

El Cielo de la Maldición Vida y Salud Diabetes Mellitus Diabetes Mellitus

Ambos pertenecen al servicio de endocrinología del Centro Especial Ramón y Cajal de Madrid. Buenas noches. Como recordarán, dedicamos nuestra última emisión del programa Vida y Salud al tema de la diabetes mellitus. En dicho programa hablamos con el doctor de la calle que hoy nuevamente nos acompaña sobre algunos aspectos de la enfermedad. Nos explicó qué se entiende por diabetes, los tipos que existen y sus diferencias, cuáles son los primeros síntomas de la enfermedad, qué problemas o consecuencias tiene para el que la padece y cuál es la orientación actual de la terapéutica. Esta noche contamos, como ya dije, con el doctor de la calle y hemos invitado a María Jesús Clemente, enfermera supervisora del servicio de endocrinología del Centro Ramón y Cajal de Madrid. Ambos intentarán acercarnos un poco más al complejo mundo de los diabéticos y su cuidado. Al principio de nuestro programa anterior decíamos que la diabetes, a pesar de los estudios y las investigaciones que se hacen en este campo, aún hoy es una enfermedad incurable.

¿Podría explicarnos, doctor de la calle, por qué aún no se ha encontrado la terapéutica definitiva para la diabetes? Efectivamente, no se puede hablar de curación de la diabetes, al menos en un sentido estricto y general. Si volvemos a lo que dijimos anteriormente respecto a los diferentes tipos de diabetes, en el caso de la diabetes tipo 1, insulín dependiente, había una destrucción de las células que producen la insulina, de las células alojadas en los hilos de pancreáticos y que son las que producen la insulina. En este caso de destrucción celular, evidentemente no puede haber una curación, puesto que no hay forma de restituir este tipo de células. En el caso de la diabetes mellitus insulina, no insulín dependiente, esto es tipo 2, esta se produce por muy diferentes factores.

de estos factores si son controlables y es el caso por ejemplo de los pacientes que tienen diabetes mellitus y que son obesos el control de la obesidad o la desaparición de la obesidad es capaz de mejorar no me atrevo a decir curar pero sí de mejorar el control de la glucemia y pacientes que necesitaban insulina o hipoglucemiantes orales pueden ser controlados con una dieta exclusivamente una dieta adecuada exclusivamente en el caso de las diabetes mellitus asociadas o bien a otras enfermedades pancreáticas o trastornos hormonales de otra índole o quizá la administración de determinados medicamentos si logramos erradicar la causa que produce la diabetes en la mayor parte de las ocasiones esta diabetes también desaparecerá

Perfectamente. Entonces quería hacerle una pregunta ahora que están de moda los trasplantes. Se ha hablado también de la posibilidad del trasplante de páncreas. ¿Qué hay exactamente? ¿En qué nivel están ahora mismo las investigaciones en este sentido? Sí, efectivamente los últimos progresos terapéuticos que se han incorporado al tratamiento de la diabetes mellitus, como en cualquier otro terreno u otro órgano que está afecto y cuya función se ha perdido, siempre se ha intentado restituir a través de un trasplante de un órgano no afecto. Entonces en este sentido hace ya algunos años que se han hecho intentos. En primer lugar de trasplantar las exclusivas. Específicamente las células de los islotes. Células fetales procedentes de fetos. Estos islotes pancreáticos se han trasplantado y alojado en el hígado. Si bien estas experiencias no han progresado al menos o no han resuelto.

