

Es importante no banalizar las cifras de glucosa. Tampoco debería hacerlo el médico o el personal de enfermería. “Me dijeron que tenía un poquito de azúcar de más”; “tengo un poco de azúcar en la sangre”: son algunas de las frases que se oyen frecuentemente en la consulta. Esta percepción de ausencia de riesgo es un grave error que retrasa el diagnóstico definitivo y facilita la aparición de complicaciones.

Cuando nos referimos a los niveles de glucosa elevada en la sangre, hay dos escalones que tenemos que tener en cuenta. El primero es el que denominamos prediabetes, que es cuando las cifras de glucemia se sitúan entre 110 y 125 mg/dl en ayunas o cuando están entre 140 y 199 mg/dl tras una prueba de sobrecarga oral de glucosa, que consiste en administrar 75 gr de este azúcar y determinar la concentración en sangre transcurridas dos horas.

El segundo escalón conduce a la diabetes. Se considera que una persona que experimenta síntomas es diabética cuando, en cualquier momento y al azar, se le encuentra una glucemia superior a 200 mg/dl, independientemente de que haya comido o no. O también cuando la glucemia en ayunas está igual o por encima de 126 mg/dl, o igual o por encima de 200 mg/dl tras someterla al test de la curva de glucemia (sobrecarga oral de glucosa). En estas dos últimas situaciones es preciso repetir los análisis unos días después para confirmar el diagnóstico.

CUADRO DIAGNÓSTICO

| NORMAL | PREDIABETES | DIABETES |
|---------------------------|--------------------|-------------|
| GPA* < 110 mg/dl | De 110 a 126 mg/dl | > 126 mg/dl |
| GP tras 2h.** < 126 mg/dl | 140 a 199 mg/dl | > 200 mg/dl |

* GPA: Glucosa plasmática en ayunas.

** GP tras 2h.: Glucosa plasmática a las dos horas de la sobrecarga oral.

¿CUÁNDO DEBERÍA CONSULTAR CON EL MÉDICO?

Las circunstancias que aconsejan visitar al profesional sanitario dependen de las complicaciones agudas que se pueden producir por un aumento (hiperglucemia) o por un descenso (hipoglucemia) exagerado de los niveles de glucosa. Igualmente, las complicaciones crónicas, como hemos sugerido, exigen la visita al médico. Los síntomas más comunes que conducen a la consulta son los derivados del mal metabolismo de la glucosa. El nivel de glucemia condiciona su gravedad.



MANIFESTACIONES MÁS FRECUENTES QUE HACEN SOSPECHAR LA PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD

ASTENIA o cansancio

Es la consecuencia de la falta de alimentación de las células y, por tanto, de la falta de energía.

POLIURIA (orinar mucho)

Es el resultado de la pérdida de glucosa en la micción. Si una persona sana expulsa como media 1,5 litros de orina al día, los diabéticos pueden llegar a excretar de tres a cuatro. La razón es que, cuando la concentración de glucosa se eleva por encima de 200 mg/dl, el riñón no puede enviar más azúcar a la sangre y el excedente se escapa por la orina diluida en agua, aumentando así la cantidad de ésta y con ello la necesidad de ir más veces al servicio, dado que en cada visita al baño sólo expulsamos aproximadamente 300 cc. de orina

NICTURIA (orinar varias veces por la noche)

Al tener que evacuar más de 10 veces al día es necesario levantarse por la noche.

POLIDIPSIA (tener mucha sed)

Esta necesidad de beber obedece al hecho de que los diabéticos pierden mucho agua por la orina para diluir la glucosa y el organismo necesita reponerla.

PÉRDIDA DE PESO

La ausencia de insulina condiciona que los nutrientes, no sólo la glucosa sino también las proteínas y las grasas, no se sintetizan bien y, por lo tanto, se pierde peso. Además, parte de la glucosa se escapa por la orina, por lo que no puede utilizarse como alimento para las células.

TRASTORNOS VISUALES

El aumento de la glucosa altera los medios transparentes del ojo, enturbiándolos, por lo que se puede tener visión borrosa que se subsana fácilmente cuando se corrigen a la baja los niveles de azúcar en sangre.

INFECCIONES

Es frecuente, sobre todo en mujeres, tener picor e infección vaginal.

AUMENTO DEL APETITO

Las células no alimentadas por la glucosa exigen nutrientes lo que produce un aumento del apetito. Ello conduce a comer más y, de este modo, se sustituye la glucosa por grasa. Este es el motivo por el que, inicialmente, no se pierde peso en la diabetes tipo 2. En la tipo 1, la ausencia total de insulina hace que siempre se pierda peso.

OTRAS

Otro signo que indica la presencia de la enfermedad es la aparición de un olor característico en el aliento y en la orina por el aumento de la acetona. Suele presentarse en la diabetes tipo 1 y, rara vez, en la tipo 2 en fases finales o complicadas. Cuando no hay disponibilidad de azúcar como fuente de energía para el organismo, éste utiliza la grasa en su lugar. Los cuerpos cetónicos son los residuos o desechos de las grasas al tratar de sustituir a la glucosa como alimento celular. Éstos disminuyen el apetito y pueden causar náuseas y vómitos. Este cuadro se conoce como **cetoacidosis** y cuando se presenta es un síntoma de alarma para acudir rápidamente al médico.

Hay igualmente otros síntomas menos frecuentes, como son la **mala cicatrización** de las heridas, la aparición de **periodontitis** (infecciones en las encías) y la presencia de **hormigueo, calambres, irritación o pérdida de la sensibilidad** en los miembros inferiores.

