

Algunas consideraciones sobre la diabetes mellitus

Some Considerations on Diabetes Mellitus

Elio Edgar Lozano Álvarez

Máster en Educación Médica Superior. Especialista de Segundo Grado en Endocrinología y Diabetes. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Lucía Iñiguez Landín. Holguín. Cuba.

Después de leído un interesante artículo publicado en la Revista Correo Científico Médico (CCM) 2012:16(2) por el Dr. Soca y otros autores¹, que trata la temática de la diabetes mellitus (DM), un factor de riesgo cardiovascular para las personas con esta enfermedad.

Deseo expresar algunos puntos de vista sobre este tema, como complemento a lo descrito por sus autores. Además, pudiera generar un intercambio provechoso, que todo médico debe conocer, saber y tratar por lo frecuente que resulta en la práctica médica.

La diabetes mellitus constituye un problema de salud pública en ascenso en el mundo, Latinoamérica y en Cuba. Con la Declaración de las Américas (DOTA), respaldada por la Federación Internacional de diabetes (IDF), la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) varios países desarrollan programas nacionales de diabetes para implementar un modelo de atención integral al paciente diabético que incluye la educación². Por tanto, el manejo correcto de la diabetes mellitus con criterio preventivo, es una labor continua que requiere el esfuerzo de todo el equipo de salud, por lo que recientemente se han reforzado determinados conceptos básicos relacionados con la clasificación, diagnóstico y tratamiento de la DM^{3,4}.

Con respecto a la clasificación de la diabetes mellitus, es necesario señalar que la se basa en su etiología y características fisiopatológicas, además, incluye la posibilidad de describir la etapa de la historia natural en la cual se encuentra el paciente, ya sea la etapa de

normoglucemia (donde hay niveles normales de glucemia, pero ya se han iniciado los procesos fisiopatológicos que conllevan a la DM) o la etapa de hiperglucemia (que incluye los estados prediabéticos y la DM) y una vez identificada la etapa, el paciente puede progresar a la siguiente o retroceder a la anterior⁵.

En la DM tipo1 las células se destruyen, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. Los primeros síntomas clínicos suelen aparecer alrededor de la pubertad, cuando la función se ha perdido casi completamente y la insulino terapia es necesaria para que el paciente sobreviva. La etiología de la destrucción de la célula beta es generalmente autoinmune pero existen casos de DM tipo1 de causa idiopática, donde la medición de los anticuerpos (anti-GAD65, anticélulas de islotes: ICA, anti-tirosina fosfatasa: IA-2, y antiinsulina) son negativos. Cuando es posible medirlos, su detección permite subdividir la DM tipo1 en: autoinmune o idiopática^{4,5}.

La DM tipo 2 se presenta en pacientes con diferentes grados de resistencia a la insulina pero se requiere, además, que exista un déficit en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Para que aumente la glucemia ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento. Aunque no existen marcadores clínicos que indiquen cuál de los dos defectos primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina y la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. Este tipo de diabetes predomina en el adulto, pero su frecuencia está elevada en niños y adolescentes obesos⁶.

Todavía existen dificultades para clasificar a un paciente diabético, si es tipo 1 o tipo 2. En muchas ocasiones, se basan en si usa insulina ó no, lo que conlleva a errores. Por tanto, una propuesta práctica inicial para clasificar a estos pacientes sería:

DM tipo 1: es aquel paciente que si no usa insulina hace cetosis. Son conocidos como DM insulino requiriente para sobrevivir. Sin embargo, existe una forma de presentación de lenta progresión, que inicialmente puede no requerir insulina y tiende a manifestarse en etapas tempranas de la vida adulta, llamada diabetes autoinmune latente del adulto (LADA)³.

DM tipo 2: es aquel paciente que si no usa insulina no necesariamente hace cetosis, pero ante una situación estresante (traumática, quirúrgica, séptica, etc) puede desarrollarla. Son conocidos como DM no insulino requiriente. Recordar que existe un grupo de pacientes tipo 2 que llevan tratamiento con insulina para lograr el control metabólico, que son llamados DM insulino tratados o DM insulino requiriente³.