el problema de una manera total. Entonces otra forma de abordaje del problema ha sido trasplantar el órgano entero, esto es el páncreas entero. En este

sentido, sobre todo en Estados Unidos, hay ya una buena experiencia tanto de trasplantes de páncreas exclusivamente como de páncreas y otro órgano como es el riñón. O sea, trasplantes combinados de páncreas y de riñón. En este sentido las perspectivas son alentadoras, sin embargo creo que el tratar a fondo este problema en este momento excede el tiempo de que disponemos y plantea una perspectiva todavía mucho más compleja como es todo lo que afecta al trasplante de órganos. He hablado de la experiencia en Estados Unidos, pero como todos ustedes conocen, puesto que ha saltado a la prensa en los últimos meses, afortunadamente también en nuestro país algunos grupos especialmente dedicados al tratamiento de los pacientes diabéticos, afortunadamente han

abordado este tema y se han llevado a cabo algunos de estos trasplantes. Sí, pero de todas maneras, aún así parece que las perspectivas de que sea una cosa rutinaria, que esa sea la solución para los enfermos diabéticos, está un poco lejos. Exactamente. Usted ha insistido en que hay determinados tipos de diabetes cuya mejor tratamiento, que la clave del tratamiento, está en la dieta. Esta dieta, y tanto también la dieta y el ejercicio físico, me parece que tiene que tener mucha influencia la actitud del enfermo frente a su enfermedad y de las personas que lo cuidan. ¿Qué nos podría decir en este sentido? Bueno, esto es fundamental como cualquier planteamiento que debe hacerse una persona que está afectada de un padecimiento crónico. Evidentemente que cuanto mejor tratado esté, menos posibilidades de complicaciones va a haber. Pero no solamente es esto, sino que la repercusión, la repercusión a nivel del trabajo, el asentismo laboral, los ingresos hospitalarios.

Todo ello se va a ver mejorado por una buena instrucción y educación del paciente como persona que es capaz de controlar su propia situación y su propia alteración patológica. Esto, desde luego, no se podría llevar a cabo hoy día si no contásemos con la valiosa colaboración de ATS, de dietistas, de psicólogos, de sociólogos y de muchas otras personas que constituimos un equipo de trabajo y que permite llevar a cabo este tipo de instrucción y de educación a los pacientes diabéticos. María Jesús, por favor, ¿podría decirnos dónde debe hacerse esa educación sanitaria? ¿Quién debe impartirla? Bueno. Dónde debe hacerse esta educación sanitaria es un poco difícil el definirla en este momento porque en el momento actual realmente la educación sanitaria respecto al paciente diabético, o mejor, la instrucción al paciente diabético, se está llevando en los centros.

hospitalarios, es decir, donde el paciente está ingresado. Y desde mi punto de vista, desde luego creo que la instrucción sanitaria a este paciente diabético debe estar integrada en la atención primaria de salud, es decir, fuera del hospital. Realmente, si un paciente está bastante instruido respecto a su afección, lógicamente va a reducir los ingresos hospitalarios como el doctor Calles lo mencionaba anteriormente. Por supuesto, volvemos a repetir la disminución de este asentismo laboral y por tanto tiene una gran incidencia económica que permite un mejor aprovechamiento de los recursos y en definitiva con esta educación pretendemos mejorar la calidad de vida del paciente, en este caso del diabético. ¿Quién debe hacer la educación sanitaria y a quién debe impartirse? ¿Solamente al enfermo diabético o a su entorno familiar? Bueno, es que me lo pones correcto. Es muy difícil. Realmente yo creo que en este momento toda la persona...

enferma debe estar informada de su propia dolencia, pero nosotros creo que tenemos el concepto de prevenir totalmente claro. Entonces creo que esta

educación sanitaria se debe impartir fuera del hospital y la debe impartir un equipo multidisciplinario, como el doctor Calle nos hablaba, que realmente el profesional de enfermería tiene una de su principal función en este equipo. Realmente el médico es el que va a mandar o indicar este tratamiento, pero realmente el médico le va a informar, pero el profesional de enfermería, quizá por el mejor conocimiento personal de esta situación del enfermo o quizá también la no existencia de estas barreras psicológicas que sabes que los pacientes y sus familiares pues tienen una pequeña... ¿Qué es lo que se llama? Este estatus del médico que quizá no son capaces de...

