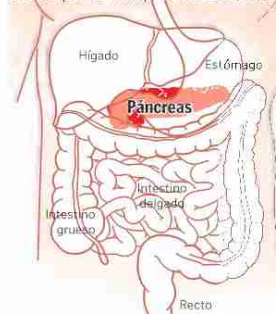


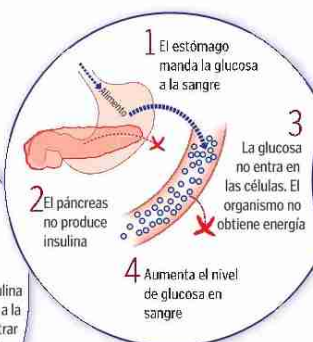
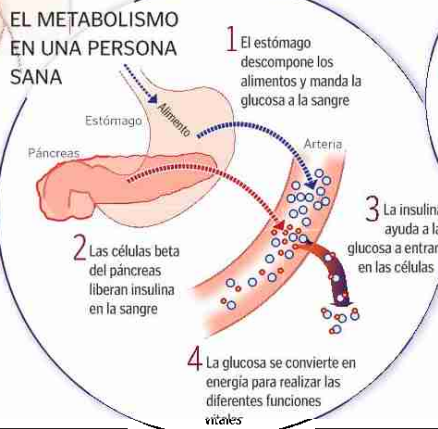
SANGRE DEMASIADO AZUCARADA

En la diabetes aumentan los niveles de glucosa en la sangre y el cuerpo es incapaz de absorberla para obtener energía

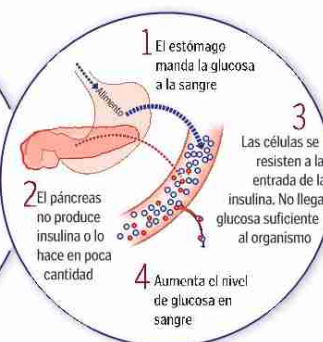


PARA SIEMPRE
Es una enfermedad crónica por la que el organismo es incapaz de producir la insulina necesaria para procesar los alimentos. Los enfermos tendrán que seguir tratamiento siempre

EL METABOLISMO EN UNA PERSONA SANA



DIABETES TIPO 1
Las células beta del páncreas ya no producen insulina porque el sistema inmunitario del cuerpo las ha atacado y destruido. Los enfermos tienen que inyectarse insulina regularmente



DIABETES TIPO 2
Comienza con la resistencia de las células receptoras a la insulina. El páncreas responde produciendo más insulina, pero con el tiempo se deteriora la capacidad de secreción. Normalmente se trata con pastillas

Para que a nadie le amargue el dulce

La diabetes es la plaga del siglo XXI, lo dice la OMS. Pero es posible controlarla. Cuando se habla ya de tres tipos y se administra medicación de forma precoz, la clave sigue estando en lo más fácil: comer menos y mejor y moverse más

ROSA DOMÍNGUEZ | TEXTO
ALEXIA LÓPEZ | GRÁFICO

La Organización Mundial de la Salud no duda en calificarla de plaga del siglo XXI. Solo en la Unión Europea hay 25 millones de personas afectadas y se calcula que en el plazo de quince años se habrán alcanzado los 60. España se sitúa, en este mapa, entre los países con prevalencia entre intermedia y alta, con cifras que oscilan en función de la edad entre el 6,1 y el 13,3%. Afecta más a los varones que a las mujeres, y se ha demostrado un gradiente de aumento norte-sur. El envejecimiento, el aumento de la obesidad, el sedentarismo y la urbanización colaboran a esta extendida afectación. Se trata de la diabetes, un trastorno que tiene que ver con la forma en que nuestro organismo procesa el azúcar o la glucosa.

Su extensión explica que a nadie le resulte extraño el nombre de una enfermedad con dos variables diferenciadas y conocidas por su vinculación con un perfil básico. La de tipo 1, que generalmente se diagnostica en la infancia o en adultos jóvenes, suele presentarse con síntomas típicos (beber mucho, orinar mucho y pérdida de peso, a pesar del aumento del apetito) y de forma más o menos brusca, en ocasiones por una complicación severa. La de tipo 2, relacionada con la obesidad y la edad avanzada, es más silente,

ya que suele diagnosticarse al detectarse niveles elevados de glucosa en sangre en una analítica causal o por sus complicaciones crónicas.