Existen personas con DM tipo2 que llegan a requerir insulina en algún momento de su vida y personas que pueden progresar lentamente o tener períodos largos de remisión sin necesitar insulina. Por ello, la OMS aconsejó eliminar los términos no insulino e insulino dependiente, al referirse a estos tipos de DM; al igual que el uso de números romanos (tipo I o tipo II) ya que tienden a confusión^{5,6}.

Otro aspecto que deseo referirme es a la nefropatía diabética: causa principal de insuficiencia renal crónica, de mortalidad cardiovascular y aproximadamente el 25% de los pacientes tratados en los Servicios de Hemodiálisis son diabéticos. Por ello, debemos encaminar nuestros esfuerzos en prevenir o evitar la progresión de esta complicación renal, logrando un diagnóstico precoz.

La presencia de microalbuminuria mayor o igual a 30 m/g en orina de 24 h, es un indicador de daño renal y un factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular en

personas con diabetes, aunque algunos estudios demuestran niveles inferiores al mencionado, que indican la presencia de disfunción endotelial. La mayoría de las personas que no tienen diabetes no se les detecta albúmina en la orina, pero ante la presencia de microalbuminuria ≥ 30 mg/ g de creatinina en una muestra aislada de orina, preferentemente en las primeras horas de la mañana, es señal de que existe un deterioro renal incipiente que se acompaña, además, de hiperfiltración glomerular en la etapa inicial de la enfermedad renal diabética y que clínicamente se conoce como: nefropatía diabética incipiente⁶.

Por último, aunque los autores se refieren a la conducta terapéutica general de la DM, sería recomendable una revisión amplia del tratamiento de esta enfermedad por la novedad del tema. Sólo me voy a referir, a esta parte del tratamiento, que puede resumirse en los siete pilares del tratamiento de la DM:

- Educación diabetológica: como pilar más importante, debido a que nuestros pacientes están bien informados sobre su enfermedad pero no están educados y por tanto, persiste el deterioro de su estado clínico y la aparición y progresión de las complicaciones.
- Tratamiento dietético y nutricional.
- Ejercicios de tipo aeróbicos: siempre que no haya contraindicaciones médicas. Se aconseja: caminar, trotar, montar bicicletas y nadar como el más completo.
- Tratamiento hipoglucemiante (oral e insulino terapia).
- Tratamiento enfermedades asociadas (HTA, dislipidemias, obesidad, etc).
- Tratamiento de las complicaciones micro y macroangiopáticas.
- Apoyo psicológico del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almaguer Herrera A, Miguel Soca PE, Reynaldo Sera C, Mariño Soler AL, Oliveros Guerra RC. Actualización sobre diabetes mellitus. CCM. 2012[citado 24 ene 2013]; 16(2).
2. OPS. Epidemiología de la Diabetes tipo 2. En: Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Washington: OPS; 2008.p.6-8.
3. OPS. Clasificación de la Diabetes Mellitus. En: Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Washington: OPS, 2008.p.9-11.
4. OPS. Definición y diagnóstico de la Diabetes Mellitus y otros problemas metabólicos asociados a la regulación alterada de la glucosa. En: Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Washington: OPS. 2008. p.12-15.
5. American Diabetes Association. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diab Care. 1998[citado 12 ene 2012]; 21: 5-19.
6. Sociedad Cubana de Endocrinología. VII Congreso Cubano de Endocrinología Oscar Mateo de Acosta In Memoriam. Afecciones endocrinas en niños y adolescentes, así como en adultos .Congreso; 2010 Abril 14 – 16. La Habana: Palacio de las convenciones.

Recibido: 18 de marzo de 2013
Aprobado: 8 de mayo de 2013

Dr. *Elio Edgar Lozano Álvarez*. Hospital Universitario Lucía Iñiguez Landín. Holguín. Cuba.
Correo electrónico: lozano@hcqho.hlg.sld.cu