capaces de entenderse con ellos. Y también, desde luego, pues esta adaptación al lenguaje habitual se hace un poquito más comprensible y creo que ahí es donde tiene que estar la enfermería presente para transmitir este mensaje. Muy bien. Sabemos, hemos oído, leído, que en este momento hay una controversia y esta pregunta va un poco dirigida otra vez al doctor de la calle, sobre los edulcorantes artificiales. Una de las cosas que se saben, de común conocimiento, es que los diabéticos no pueden tomar azúcar y utilizan estos preparados que hay en las farmacias para endulzar las comidas. ¿Qué hay realmente de cierto en esas contraindicaciones de los edulcorantes artificiales? Sí. Sí, yo creo que esta pequeña polémica o gran polémica que se ha planteado alrededor de los edulcorantes, yo creo que no está exenta de algunos matices, voy a decir, extramédicos y que probablemente...

tienen una proyección comercial, económica, en la cual no voy a entrar, por supuesto. Los edulcorantes en definitiva se dividen en dos grandes categorías. Unos que no aportan calorías, como es el caso de los más utilizados, el ciclamato y la sacarina. Y otros que aportan calorías, como son el caso de la fructosa o el sorbitol, por citar algunos. El tema de la sacarina, con el cual se ha discutido mucho, el punto de controversia fundamental es que hay experiencias que ya datan de los años 70, en las cuales se vio que a ratas a las cuales se les administraba cantidades enormes, y hago hincapié en lo de cantidades enormes de sacarina, podían desarrollar cáncer de vejiga. En base a esto se ha especulado si esto podría tener alguna contraindicación para el hombre, para la persona humana. Esto en absoluto está demostrado, puesto que el consumo de...

de sacarina habitual, es muchísimo menor de estas cantidades. Estas sobrecargas. Y en el caso, perdón, de los que proporcionan calorías, el hecho fundamental es que hay que contar con este aporte calórico para ajustar la dieta al hecho de tomar estos edulcorantes que proporcionan calorías. En definitiva, teniendo en cuenta estas circunstancias, no hay ninguna contraindicación seria y razonada para que el diabético no pueda hacer uso de ellos de una manera racional. Muchas gracias por la aclaración. Creo que es importante porque edulcorantes artificiales no solamente toman los diabéticos, sino la mayoría, inmensa mayoría de los residencias para adelgazar, se prohíbe el azúcar y la gente toma edulcorantes. Para terminar, porque el tiempo se nos está acabando, por favor María Jesús, explícanos resumidamente cuál es el objetivo de estos programas de educación sanitaria en los que deben estar incluidos.

Bueno, el objetivo de un programa de instrucción al paciente diabético debe ser el proporcionar a estos los conocimientos necesarios para manejar los elementos terapéuticos, es decir, qué hay que hacer con esos datos que el paciente sabe hacerlos, sabe realizarse un control, pero luego no sabe cómo utilizarlos, y así conseguir mantener los niveles de glucemia dentro de los límites aceptables. Lo

que evitaría la aparición de complicaciones agudas y retrasaría o, bueno, prevendría un poco así las complicaciones tardías. En definitiva, redundaría en una mejor calidad de vida del paciente. Realmente está demostrado que cuando un diabético, eso es una pregunta a los dos, se incluye dentro de un programa y tiene una mayor instrucción respecto a su enfermedad, disminuye los ingresos, mejor... Tiene un mejor control, que en definitiva es lo que se pretende. Por supuesto. Esto es así. Esto es así, está demostrado y no hay duda. Bien, el tiempo del espacio transcurrido...

Queda solo agradecer a nuestros invitados su colaboración y esperar que hayamos, entre todos, cumplido nuestro objetivo. ¡Gracias! Vida y Salud volverá con todos ustedes ya en 1985, concretamente el 11 de enero, viernes a la hora habitual. Gracias por su atención y buenas noches.

Gracias por ver el video.