



Diabetes sin cuarte

La diabetes constituye, tanto por su frecuencia como por sus consecuencias, uno de los problemas de salud actualmente más importantes de la población en Canarias. Tan amplia es su relevancia que el Gobierno

regional ha decidido abordar la enfermedad de manera apartada, aun en contra de la opinión de algunos profesionales sanitarios. Así, la ha dejado aislada del resto de enfermedades cardiovasculares. **Páginas 2 a 4**

Un amargo récord de dulzura

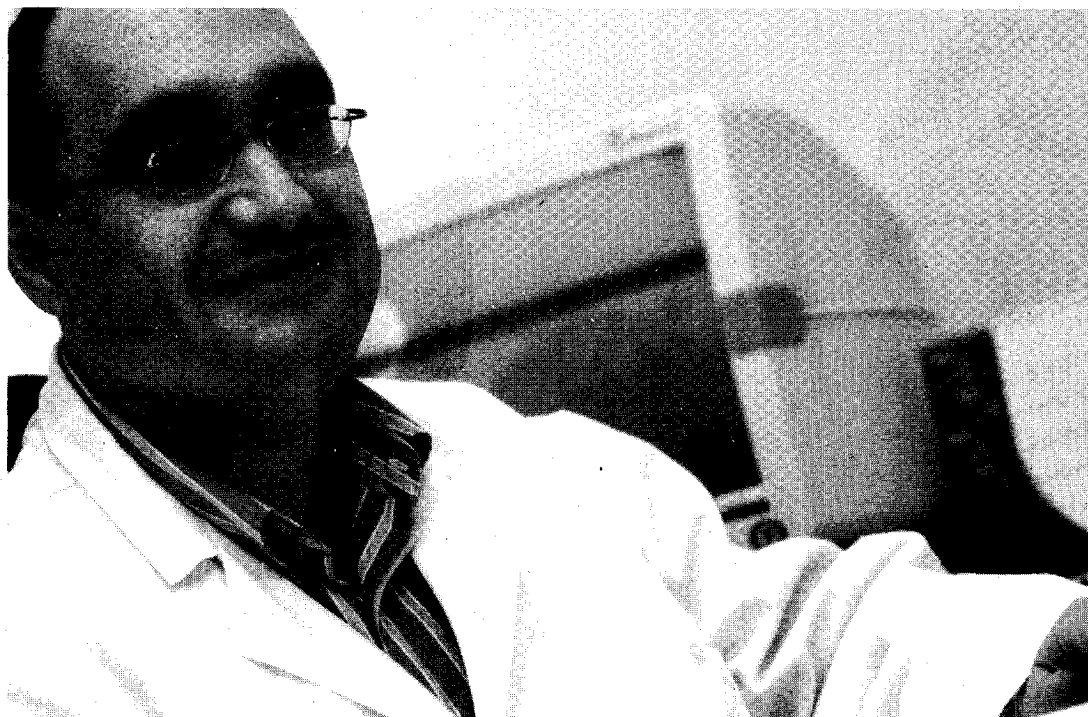
Canarias, pese a todos los esfuerzos, presenta unas cifras alarmantes de diabéticos entre la población infantil y juvenil

JESSICA WILHELA
SANTA CRUZ

La diabetes constituye, tanto por su frecuencia como por sus consecuencias, uno de los problemas de salud actualmente más importantes de la población en Canarias. Tan amplia es su relevancia -somos la población con el mayor índice de prevalencia de la enfermedad en España y una de las punteras en los casos infanto-juveniles entre los países miembros de la Unión Europea- que el Gobierno de las Islas ha decidido abordar la enfermedad de manera apartada, aun en contra de la opinión de algunos profesionales sanitarios. Así, la ha dejado aislada del resto de enfermedades cardiovasculares incluidas en el Plan de Salud de Canarias para la gestión 2004-2008, que se debatirá en las próximas semanas en el Parlamento.