Es muy frecuente que el oftalmólogo, ante lesiones típicas de la diabetes, sea el primero en diagnosticar la enfermedad y enviar al paciente al médico. Lo mismo sucede con otras alteraciones que afectan al riñón, al corazón, los pies y las piernas.

¿CÓMO PUEDO IDENTIFICAR LOS SIGNOS DE ALARMA?

De todas las señales que hemos mencionado anteriormente, la astenia, la polidipsia, la poliuria, la nicturia y el adelgazamiento deben ser conocidas por las personas que viven en contacto con el niño y el adolescente (padres, educadores...) para evitar las consecuencias de una descompensación hiperglucémica en aquellos que estén afectados por una diabetes tipo 1. En un 30% de los niños y adolescentes la enfermedad se manifiesta por primera vez con una cetoacidosis. La mayor parte de ellos presentaba esos síntomas días o semanas antes.

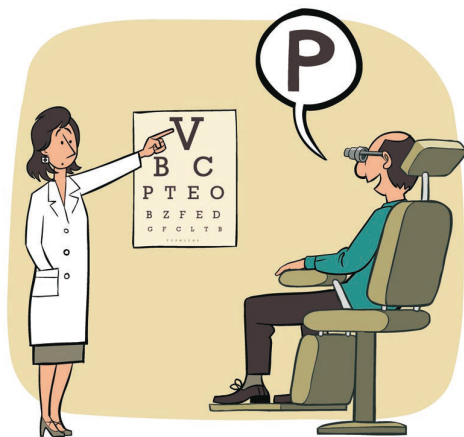
Cuando estos signos se incrementan y, además, aparece pérdida de apetito, olor a acetona en el aliento o en la orina, náuseas y/o vómitos, dolor abdominal, cansancio extremo y pérdida progresiva de conciencia, estamos ante una descompensación cetoacidótica.

Los síntomas de alarma de la hipoglucemia son más variados que los de la hiperglucemia y más difíciles de reconocer: irritabilidad, nerviosismo, temblor, sudoración, palpitaciones, comportamiento inusual, somnolencia, visión borrosa, dolor de cabeza o mareos. Es frecuente que en cada persona con diabetes los síntomas de hipoglucemia se presenten de modo particular.

Para la mayoría de los afectados de diabetes tipo 2, las señales de aviso son mucho menos claras al inicio de la enfermedad. Suelen permanecer sin síntomas durante meses e, incluso, años. De ahí que lo más importante sea sospechar la posibilidad de diabetes en personas obesas y con antecedentes familiares de la dolencia si, además, tiene otros factores de riesgo (hipertensión, niveles elevados de colesterol...).

Al contrario de lo que ocurre en la diabetes tipo 1, en el caso de la tipo 2 es mucho menos frecuente que la enfermedad se descubra a raíz de una descompensación hiperglucémica. De manera que, en ocasiones, se llega al diagnóstico por los indicios de sospecha que se pueden presentar, por ejemplo, en el caso de una persona mayor de 60 años que tras un cuadro infeccioso, empieza a tener mucha sed, a orinar abundantemente y a perder progresivamente el nivel de conciencia.

Finalmente, otros síntomas de alarma son las propias complicaciones crónicas, como la pérdida brusca o progresiva de visión, una úlcera en la piel mal curada, la llamada claudicación intermitente (dolor en la pantorrilla al andar rápido o correr), la hipertensión arterial, la dislipemia (alteraciones en los lípidos sanguíneos), la angina (dolor agudo) de pecho, el infarto de miocardio y el cerebral (ictus).



¿SE PUEDE PREVENIR?

No siempre es posible evitar el desarrollo de esta enfermedad. La diabetes tipo 1 no se puede prevenir, pero si es posible hacerlo en el caso de la tipo 2 o, al menos, retrasar su aparición. La actuación sobre los factores de riesgo como el sedentarismo, la obesidad, la hipertensión, la hiperlipemia y el tabaquismo ha demostrado su eficacia en esteesentido. Unejemplo de

que la aparición de la enfermedad se puede abortar lo encontramos en Finlandia. En este país existe un programa de prevención de la diabetes tipo 2 para la población general en el que se analiza el peso de cada uno de estos factores de riesgo y se cuantifica la posibilidad de padecer la dolencia en los siguientes 10 años. Así, a aquellas personas con alto riesgo de desarrollarla se les somete a un tratamiento dirigido a neutralizarlos y evitar su desarrollo.



Otros estudios realizados en personas con alto riesgo de presentar diabetes demuestran que un tratamiento de cuatro años con una dieta hipocalórica y ejercicio disminuye la posibilidad de llegar a sufrir la enfermedad en un 58% en relación con otros sujetos del mismo perfil que no se someten a esta terapia.

Es decir, una vez diagnosticada, la diabetes puede ser reversible con un control dietético y con la práctica de actividad física. Al inicio del proceso, la mitad de los afectados puede normalizar su glucemia de esta manera. El problema reside en que estos cambios en el estilo de vida no son fáciles de mantener.

¿CÓMO SE LOGRA UN BUEN CONTROL DE LA ENFERMEDAD?