El primer grupo tiene en la mayor parte de los casos su explicación en un trastorno autoinmune que se traduce en la destrucción de las células beta, las encargadas de fabricar la insulina, hormona que produce el páncreas para que los azúcares que ingerimos en la comida lleguen a las células y proporcionen energía al organismo. En la de tipo 2, sin embargo, no existe tanto destrucción de las células, como cansancio o agotamiento por sobreesfuerzo: llega un momento en que las beta no son capaces de fabricar la cantidad necesaria para mantener los niveles normales de glucosa. Esta es la más frecuente, con mucha diferencia sobre la 1, y generalmente va ligada a una historia familiar con antecedentes, a desórdenes alimenticios y a obesidad.

Junto a la clasificación clásica, desde hace unos años se habla de un tercer tipo de diabetes, una mezcla de ambas, que afecta a población joven y de mediana edad y con características diferentes a las del tipo 2, ya que no se asocian a problemas de obesidad.

De una u otra forma, padecer diabetes cambia la vida. No solo puede complicarla, sino acortarla si no se toman medidas. Las básicas y más efectivas son controlar la dieta, y por tanto la ingesta de

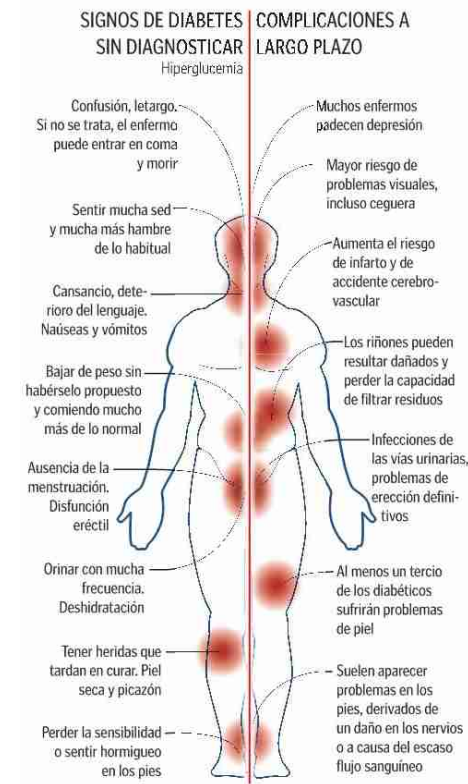
alimentos ricos en grasas y azúcares, y la práctica de ejercicio físico. Son los pilares fundamentales del tratamiento del grupo mayoritario, el del tipo 2, que constituye hasta el 90% de los casos. La extensión de este desajuste exige además ingentes cantidades de recursos: algunos estudios indican que el gasto global destinado al control de la patología y sus complicaciones podría exceder los 215.000 millones de euros antes del año 2025, lo que significa un incremento del 30% del coste sanitario en Europa, Oriente Medio y África. En la actualidad, se calcula que la población diabética en los países occidentales consume entre un 4 y un 14% de la factura sanitaria, de modo que un paciente diabético gasta entre 2 y 6 veces más recursos directos que las personas con otras enfermedades crónicas.

Para poner freno a su incidencia, los especialistas ponen ahora el acento en profundizar en el conocimiento de las causas de una enfermedad cuya prevalencia se ha multiplicado en la última década y que ha llevado a los expertos a fijarse en características sociales y en el impacto de factores ambientales para desencadenar el trastorno. Sobre todo una vez comprobado que una patología generalmente asociada a la edad adulta cuando no geriátrica comienza a aparecer incluso en niños. Los factores de riesgo relacionados con la alimentación constituyen una de las claves para



LOS SÍNTOMAS

A pesar de ser una enfermedad muy común en la sociedad, se desconoce la multitud de complicaciones que provoca



Los factores de riesgo relacionados con la alimentación son claves para ponerle coto

poner coto al avance de la diabetes y su amplio abanico de complicaciones, que no solo reducen la calidad de vida, sino que matan prematuramente.