Sin embargo, el problema no se limita al elevado índice de frecuencia con el que se desarrolla una enfermedad que en la isla de Tenerife afecta a un 9% de la población y que Gran Canaria presenta una incidencia de cuatro puntos más. La preocupación también radica en el acelerado ritmo con el que la diabetes ha crecido en escasos márgenes de tiempo. Así, basta con observar el gráfico con el que se analizan los índices de esta enfermedad en las Islas y que posee el Servicio Canario de Salud. De las estadísticas se desprende que cada año aparecen del orden de veintisiete diabéticos jóvenes en el Archipiélago -es decir, menores de 17 años- por cada cien mil habitantes, un número escalofriante si se tiene en cuenta que hace tan sólo unos años este índice no alcanzaba a los veintitrés.

De esta forma, y con todos estos datos como precedente, "el Gobierno ha resuelto situar a la diabetes en conjunto con la cardiopatía isquémica, el cáncer, las enfermedades mentales, los accidentes (englobando en este apartado los que son de origen automovilístico y laborales) y el envejecimiento, entre los principales focos de atención socio-sanitaria a resolver de modo preferente durante su gestión". Al menos así lo señala Pedro Serrano Aguilar, Jefe de Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Cana-



Alfonso López Alba, endocrinólogo del HUC, achaca las cifras al tratamiento inadecuado o descubrimiento tardío de la enfermedad. / FRAN PALLERO

MALA TENDENCIA

El problema no se limita al índice de frecuencia; la preocupación también radica en el acelerado ritmo con el que la diabetes crece en las Islas

rio de Salud, quién además comenta que "los primeros esfuerzos para tratar la enfermedad se centraron básicamente en la colocación de fondos para la investigación y por ello se realizaron la Encuesta de Salud de Canarias de 1997 y la Encuesta Nutricional de 1998, que sirvieron de base para la creación de una línea de investigación específica".

"De ahí", prosigue Serrano Aguilar, "se generó el actual modelo de

LA EDUCACIÓN ES TODO

Actualmente, las miradas están centradas en estrategias de educación pensadas en combatir los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo

gestión basado en el conocimiento de los factores de riesgo, que revelaron, por ejemplo, que Canarias es la comunidad autónoma española con el más alto porcentaje de población con sobrepeso y obesidad. Actualmente, las miradas están centradas en estrategias de educación pensadas en combatir los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo". Y para conseguir este objetivo, "se viene desarrollando de manera conjunta con la Consejería de Educa-

BARRANCO DEL PICO

Son muchas las voces, en relación a la diabetes, delatan la falta de comunicación entre dos sistemas, la atención primaria y la hospitalaria

ción un programa en el que, por ejemplo, se ha pasado a controlar el número de calorías del menú que se otorga a los chicos en las escuelas y se ha capacitado a algunos profesores para que éstos intenten concienciar a sus alumnos sobre la importancia de poseer buenos hábitos alimenticios y realizar ejercicio físico".

Aunque la diabetes infanto-juvenil no tiene correspondencia directa con la obesidad y el sedentaris-

mo -como si ocurre en la mayoría de los casos que afecta a los adultos, más conocida como diabetes tipo 2-, es importante desarrollar una buena conducta socio-sanitaria desde la infancia para intentar corregir los malos hábitos que más temprano que tarde pueden ocasionar la aparición de ésta u otras enfermedades cardiovasculares. Y en la perspectiva educacional de las Islas, "hay muchos aspectos por mejorar", asegura Serrano, quien reconoce además que, en esta materia, "los profesores aún no están recibiendo una formación de manera homogénea" y que "por el momento, no existen medidas que confirmen si quienes poseen estos conocimientos están efectivamente destinando un espacio de su tiempo y labor para darlos a conocer entre sus alumnos".

Para este responsable del Servicio Canario de Salud, la tarea de los profesores "resulta poco eficaz

¿Qué es la diabetes?

Judith López Fernández, médico especialista en endocrinología y nutrición del Hospital Universitario de Canarias (HUC), explica que la diabetes "más que una entidad única es un grupo de procesos con causas múltiples". "Por norma general", apunta, "el páncreas del ser humano segrega una hormona denominada insulina que facilita la entrada de la glucosa a las células de todos los tejidos del organismo como fuente de energía. Sin embargo, en un diabético hay un déficit en la cantidad de insulina que produce el páncreas o bien una alteración en los receptores que poseen las células, lo que finalmente se traduce en una dificultad para el paso de la glucosa. Así, aumenta su con-

centración en la sangre y ésta finalmente se excreta a través de la orina", añade.