No podemos olvidar que la diabetes presenta desafíos distintos a edades diferentes. Así que los criterios para lograr un buen control de la enfermedad deben ser individualizados y adaptados al perfil y a la situación de cada paciente y pactados entre éste y el equipo sanitario. No obstante, los profesionales de la salud nos guiamos por una serie de parámetros generales que se muestran en la siguiente tabla. A estos criterios bioquímicos de buen control hay que añadir los clínicos, es decir, que el afectado logre permanecer sin síntomas, así como otros aspectos psicosociales: que tenga una vida plena, saludable y productiva.

| PARÁMETROS | OBJETIVO DE CONTROL |
|--------------------------------------|---------------------|
| HbA1c (%) | < 7 |
| Glucemia basal y preprandial (mg/dl) | 90-130 |
| Glucemia postprandial (2 h.) | < 180 |
| Glucemia al acostarse | 100 -140 |
| Colesterol total (mg/dl) | < 185 |
| Colesterol LDL (mg/dl) | < 100 |
| Colesterol HDL (mg/dl) | > 40 |
| Triglicéridos (mg/dl) | < 150 |
| Presión arterial (mmHg) | < 130/80 |
| Consumo de tabaco | NO |

El mejor exponente bioquímico del control glucémico es, sin duda, la hemoglobina glicosilada (HbA1c). Mide el estado de los niveles de glucemia a lo largo de los tres meses anteriores a que se efectúe la determinación. Su nivel se eleva en proporción directa a la media de glucosa en ese periodo.

La meta de un buen control de la diabetes es impedir o retrasar las complicaciones agudas y, sobre todo, las crónicas. Sin embargo, es importante que el paciente no se obsesione si alguno de estos parámetros no se cumplen y, sobre todo, que no se culpabilice si alguno se resiste. Son un objetivo y, como tal, el afectado y su equipo asistencial tienen que sopesar su repercusión a lo largo de la vida y ser prácticos y realistas.

SI NO ME TRATO, ¿QUÉ CONSECUENCIAS PUEDE TENER?

Resistirse a la terapia no es una buena decisión. En la diabetes tipo 1 y en entre el 5% y 10% de los diabéticos tipo 2 que requieren insulina desde el inicio de la enfermedad, no seguir el tratamiento conllevaría una vida de infima calidad. Aparecerían los síntomas que hemos ido relatando más la cetoacidosis y, tras ellos, una muerte prematura en no más de cinco años.

El caso de los diabéticos tipo 2 es un poco diferente: durante un periodo de más o menos cinco años, un 50% no presentaría grandes molestias y el resto empezaría a evidenciar sintomatología progresivamente. Sin embargo, la hiperglucemia seguiría su curso silenciosamente en todos y, junto con los otros factores de riesgo (tabaquismo, obesidad, hipertensión e hiperlipemia), acabaría lesionando las arterias y facilitando la aparición de complicaciones crónicas en los distintos órganos (riñón, ojos, miembros inferiores, corazón, cerebro...).

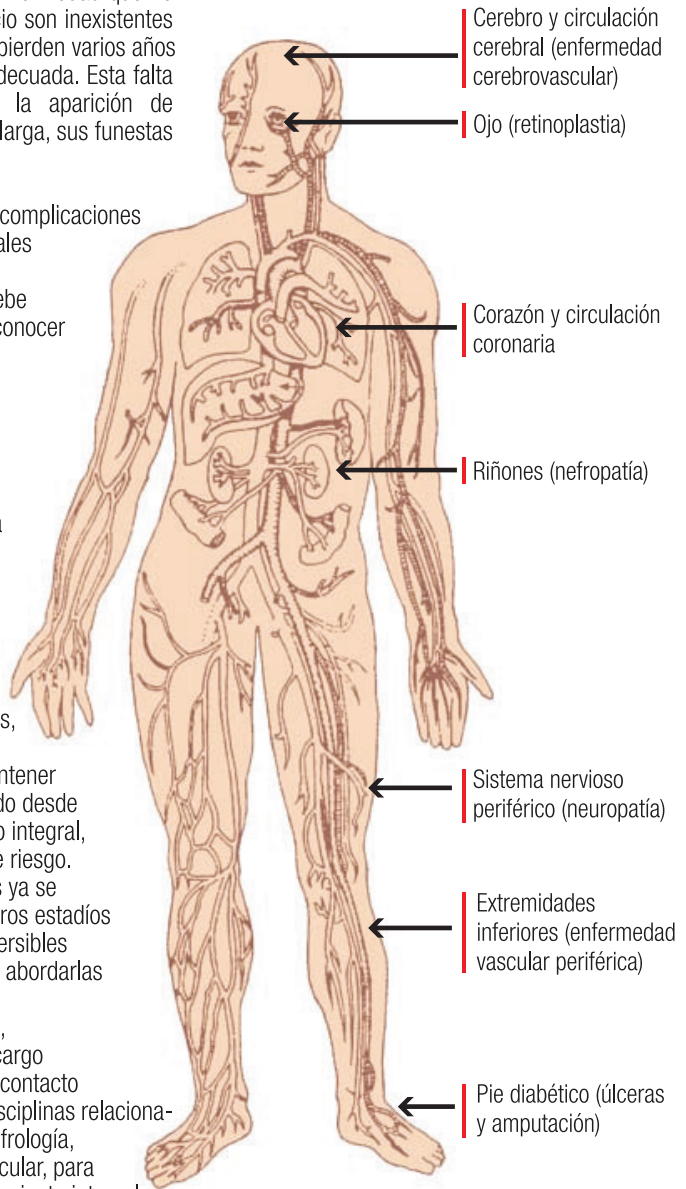
Transcurrido ese primer lustro, la mayoría de los afectados ya mostraría síntomas y estaría expuesto a complicaciones agudas por descompensación hiperglucémica, sobre todo en situaciones de estrés (traumatismos, infecciones, intervenciones quirúrgicas), que pondrían en riesgo su vida y afectarían gravemente a su calidad. Pasados 10 o 20 años, las complicaciones agudas y crónicas acabarían con la vida de buena parte de estos enfermos, mientras otros tendrían una existencia pésima.