El diagnóstico precoz de la enfermedad se presenta como una estrategia fundamental para evitar esas complicaciones y reducir la mortalidad prematura, pero hasta el 50% de los pacien-

Hasta el 50% de los pacientes con diabetes desconocen que la tienen y en el momento en que se les diagnostica uno de cada dos ya presenta complicaciones

tes que la sufren lo desconocen y en el momento en que se les diagnostica hasta uno de cada dos presenta ya complicaciones micro o macrovasculares. Es por ello por lo que los profesionales apuestan por una búsqueda activa de posibles afectados en grupos de riesgo seleccionados, por ejemplo, por presentar obesidad.

Muy a menudo, además, la diabetes viaja asociada a otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, causa de muerte de al menos la mitad de los individuos con diabetes de tipo 2, y también es más elevado el riesgo de sufrir ictus, retinopatía diabética (la segunda causa de ceguera en España y la primera en edad laboral), insuficiencia renal, amputaciones y complicaciones en el embarazo. Hasta un 90% de los pacientes tienen colesterol alto, entre el 30 y el 60% son obesos, la mitad hipertensos, de un 9 a un 17% son fumadores y entre el 60 y el 80% no practican actividad física.

Esta situación es una de las que, según los expertos, deben modificarse cuanto antes: cambiando los hábitos o el estilo de vida. La alimentación sana y el ejercicio son claves en la mayoría de los casos, pese a lo cual tanto profesionales como pacientes lamentan la escasa formación en este terreno que suele facilitarse. Más del 60% de los pacientes nunca han tenido la oportunidad de participar en acciones educativas sobre su enfermedad.

Una vez instaurada, el control de la dieta debe extremarse y no en pocos casos es insuficiente. Recientemente, los especialistas han acordado adelantarse a la posible evolución, quemar etapas, y administran de forma preventiva fármacos específicos que cooperen a alcanzar antes ese control de la glucosa. Si la patología sigue evolucionando, a la batería de fármacos orales se suma la insulina. Pincharse a diario, varias veces al día en muchos casos, resulta un gesto realmente vital para estos enfermos de diabetes 1, pero también para otros muchos en los que la de tipo 2 no se ha frenado. No hacerlo significa una más que segura complicación. Además del riesgo de ictus, fallo cardíaco, ceguera o amputación, una glucosa desajustada puede derivar en cuadros tan severos como un coma diabético o incluso la muerte.

Por fortuna, los especialistas insisten en los avances que la medicina y el autocuidado han proporcionado para cambiar destinos hasta no hace tanto fatales. Hoy por hoy es posible tener bajo control una enfermedad con la que debe aprenderse, en el estricto sentido de la palabra, a convivir.

ENTREVISTA | ALFONSO SOTO GONZÁLEZ

«NO CURAREMOS LA DIABETES, PERO EN NUESTRAS MANOS ESTÁ FRENARLA»

■ Alfonso Soto (León, 1971) estudió Medicina en Santiago e hizo la especialidad de Endocrinología del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, servicio del que es médico adjunto. Desde hace ocho años imparte cursos de formación entre los médicos de familia sobre la diabetes.

—¿Cómo debe diagnosticarse la diabetes?

—Hay que individualizar bastante en función de la edad, las características y posibles patologías del paciente. En un no diabético, el nivel normal de glucemia en ayunas debe situarse por debajo de 100 miligramos por decilitro. Se considera para el diagnóstico de diabetes que los niveles de glucosa basal tras ocho horas de ayuno se sitúen por encima de 125 miligramos por decilitro. Pero para llegar al diagnóstico es preciso repetirlo y confirmar que la glucosa supera dicho nivel. También podemos someter al paciente a una sobrecarga de azúcar para ver si su páncreas reacciona. Si a las dos horas la glucemia es mayor o igual a 200 miligramos por decilitro hay que sospechar diabetes. Si se tienen esos niveles a cualquier hora del día y existe clínica, el diagnóstico es claro.

—¿Y cuáles son esas manifestaciones clínicas?

—Cuando no hay insulina, se orina mucho, los pacientes beben mucho y pierden peso. Son síntomas característicos sobre todo de la diabetes 1, no tanto de la 2.

—¿Por qué?