De esta forma, en los diabéticos tipo 1 "hay disminución o una ausencia de la producción de insulina por el páncreas", y en cambio, en los del tipo 2 "la producción de insulina es normal o incluso alta, pero las células del organismo son resistentes a su acción, por lo que hacen falta concentraciones superiores para conseguir el mismo efecto". En estos casos, la obesidad puede ser uno de los factores de resistencia, "ya que en los obesos disminuye la sensibilidad de las células a la acción de la insulina".

La diabetes tipo 1 tiene muy mal pronóstico si no se prescribe el tratamiento ade-

cuado, ya que al fallar la fuente principal de energía, que es la glucosa, el organismo empieza a utilizar las reservas de grasa. "Esto produce un aumento de los llamados cuerpos cetónicos en la sangre, cuyo PH se torna ácido e interfiere con la respiración", apunta López. La muerte por coma diabético era la evolución habitual de la enfermedad antes del descubrimiento del tratamiento sustitutivo con insulina en los años veinte. Y aún en la actualidad, en las dos formas de diabetes, la presencia de elevados niveles de azúcar en la sangre durante muchos años es la responsable de lesiones en el riñón, alteraciones de la vista -producidas por la rup-

tura de pequeños vasos en el interior de los ojos-, alteraciones circulatorias en las extremidades -que pueden llegar a producir pérdida de sensibilidad y, en ocasiones, necrosis que precisan amputación- y alteraciones sensitivas por lesiones del sistema nervioso. "Los diabéticos tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades cardíacas y accidentes vasculares cerebrales. Además, las pacientes diabéticas embarazadas con un mal control de su enfermedad tienen mayor riesgo de abortos y anomalías congénitas en el feto", asegura Judith López. En definitiva, "la esperanza de vida de los diabéticos mal tratados es un tercio más corta que la población general", añade.

apunte

si luego estas medidas no se refuerzan desde el entorno social más directo, es decir, desde las familias”, razón por la cual desde la Consejería “se han dispuesto diversos cursos de educación alimenticia, dirigidos principalmente a las amas de casa, a través de Radio Ecca”. De esta forma se intenta concienciar a la población de que el consumo desmedido de alimentos como la bollería industrial o la comida rápida, por mencionar algunos de los más populares, sumados a una vida de escasa actividad física y altos índices de estrés, conforman un estado ideal para generar enfermedades tan complejas como la diabetes.

Atención primaria y hospitalaria. La descoordinación existente entre los servicios sanitarios prestados en la atención primaria y hospitalaria de Canarias ya no resulta ser un misterio. Hoy, son muchas las voces que delatan la falta de comunicación entre ambos sistemas y quienes ponen la voz de alerta a una situación que conlleva un elevado número de situaciones desfavorables. María Dolores Hijer Abello, enfermera del Centro de Salud Doctor Guigou, ubicado en la capital tinerfeña, comenta que en el caso concreto de la diabetes la falta de comunicación entre ambos sistemas sanitarios “muchas veces parece ser una situación insalvable o, al menos, engorrosa, pues en muchos casos es la responsable de que se cometan importantes faltas en los tratamientos”.

“La detección de la enfermedad, el cuidado cotidiano de los pacientes, la enseñanza sanitaria y el seguimiento de diversos protocolos de