Afortunadamente, esto no suele ocurrir porque la mayor parte de los pacientes se trata. El gran problema es que, al ser una enfermedad que no duele y cuyos síntomas al inicio son inexistentes o muy leves, en ocasiones se pierden varios años antes de iniciar una terapia adecuada. Esta falta de control precoz favorece la aparición de lesiones en las arterias y, a la larga, sus funestas consecuencias.

Para evitar la aparición de las complicaciones agudas, las claves fundamentales son la educación y el autocontrol. Lo primero que debe aprender un diabético es a reconocer los síntomas de hipoglucemia y a tratar esta circunstancia adecuadamente. Su familia y las personas de su entorno deben, asimismo, ser capaces de identificar la situación y de saber manejarla cuando el paciente no esté consciente.

Una buena prevención de las complicaciones crónicas exige, igualmente, identificar a las personas con riesgo de padecer diabetes, diagnosticar la enfermedad lo más precozmente posible, mantener un control metabólico adecuado desde el inicio y hacer un tratamiento integral, dirigido a todos los factores de riesgo. Si las complicaciones crónicas ya se han manifestado, en los primeros estadios de la enfermedad aún son reversibles y, por lo tanto, es fundamental abordarlas y tratarlas adecuadamente. Cuando el daño es irreversible, entonces el equipo médico a cargo del paciente debe ponerse en contacto con los profesionales de las disciplinas relacionadas, como la cardiología, la nefrología, la oftalmología y la cirugía vascular, para que el paciente reciba un tratamiento integral.

Las principales complicaciones diabéticas



¿CÓMO SE TRATA LA DIABETES?

Como ya hemos comentado, el tratamiento de la diabetes persigue varios objetivos y para lograrlos disponemos de diversas herramientas. Hagamos un repaso de unos y otros. En primer lugar, las metas de cualquier terapia para el control de la diabetes son: conseguir que no se tengan síntomas de hiperglucemia; evitar las descompensaciones agudas; evitar o retrasar la aparición o progresión de las complicaciones crónicas; disminuir la tasa de mortalidad y mantener una buena calidad de vida. Y los instrumentos para conseguirlo son: una alimentación sana y equilibrada, la práctica de ejercicio físico, la medicación, una adecuada educación, el autocontrol y la integración social.

Pero, además, durante la evolución de la enfermedad es esencial que se traten igualmente, si las hubiera, las alteraciones asociadas a la diabetes: el sobrepeso o la obesidad, los lípidos o grasas alteradas, la hipertensión arterial y el tabaquismo. Y, por último, habría que dar respuesta terapéutica, si las hubiera, a cada una de las complicaciones crónicas: retinopatía, neuropatía, enfermedad cardiovascular, neuropatía...

¿CÓMO DEBE SER LA ALIMENTACIÓN?

Los diabéticos no deben alimentarse de forma diferente a como debiera hacerlo cualquier persona que desee tener un estado nutricional sano y aceptable. Ahora, eso sí, la dieta debe ser llevada de por vida y tiene que contar con todas las circunstancias que condicionan al afectado de diabetes (edad, sexo, peso, cultura, nivel de tensión arterial, nivel de lípidos, costumbres, creencias...).

Dicho esto, hay que matizar que, específicamente, la diabetes exige un plan alimentario individualizado, variado y equilibrado. Su intención es evitar elevaciones o disminuciones bruscas de la glucosa por lo que, generalmente, requiere fraccionar en cinco o seis tomas diarias los alimentos: desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y, en los pacientes con algunos tipos de pautas de insulina y tendencia a la hipoglucemia nocturna, también recena.

En los diabéticos tipo 2 que no muestran tendencia a la hipoglucemia y siguen una dieta hipocalórica, son suficientes tres o cuatro tomas.

Lo cierto es que la diabetes tipo 2 se asocia con altísima frecuencia al sobrepeso y la obesidad, por lo que, en estos casos, lo más importante es que el paciente siga una dieta baja en calorías.