—La 2 es más larvada, a pesar de que ahora el diagnóstico es más precoz, se mantiene durante mucho tiempo hasta que aparecen síntomas. El riñón empieza a dar signos de alarma a partir de 180 de glucosa, simplemente se orina mucho y a menudo no se le da importancia. En muchos pacientes el hallazgo es casual, en una revisión del trabajo, porque el médico de cabecera le hace una analítica... Hay un tercer tipo de diabetes, a caballo entre la 1 y la 2, que afecta a personas de edad media, 40 años, y delgadas. Ese patrón cobra importancia, no son personas con problemas de obesidad. Es importante no demorar el control, aunque el diagnóstico lo dé la evolución.

—¿Cuándo hay que empezar con la medicación?

—Desde hace poco tiempo, un año aproximadamente, se ha llegado al consenso de que dado el alto nivel de fracaso en el control con la dieta y el ejercicio, para ganar tiempo ya se administra un fármaco, la metformina, para ayudar al paciente. Pero el pilar fundamental es la dieta y el ejercicio.

—¿El problema de perder tiempo son las complicaciones?

—Si se hacen las cosas bien desde el principio, llegar a una normoglu-



Alfonso Soto, en el Centro de Especialidades del Ventorillo

«La clave está en empezar por la base, por los niños. Hay que formarlos para que adquieran hábitos de alimentación y actividad saludables»

cosa tiene grandes beneficios. La célula beta parece que tiene cierta memoria y reactiva su funcionamiento. Se reducen las complicaciones, micro y macrovasculares, y se reduce la mortalidad.

—¿Aunque no se perciba, cuándo comienza el daño?

—Cuando se está por encima de 100 en ayunas ya hay un incremento exponencial del riesgo, primero de lesiones macrovasculares, las que afectan a los vasos del corazón, el cerebro y las arterias periféricas, y después vienen las microvasculares, fundamentalmente el ojo y riñón.

—¿Cómo daña la glucosa al sistema vascular?

—Hay un efecto de glucotoxicidad y lipotoxicidad y las arterias se vuelven rígidas, se obstruyen, y el riño se resiente. Cuando no llega suficiente sangre, hay daño. La prevalencia de patología vascular es de 2 a 5 veces mayor en diabéticos

que en la población general.

—¿Por qué se llega a tener que inyectar insulina?

—En el tipo 1, que debuta de forma aguda, generalmente con cetoacidosis, prácticamente desde el principio. En el tipo LADA, el intermedio, se recurre a veces al menos inicialmente. La glucemia media marca el abordaje. Generalmente, en un porcentaje importante los afectados por la diabetes 2 pueden frenar el avance de la patología con hábitos saludables y fármacos orales.

—¿Había muchas expectativas con la insulina inhalada.

—Era prometedora, parecía la única vía factible como alternativa a la subcutánea, pero surgieron dudas. A medio y largo plazo no se sabía muy bien qué sucedía en la vía pulmonar. Hubo un problema económico y, al salir algún dato sobre su posible relación con la patología respiratoria, los laboratorios americanos se retiraron.

—¿No hay pues vías alternativas a pincharse todos los días?

—Hay varias líneas de investigación. Se trabaja en las bombas implantables que van suministrando automáticamente las dosis.

—¿Y el trasplante de islotes pancreáticos?

—Suscitó mucho entusiasmo, pero es muy laborioso, se necesitan dos e incluso a veces tres órganos y no se sabe si a corto plazo hay que trasplantar. Además, está el riesgo de tener que someter a inmunosupresión de por vida al paciente. Está dando muy buenos resultados el doble trasplante de páncreas y riñón, es muy eficaz, pero las indicaciones son limitadas a pacientes muy avanzados, en diálisis.

—¿El futuro está en las células madre?

—Los trabajos publicados se refieren a pacientes que acaban de debutar, aún no sabemos los resultados en los más evolucionados, pero los trabajos son prometedores porque los primeros enfermos llevan cuatro años sin insulina. No se puede generalizar a todos los pacientes y tampoco debemos dar falsas expectativas. Quedan ocho o diez años de investigación, pero es una buena línea.

—¿Y mientras tanto?

—Insisto. La clave está en la formación para llevar una vida saludable. La gran mayoría de los afectados lo son de diabetes tipo 2. No curaremos la diabetes, pero podemos frenar su evolución incidiendo simplemente en los hábitos de alimentación y ejercicio. La clave está en la base, en los niños. Se ha producido un incremento alarmante de la obesidad infantil y hay que ponerle freno. Al menos en seis de diez casos provocamos nosotros la enfermedad. Así que está en nuestras manos.