

Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad frecuente que enfrentamos diariamente en nuestros consultorios.

Por su alta prevalencia con frecuencia encontramos publicaciones sobre el tema. Actualmente contamos con criterios diagnósticos más simples, con glicemias menores y controles más estrictos para obtener una detección mayor de estos pacientes y para prevenir sus complicaciones. Es así como el panel de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) introduce como diagnóstico una glicemia mayor o igual a 126 mg/dl, confirmada en un día subsecuente. Buen control glicémico lo obtenemos con glicemia <120 mg/dl en ayunas y no mayor de 160 mg/dl postprandiales, con Hb glicosiladas A1C <7%.

Estudios como el Diabetes Control Complication Trials (DCCT) en DM Tipo I y el UKPDS en DM tipo 2 nos demuestran que teniendo a los pacientes con control glicémico adecuados reducimos el riesgo de enfermedad micro y macrovascular.

A pesar de nuevos conocimientos, nuevos criterios diagnósticos y de control y el esfuerzo de los médicos al atender estos pacientes, seguimos viendo diabéticos amputados, con ceguera, en insuficiencia renal, infartados, etc. Cuando vemos estas complicaciones nos enfrentamos ante el gran drama del paciente diabético y la frustración como médicos al no haberlas prevenido. Y es que las complicaciones implican para el paciente y la sociedad problemas de orden emocional, físico, familiar y económico. Por ejemplo, un diabético con pérdida de la visión por retinopatía tiene una afección emocional y física; su entorno familiar se afecta y el paciente deja de ser productivo económicamente e inclusive implica un gasto social.

Cuando vemos un paciente diabético sin complicaciones, generalmente él se siente bien y a pesar de no darle un control adecuado, se sentirá bien por 5, 10 o hasta 15 años. A su vez, sabemos que a pesar de este período de gracia, mal utilizado, ese mismo paciente empieza con sus complicaciones y ya generalmente será muy poco lo que hacemos por él.

Comúnmente encontramos diabéticos con glicemias en 200 mg/dl o más sin que se intervenga. Así hay médicos y

pacientes que consideran que esos niveles de glicemia son adecuados con controles una vez al año, con glicemias sólo en ayunas, sin glicemias post prandiales o hemoglobinas glicosiladas o pacientes que no saben qué pueden comer o diabéticos que nunca se le ha examinado los pies...

¿Qué estamos haciendo mal? Probablemente muchos factores intervienen, entre ellos:

- a) Falta de información a nivel médico en criterios diagnósticos y controles de glicemias
- b) Falta de educación a pacientes
- c) No hay un abordaje integral
- d) Lo difícil de alcanzar las metas en los pacientes. El estudio UKPDS nos demuestra la característica progresiva de la enfermedad, con tendencia de ir elevando sus hemoglobinas glicosiladas a pesar de tratamientos. Estos pacientes conforme avanza el tiempo de evolución van requiriendo más medicamentos, dejando la monoterapia para poder alcanzar las metas
- e) Lo poco sintomático que es la enfermedad antes de que se presenten sus complicaciones

Considero que el artículo del Dr. Manuel Francisco Jiménez Navarrete, "Diabetes Mellitus: actualización", página 53 tiene relevancia ya que es todo un esfuerzo por resumir un abordaje integral y práctico del paciente diabético. Además destaca la importancia de la DM como enfermedad crónica, su diagnóstico, su control y todos los pequeños aspectos que debemos tomar en cuenta para una valoración completa e integral del paciente desde el inicio de su enfermedad.

Solo educándonos podremos ayudar a nuestros pacientes.

Mary V. Vinocour Fornieri
Asistente de Endocrinología
Hospital San Juan de Dios