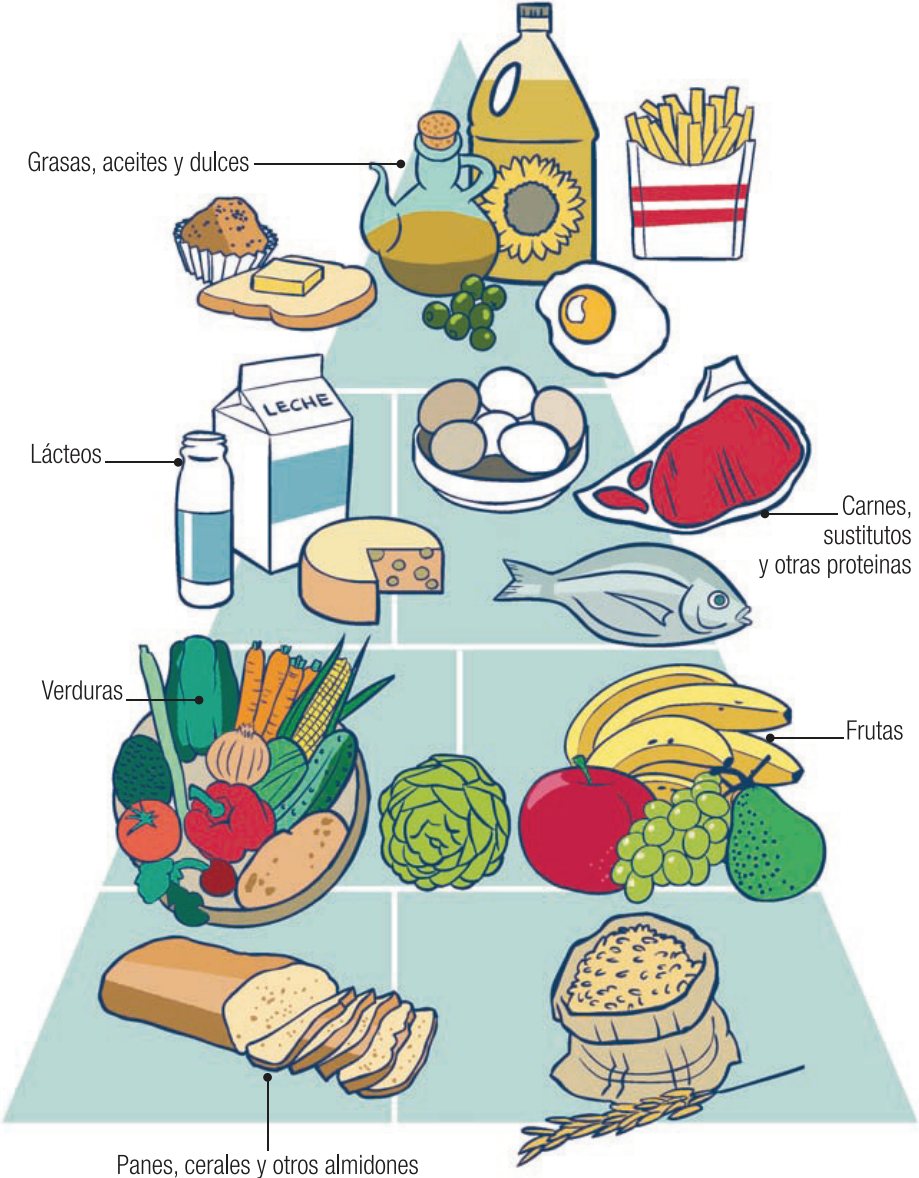
Un caso particular es el de los diabéticos que requieren tratamiento con insulina. Precisan un entrenamiento específico a la hora de alimentarse respecto a la cantidad y tipo de carbohidratos que pueden consumir y también ajustar esa ingesta al grado de ejercicio que realicen y, sobre todo, al tipo y duración de la insulina que se inyecten.

A nivel global, se puede decir que la dieta de un paciente diabético debe ser rica en hidratos de carbono complejos, que se obtienen del pan, la pasta o las patatas; en frutas y verduras y en fibra. Y pobre en grasas en general y ensaturadas, en particular. Conviene evitar, igualmente, los hidratos de carbono simples, que se encuentran en los dulces y las bebidas azucaradas.

Los profesionales sanitarios utilizan unas imágenes muy gráficas para trasladar el concepto de una alimentación saludable a la población. Son las denominadas pirámides de los alimentos. En la base se sitúan los productos que se pueden consumir sin problemas, pero a medida que ascendemos la ingesta se debe realizar con menos frecuencia. En la cúspide se sitúan aquellos que sólo deberían tomarse con moderación o de forma muy ocasional. La pirámide de la población general y la de la población diabética son prácticamente superponibles.



PIRÁMIDE ALIMENTARIA DIABÉTICA



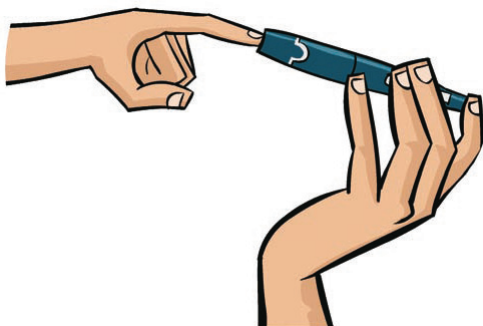
¿EN QUÉ PUEDE AYUDAR EL EJERCICIO FÍSICO?

La práctica de actividad física regular es uno de los mejores consejos de salud que se puede ofrecer a la población. Pero en el caso del diabético debería ser casi una obligación por los beneficios que comporta. El ejercicio baja los niveles sanguíneos de glucosa al facilitar la entrada de ésta en las células, consume energía y favorece la pérdida de peso ejerciendo, a su vez, una acción favorable sobre la tensión arterial. Moverse con regularidad aumenta la masa muscular, disminuye la masa grasa y aumenta la masa ósea. Por último, facilita las relaciones interpersonales y mejora la autoestima y la calidad de vida.

El tipo de ejercicio más beneficioso y conveniente para el diabético es el de resistencia o de baja intensidad y larga duración (el denominado ejercicio aeróbico). Ejemplos de este tipo de actividad son caminar, correr, nadar, subir escaleras, jugar al fútbol o al baloncesto. En general, se pueden practicar todos los deportes con tal de que se adecuen a las condiciones físicas de la persona y de que no existan contraindicaciones de salud, como tener la tensión arterial muy elevada, una alteración grave de la retina ocular o una insuficiencia cardiorrespiratoria.

Para que sea rentable en términos de salud, la actividad física debe ser regular y moderada. Esto significa que habría que dedicarle 30 minutos cada día o 150 minutos por semana repartidos en tres días. Por ello, es importante encontrar un hueco diario para realizarla y, cuando no sea posible, aprovechar los momentos que ofrece la vida cotidiana para moverse: ir a la compra andando, subir las escaleras en lugar de tomar el ascensor o bajarse del metro o del autobús una parada antes y acabar el trayecto caminando.

