

Pediatra endocrinóloga del HGUCR

## María José Ballester

Natural de Puertollano (octubre de 1972), María José Ballester está casada y tiene dos hijos. Licenciada en Medicina por la Universidad de Granada (1998), se formó en Endocrinología Pediátrica en el 12 de Octubre (Madrid). Trabaja en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) desde hace una década y actualmente tiene una consulta externa en Medico.

# «Cada vez se diagnostica más diabetes infantil asociada a la obesidad»

RAQUEL SANTAMARTA / CIUDAD REAL

Hoy se celebra el Día Mundial de la Diabetes Mellitus bajo el lema 'Protejamos nuestro futuro'. La pediatra endocrinóloga del Hospital General Universitario de Ciudad Real habla para *La Tribuna* de esta enfermedad crónica en la edad pediátrica, la segunda más frecuente en la infancia tras el asma.

**Los médicos consideran alarmante el aumento de la diabetes infantil, sobre todo, entre los niños menores de cinco años. ¿Realmente lo es?**

En los años 90 se crearon dos registros sobre diabetes tipo I en menores de 15 años: uno europeo (Eurodiab) y otro mundial (DiaMond). En ambos se observa que se está produciendo un incremento de la incidencia, es decir, del número de casos nuevos. El aumento medio anual es de un 3,9 por ciento y en los menores de cinco años de un 5,5 por ciento. En Castilla-La Mancha, hicimos un estudio epidemiológico, en el que se basa mi tesis, y encontramos resultados similares. Sobre todo, es llamativo el aumento en varones.

**La enfermedad puede pasar durante muchos años desapercibida. ¿Qué síntomas pueden indicar la presencia de diabetes en el niño?**

La diabetes tipo I no da la cara hasta que se destruye un número de células importante. Pero hay que estar atentos a síntomas que pasan por beber mucha agua, orinar demasiado, un gran apetito acompañado de una pérdida de peso y, en fases avanzadas, fatiga crónica.

**Cuatro de cada diez menores diabéticos sufren cetoacidosis. ¿Qué consecuencias tiene un diagnóstico tardío?**

Si los síntomas son de larga evolución se produce una descompensación y el organismo entra en un estado catabólico en el que se empiezan a quemar grasas. El niño suele tener vómitos y dolor abdominal, por lo que se puede confundir con una gastroenteritis. Es una situación grave que requiere ingre-



María José Ballester, en una de las habitaciones de la planta de pediatría del hospital de Ciudad Real. / RUEDA VILLAVERDE

so en UCI. Es cierto que cada vez llegan menos niños en esa situación.

**Se sospecha que determinados alimentos, la lactancia artificial en los primeros días de vida y algunos virus desencadenan una reacción que destruye las células del páncreas, encargadas de producir insulina.**

Hay una predisposición genética, pero también hay factores hormonales y ambientales que aún no están bien establecidos. Se habla de enfermedades víricas, de la protección que supone la lactancia materna y de influencia de la vitamina D. Nosotros estamos haciendo un estudio al respecto para determinar si los niveles infraóptimos están relacionados con una mayor resistencia a la insulina bien por su alimentación o baja exposición al sol.

**Muchos niños deben aprender a inyectarse la insulina y ha-**

**cerlo durante el horario escolar. ¿Se percibe poco apoyo del profesor en las consultas?**

Sí. Se intentó hacer un acuerdo entre los ministerios de Sanidad y Educación para que hubiera una colaboración por parte del profesorado. Con la Fundación de Castilla-La Mancha para la diabetes (Fucamdi) se trató de que se implicara voluntariamente, porque obligado no está claro.

**Sin un buen control la diabetes puede tener consecuencias muy graves. ¿Cada cuánto tiempo debería acudir a revisión un niño? ¿Por qué?**

Ahora mismo no se puede prevenir la diabetes tipo I, la II, relacionada con la obesidad, es otra cosa. La única manera de prevenir las complicaciones crónicas como las renales y las oculares es tener un control muy estricto de la enfermedad. Cada tres meses les vemos en consulta, pero si el niño es muy pequeño le

citamos cada mes.

**La dieta es el pilar fundamental del tratamiento de esta enfermedad. ¿Qué hábitos alimentarios pueden mejorar la calidad de vida de estos niños?**

La educación diabetológica es fundamental. Les enseñamos a comer por raciones de hidratos de carbono. Es fundamental que niños y padres se impliquen en una alimentación sana, con pocas grasas saturadas y con presencia de frutas y verduras. Se trata de evitar la obesidad, la hipercolesterolemia y la hipertensión, porque empeoran mucho el pronóstico.

**¿A cortas edades es mejor abordar la diabetes como una enfermedad o como una condición de vida?**

Cuando el niño ya comprende, le hacemos ver que no es diabético sino que tiene diabetes y que debe de aprender a vivir con ella. Es una enfermedad crónica,

pero intentamos adaptarnos a sus horarios, es decir, que si el niño hace deporte por la tarde pues le ajustamos el horario para que meriende antes y se ponga la insulina después. Se trata de que su ritmo de vida cambie lo menos posible.

**¿En 2012 cuántos casos de diabetes infantil se han diagnosticado en el hospital?**

Tenemos una media de 34 casos nuevos al año, porque este es el único hospital de la provincia donde se hace Endocrinología Infantil. Ciudad Real es la provincia de Castilla-La Mancha con mayor incidencia y de España junto con Canarias. Tenemos a unos 180 niños en seguimiento.

**¿Y de diabetes tipo II?**

Se habla más de que la diabetes tipo I y tipo II son las mismas enfermedad, pero en distinta fase de desarrollo. Cada vez se está diagnosticando más diabetes tipo II en niños, sobre todo en adolescentes y asociada a la obesidad. Ahora estamos viendo alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, estados de prediabetes en muchos menores a los que se prescriben anti-diabéticos orales. Vemos de siete a diez casos nuevos de obesidad infantil a la semana. En Estados Unidos ya tienen más niños con diabetes tipo II que tipo I.

**¿Es importante la atención psicológica en la diabetes infanto-juvenil?**

Altera mucho el ritmo de vida de los niños y en la adolescencia suelen pasar por una fase de rebeldía en la que no quieren comer de forma tan estricta o pincharse la insulina. En el Hospital General estamos intentando crear una consulta de atención a niños con patologías crónicas.

**¿Por dónde pasa el futuro más inmediato de la diabetes?**

Por la tecnología. Los medidores de glucosa son cada vez más completos, aportan más información y existen bombas para administrar la insulina de forma cómoda y precisa. Además, las insulinas son cada vez más fisiológicas, es decir, tratan de imitar la función del páncreas.