actuación en cada uno de ellos es una realidad que la mayoría de los profesionales de atención hospitalaria desconocen y, por lo tanto, no la tienen en cuenta”, alega Hijer, quien concluye que quizás ello se deba “a la presión con la que trabajan y al ir siempre actuando sobre la marcha”. Lo cierto es que, de un modo u otro, el control de esta situación no se encuentra en manos de Hijer. Sin embargo, si lo está el cuidado de quienes cada día acuden hasta profesionales como ella para medir sus niveles de azúcar, el índice de su masa corporal o los peligrosos kilos de más. Por eso, ella prefiere centrarse en su trabajo y reconocer que “si la diabetes se mantiene cuidada no tiene porque traer consigo complicaciones” y recomienda a los enfermos “ser responsables al asumir la nueva realidad que implica ser enfermos de diabetes”. Así, anima a quienes tengan antecedentes familiares y a la población en general acercarse hasta el centro de salud que les corresponda para solicitar una prueba de azúcar. “Con solo un par de minutos podemos evitar que la enfermedad se desarrolle de manera silenciosa, pues debemos recordar que la diabetes no duele y cuando lo hace ya resulta demasiado tarde para evitar sus consecuencias”, explica.

Alfonso López Alba, médico endocrinólogo del Hospital Universitario de Canarias (HUC), reconoce la distancia entre ambos sistemas sanitarios y revela un nuevo dato: “Canarias lidera el índice de personas en diálisis por diabetes con un porcentaje que varía entre el trescientos y el quinientos por ciento más que en el resto del territorio



Judith López, especialista en Endocrinología y Nutrición del HUC. / F. P.

nacional”. Y achaca esta cifra al hecho de seguir un tratamiento inadecuado o descubrir tardamente la enfermedad. Y es justamente aquí donde se produce el desencuentro con el sistema de atención primaria, ya que estima que “los pacientes diabéticos que llegan a precisar

hospitalización son aquellos que se han diagnosticado tarde o los que no han recibido una atención todo lo óptima que debió ser”. De hecho, calcula que “el sistema sanitario en primaria permite que el paciente tenga una media de atención de menos de seis minutos”, e indica

que resulta obvio que en ese espacio de tiempo resulte “materialmente imposible educar a una persona todo lo bien que se precisa en materia de nutrición, ejercicios, pastillas, dosis de insulina, etcétera”. “No es cuestión de culparnos unos a otros”, afirma López, “sino que hay que hacer un análisis de la realidad con la que se trata a los pacientes de diabetes en la atención primaria, y dónde no resulte posible atenderlos adecuadamente lo mejor sería enviarlos de inmediato al especialista que esta preparado y motivado para hacerlo”. Y de cara al futuro plantea la necesidad de efectuar “inversiones importantes para que estas complicaciones no sigan ocurriendo”.

López recuerda que “cada una de las personas que están en diálisis cuesta cerca de 72.000 euros al año, es decir unos doce millones de pesetas”. Y eso, sin contar el valor del desgaste y sufrimiento humano, que no tienen precio. Y al analizar los trasplantes, apunta que “aunque individualmente para la persona que está en diálisis por una insuficiencia renal son la mejor solución que se puede aportar”, no responden a un estado óptimo “ya que el estado ideal no sería tener uno de los índices más altos de trasplantes en el país, sino que no tuviésemos a nadie con diabetes que precisara un trasplante, ya que ello sería uno de los mejores indicadores de un trabajo bien logrado, tanto por parte de las políticas gubernamentales como por los diferentes escalones que componen la sanidad pública del Archipiélago”.

Convivir con la diabetes

Jose Carlos Alberto descubrió hac

quince años, y como en la mayoría de los casos por sorpresa, que padecía diabetes tras una inolvidable tarde de cine. "Durante la hora y media que duró la película me levanté más de cinco veces a orinar y me bebí una botella de agua de litro y medio", recuerda. Así, un tanto asustado, al llegar a casa decidió comentar lo sucedido con sus padres, a lo que su madre respondió con extrema seguridad: "Eso es que la naturaleza es muy sabia, hijo mío", al tiempo que su padre, médico de profesión, añadió certero: "Te espero mañana a las ocho en punto en el hospital, eso tiene toda la pinta de ser una diabetes". Y así fue. Un análisis de glucemia reveló esa misma mañana que los índices de azúcar en la sangre de Alberto no estaban nada bien y marcaban "unos doscientos cuarenta y pico", asegura el ahora periodista radiofónico.