Las personas que reciben tratamiento con insulina deben observar ciertas precauciones antes de lanzarse a practicar ejercicio para evitar el riesgo de que se presente una crisis de hipoglucemia. Por eso, conviene determinar antes los niveles de glucosa capilar (con los test que extraen una gotita de sangre de un dedo) e ingerir alimentos para corregirlos, si es preciso.



¿QUÉ TIPO DE EDUCACIÓN SE REQUIERE PARA EL AUTOCONTROL?

El paciente diabético debe ser un experto en su propia enfermedad para controlar su estado de salud y evitar las consecuencias indeseables que pueden presentarse. Para ello, es fundamental la educación. Se debe informar y formar con el objetivo de que sea capaz, por sí mismo, de tomar las decisiones apropiadas en cada momento y hay que insistir en los factores de riesgo y cómo combatirlos.

Es lo que llamamos autocontrol. Pongamos el ejemplo de un paciente que se hace autoanálisis de sus niveles de glucosa. Si esta prueba no va acompañada de la toma de decisiones para llevar a la práctica las correcciones pertinentes en el caso de que no se alcancen los objetivos, no podríamos hablar de autocontrol.

La educación del diabético es un proceso continuado de adquisición de conocimientos de la dolencia y de sus complicaciones, de técnicas y habilidades para modificar actitudes y hábitos con el fin de tener menos síntomas y una mayor calidad de vida.

El autocontrol supone que el paciente dispone de capacidad y conocimientos para participar completamente en las decisiones necesarias del autocuidado cotidiano. El equipo educativo, integrado por el médico, la enfermera, el dietista, el fisioterapeuta y el psicólogo, debe garantizar que reciba una información homogénea y exacta.

¿CUÁNDO ME DEBO MEDICAR?

El objetivo de cualquier tratamiento de la diabetes es mantener la glucemia próxima a lo normal (ver cuadro de la página 70). En ocasiones, para conseguirlo no queda más remedio que recurrir a la medicación. Es el caso de la diabetes tipo 1, en la que la ausencia de insulina exige su sustitución inmediata, diaria y de por vida. En la tipo 2 podemos diferenciar varias etapas en su tratamiento, ninguna de las cuales es irreversible.

Muchos diabéticos tipo 2 pueden conseguir al inicio de la enfermedad un buen control mediante dieta, ejercicio y algunas modificaciones en el estilo de vida. Lamentablemente, aunque en las primeras semanas o meses el impacto que causa conocer el diagnóstico de la enfermedad motiva al paciente a la hora de introducir estos cambios, esta actitud no se mantiene y con el tiempo es necesario añadir un antidiabético oral, generalmente la metformina.

.La enfermedad tiende a agravarse con los años y, en una segunda etapa, se requieren, al menos dos o tres antidiabéticos orales para conseguir un buen control. Finalmente hay que recurrir a la insulina, ya sea sola o manteniendo los antidiabéticos orales. Esta evolución es la más frecuente, pero no es excepcional que haya que recurrir al tratamiento insulínico de inicio, sobre todo en personas jóvenes.

El tratamiento con insulina inyectable es obligado en situación de estrés, tanto cuando la enfermedad debuta como en cualquier momento de su evolución. Lo importante es comprobar si un medicamento logra el control adecuado para que, si no es así, aumentar la dosis, cambiarlo o añadir uno nuevo.

Existen varios tipos de antidiabéticos orales.

| ANTIDIABÉTICOS ORALES | | | |
|--|---|--------------------|-----------------------------------|
| TIPOS | ACCIÓN | DESCENSO HbA1c (%) | EFFECTOS SECUNDARIOS |
| Sulfonilureas (Glibenclámda, Glipicida, Gliclacida) | Aumentan secreción de insulina (acción lenta) | 1 a 1,5 | Hipoglucemia, ganancia de peso |
| Glinidas (Repaglinida, Nateglinida) | Aumentan secreción de insulina (acción rápida) | 0,8 a 1,2 | Hipoglucemia, ganancia de peso |
| Biguanidas (Metformina) | Sensibilizan acción de la insulina en tejidos | 1 a 1,5 | Molestias abdominales, diarrea |
| Glitazonas (Pioglitazona, Rosiglitazona) | Sensibilizan acción de la insulina en tejidos | 0,8 a 1,2 | Retención de líquidos, anemia |
| Inhibidores de las alfa-glicosidasas (Acarbosa, Miglitol) | Disminuyen vaciamiento gástrico y retrasan absorción de glucosa | 0,5 | Molestias abdominales, diarrea |
| Agentes incretín-miméticos (Exenatida, Lidaglutida, Vildagliptina) | Aumentan secreción de insulina y retrasan vaciamiento gástrico | 1 | Náuseas, pérdida de peso, diarrea |

¿PARA QUÉ SIRVE LA INSULINA?

La falta de insulina es la causa de la diabetes, de manera que el mejor tratamiento para quien sufre esta carencia es administrársela desde el exterior. Hay todavía quien se muestra reticente a ello. Y es que esta sustancia está rodeada de cierta leyenda negra. Existen mitos como que la insulina “deja ciego”, “crea dependencia”, es sinónimo de diabetes grave o que aumenta el riesgo de aterosclerosis e infarto de miocardio. Es conveniente aclarar que todos ellos son falsos.

Las personas con diabetes tipo 1 necesitan insulina desde el principio de su enfermedad. Algunos de los afectados por el tipo 2 también, mientras que otros, como hemos visto, la requerirán con el paso de los años para poder controlar bien su dolencia. Igualmente, la precisan las embarazadas que desarrollan diabetes gestacional que no se controlan con dieta y algunos diabéticos tipo 2 en momentos puntuales: cuando sufren ciertas infecciones, traumatismos o intervenciones quirúrgicas mayores.

Existen diversos preparados de insulina, los cuales varían de acuerdo con la rapidez con la que empiezan a actuar, el periodo necesario para alcanzar su efecto máximo y la duración de la acción. En general, se clasifican en tres grupos: insulina de acción corta y rápida, de acción intermedia y de acción prolongada o lenta.

Las insulinas de acción rápida se inyectan de forma habitual por vía subcutánea o también, cuando se requiere, por vía intramuscular o endovenosa. Su inicio de acción se produce en pocos minutos y la duración de su efecto se prolonga entre seis y ocho horas. Las insulinas de acción intermedia y lenta están modificadas en el laboratorio para prolongar su acción y tardan entre una y tres horas en empezar a hacer efecto. Tienen una duración de entre 12 y 36 horas y se administran por vía subcutánea. Las de acción prolongada, son insulinas muy lentas (pueden durar hasta 48 horas) y se emplean muy poco.

Las pautas de insulinización deben individualizarse. A veces sólo se utiliza una insulina de acción lenta combinada

con antidiabéticos orales; otras, se administra una insulina rápida antes de las comidas y se emplea una de acción lenta para el resto del día y, en ocasiones, se recurre a mezclas preestablecidas de insulina rápida y lenta.

Los únicos efectos secundarios de la insulina son los derivados de su acción fundamental, que es bajar la glucosa y nutrir los tejidos. Si la dosis no es correcta, se puede tener hipoglucemia y/o ganancia de peso.

¿QUÉ OCURRE SI ADEMÁS TENGO OTROS FACTORES DE RIESGO?

Ya hemos visto que los factores de riesgo modificables (colesterol, hipertensión, etcétera) se asocian muy frecuentemente a la diabetes, sobre todo a la tipo 2, y contribuyen a las complicaciones crónicas y, por tanto, a la morbimortalidad.

Por este motivo, el diabético e, incluso las personas que aún no son diabéticas pero tienen riesgo de llegar a serlo, deben ser tratadas de una manera integral teniendo en cuenta la posible presencia de cada uno de estos factores, que se deben normalizar al igual que los niveles de glucosa.

La diabetes tipo 2 presenta un elevado riesgo cardiovascular que es equivalente, según algunos estudios, al de los pacientes que ya han tenido un infarto de miocardio. Esto nos obliga a ser exigentes a la hora de aconsejar a los afectados que mantengan unos niveles adecuados de colesterol o de tensión arterial, como se señala en el cuadro de la página 70.

Para alcanzar estos objetivos es clave que tanto el paciente como el equipo médico estén concienciados de lo importante que resulta normalizar estos factores. Hay que insistir en que, cuando se tratan adecuadamente, las cifras se sitúan en niveles idóneos y que, una vez iniciada la terapia, ésta es en principio para siempre. Es decir, que no por haber conseguido mantener a raya el colesterol o la tensión gracias al tratamiento se debe abandonar la medicación.

Con el tabaco, la tolerancia debe ser cero.

¿POR QUÉ TENGO QUE CAMBIAR DE TRATAMIENTO?

Es una cuestión que provoca inquietud en muchos pacientes. La razón es que la diabetes, sobre todo la tipo 2, no es una enfermedad uniforme ni en su comienzo ni en su evolución. Por un lado, el elemento que caracteriza de forma fundamental a esta dolencia, la producción de insulina, se deteriora progresivamente con los años. Y por otro, se encuentran los factores de riesgo que van haciendo su aparición con el paso del tiempo. Con frecuencia, algunos factores de riesgo modificables están ya presentes desde el inicio. Otros se manifiestan a lo largo de la evolución de la patología (como la hipertensión arterial en la diabetes tipo 1 que, por ejemplo, está muy ligada al desarrollo de daño renal). A medida que estas complicaciones dan la cara es necesario cambiar el tratamiento. Otro motivo para introducir modificaciones es que la medicación que se emplee no logre el objetivo de control esperado. Si esto sucede, habrá que aumentar la dosis o cambiar a otro fármaco o añadir uno nuevo.

¿QUÉ TIPO DE CONTROL EXIGE MI ENFERMEDAD?

¿CUÁNTAS REVISIONES SE DEBEN HACER AL AÑO?

La respuesta no es la misma para todos los afectados. El control de la diabetes debe ser individualizado, es decir, ajustarse al caso particular de cada paciente. Un aspecto importante es que en cada visita se deben tener unos objetivos claros, realizables y concretos.

La primera visita es clave. Cuando la enfermedad debuta es fundamental que el afectado se someta a un programa educativo estructurado y adaptado a sus características que le permita realizar una inmersión en el conocimiento de la misma, de sus controles y de sus peligros. En este sentido, debería ser el propio paciente quien marcara los límites de hasta dónde llegar en este proceso de aprendizaje.

La frecuencia de las entrevistas con el personal sanitario variará en función del tipo de enfermedad que se sufra y de la medicación que se utilice.

La frecuencia de las entrevistas con el personal sanitario variará en función del tipo de enfermedad que se sufra y de la medicación que se utilice.

En las personas jóvenes que requieren insulina serán necesarias varias en distintos días hasta que adquieran los conocimientos necesarios sobre su dolencia, su control, las complicaciones agudas y los riesgos que conlleva. En pacientes que no requieren insulina, el número de encuentros, se reduce considerablemente. Los usuarios de insulina deben concertar una segunda entrevista una semana después de la primera para revisar las habilidades adquiridas y comprobar si su control metabólico es adecuado. Por el contrario, los pacientes que utilizan antibióticos orales tendrán su segunda visita uno o dos meses después.

Una vez que el control metabólico y la seguridad del paciente sean los adecuados, las consultas de revisión se pueden espaciar. En los pacientes con insulina se suelen programar cada tres meses, mientras en el resto, cada cuatro o seis. En todo caso, la consulta debe adelantarse cuando los objetivos de control no se consiguen o se ha cambiado de medicación. El número de visitas está igualmente condicionado por la actividad de autocontrol y autoanálisis del paciente. Los que adquieren este compromiso activo en la toma de decisiones sobre su enfermedad pactan conjuntamente con el equipo médico unos objetivos en cada revisión.

¿SE DEBE REVELAR LA ENFERMEDAD A AMIGOS, COMPAÑEROS O A LA SOCIEDAD?

Decididamente sí. Primero, porque amigos y compañeros pueden ofrecer una ayuda decisiva en momentos puntuales, como por ejemplo, en el caso de una hipoglucemia. Segundo, porque es importante que el entorno apoye y entienda el estilo de vida y el comportamiento adecuado del diabético en cuanto a viajes, comidas, bebidas, ejercicio, salidas nocturnas, etcétera. Y, finalmente, es fundamental no ser segregado, separado ni encasillado por la sociedad a causa de un puro accidente, padecer diabetes. Por el contrario, el diabético debe ser considerado como cualquier otra persona, con todas sus dimensiones: sexo, edad, raza, estado civil, profesión o compromiso social, político y religioso.

¿CÓMO PUEDE INFLUIR LA ENFERMEDAD EN LA VIDA PERSONAL Y LABORAL?

Aunque no debiera ocurrir, lo cierto es que los afectados de diabetes se ven en ocasiones enfrentados a situaciones injustas a causa de su dolencia.

Veamos que ocurre en el terreno laboral: en España, hay una legislación bastante restrictiva y poco clara en cuanto a la posibilidad de acceso de los afectados al mercado de trabajo. De hecho, en los últimos años ha habido sentencias con resultados dispares. El reconocimiento de la enfermedad como minusvalía está poco claro porque, aunque sí puede ser considerada como una dolencia caracterizada por la disminución de la capacidad orgánica y funcional del páncreas, a la hora de concretarlo se establecen cuatro grados dependiendo de la presencia o no de microangiopatías (trastornos microvasculares) y del número de hospitalizaciones por año. Aún así, su concesión representa ventajas en el ámbito sanitario, en el laboral, para el transporte y la vivienda que no son desdeñables y que aún son poco conocidas. Lo que está todavía menos claro es si, en algún momento de su evolución, la diabetes es una dependencia. Ésta se define como una falta de autonomía física, psíquica o intelectual.

Respecto a las relaciones sociales y lúdicas, uno de los colectivos que más impacto percibe en este terreno es el de los jóvenes y niños afectados de diabetes tipo 1 cuando salen de viaje o durante el ocio del fin de semana. El temor de muchos de sus padres bloquea la posibilidad de que su comportamiento sea como el de las personas sin diabetes. En general, se puede afirmar que el autocontrol y la responsabilidad frente a la enfermedad favorecen que se pueda realizar una vida social y lúdica totalmente normal.

Un aspecto que denota la escasa sensibilidad social hacia la enfermedad es la postura de algunas compañías de seguros que son muy reticentes con los diabéticos cuando suscriben una póliza. Es un problema, igual que ocurre en la legislación laboral, de falta de conocimiento de la realidad.

¿CÓMO ME PUEDE AYUDAR MI FAMILIA?

Mucho. El entorno más cercano es un elemento clave para muchos diabéticos. El refuerzo positivo y el estímulo de superación de la familia resultan decisivos para un buen manejo de la enfermedad y para mejorar la calidad de vida del paciente.

En el caso de un niño pequeño, de menos de cinco años, lo es todo y sobre ella recae toda la responsabilidad. La vigilancia de la dieta, el ejercicio, la práctica del autoanálisis, la administración de insulina y el control general es hasta los ocho o nueve años un cometido de la familia. Por este motivo, el traspaso progresivo de responsabilidad de los padres a los hijos cuando éstos alcanzan la adolescencia es complicado en muchos casos. En la edad adulta, los allegados adquieren un papel más secundario pero todavía importante. Muchas familias cambian sus hábitos alimenticios para adaptarse a las necesidades de sus seres queridos con diabetes; por ejemplo, no vuelven a comprar chorizo, patés, pasteles o dulces o se apuntan para acompañarles a la piscina o a la pista de tenis. Se constituyen en lo que se conoce como diabéticos "tipo 3" y colaboran en las asociaciones de afectados y participan en sus actividades.



sabía que...

Cuando se tiene más de 50 años, se es obeso desde hace tiempo, no se practica ejercicio y existe algún antecedente familiar de diabetes, la posibilidad de desarrollar la enfermedad se eleva al menos al 15%.

B
F
D



Bodega
Farmacéutica
Dominicana, S.R.L.

**Una alianza integral para elevar y prolongar
la calidad de vida de los pacientes**