De este modo, frente a una realidad desconocida que cambiaría para siempre algunos de sus hábitos de vida, Alberto reconoce la importancia que tuvo la orientación médica que recibió tras conocer su estado: "Yo no tenía referencias cercanas de lo que era la diabetes y lo único que sabía era que en algunos casos resultaba preciso pincharse dosis de insulina, ya que era lo más llamativo de la enfermedad". Y recuerda con cariño la curiosa comparación que le explicó las consecuencias de su dolencia: "El azúcar en la sangre es lo mismo que el cloro en las cañerías, es decir, si no te preocupas, se las va comiendo con el tiempo". Una cruel realidad que recuerda una vez más que la diabetes es una enfermedad crónica a la que hay que mantener permanentemente mimada y donde lo que menos importa es lo que resulta más visible, el pincharse.

Una teoría que confirma la experiencia de Alberto, aunque reconoce que en un principio no fue así. "La primera vez que tuve que pincharme lo hice escondido en un cuarto de baño", y recuerda que estuvo el resto del día "llorando a moco tendido". Pero a la mañana siguiente volvió a hacer lo mismo hasta que terminó por convencerse de que se trataba de un procedimiento que resultaba lo más normal del mundo. De esta forma, y tras inyectarse insulina dos veces al día durante quince años y medir su nivel de azúcar en reiteradas ocasiones, asunto que en definitiva le ha costado, según el mismo calcula, "más de 35.000 pinchazos", Alberto ha aceptado que la diabetes "puede ser una buena amiga o una muy mala enemiga".

Es una idea que comparte Salvador León Hernández, quien actualmente controla la diabetes a través de diálisis: "Me dijeron que tenía el azúcar alto hace más de quince años. Sin embargo, hice oídos sordos a esa indicación y continúe con mi vida tal cual", situación que sólo pudo mantener durante algunos pocos años, "ya que un día", según el mismo relata, "me quedé ciego en medio de la autopista". Era una muestra más que evidente de que la enfermedad en el cuerpo de León ya estaba más que avanzada. Así, de un momento a otro, la vida de diabético mal cuidado puede cambiar en asunto de minutos, por ello la importancia de educar, concienciar y controlar la enfermedad.

León, por ejemplo, reconoce que a pesar de tener antecedentes familiares, incluso de hermanos



El periodista tinerfeño José Carlos Alberto, diabético desde la infancia: "La diabetes puede ser una buena amiga o una muy mala enemiga". / F. P.



María Dolores Hijer, enfermera del Centro de Salud Doctor Guigou. / F. P.

FALLOS DEL SISTEMA

"La detección de la enfermedad, el cuidado cotidiano de los pacientes, la enseñanza sanitaria y el seguimiento de diversos protocolos de actuación es una realidad que la mayoría de los profesionales de atención hospitalaria desconoce", afirma María Dolores Hijer, del Doctor Guigou

amputados de alguna extremidad, "veía a la diabetes como algo ajeno", por lo que no fue consciente de su mal "hasta que dolió". De este modo, incluso hoy, que debe someterse tres veces por semana a diálisis en sesiones de cuatro horas de duración a las que se enfrenta "como un león", continúa deleitándose con lo que le pide el cuerpo aun en contra de lo que recomiendan sus médicos: "Si sólo te alimentas de verduras el cuerpo se enfada", apunta, "y de vez en cuando hay que comer algún dulce, tomar una copa de vino y disfrutar de la buena mesa". Reflejo absoluto de la realidad que existe en Canarias y que posteriormente se revela en cifras abismales de diabéticos en diálisis.

Fernando López Ayensa, gerente de la asociación de Enfermos Renales de Tenerife (ERTE), que trabaja con cerca de 1.200 pacientes diabéticos en proceso de diálisis en el Archipiélago, quinientos de ellos en Tenerife, se muestra preocupado "por el continuo aumento de personas que se complican con la enfermedad y llegan al tratamiento paliativo final". "Si, porque una vez que llegas a diálisis sólo queda la posibilidad del trasplante y eso no en todos los casos resulta posible", asegura. "Un cambio en las políticas gubernamentales para enfrentar esta situación sería", a su modo de ver, "lo más sensato y adecuado".

Su experiencia en la asociación y la propia vivencia de la enfermedad le han otorgado una visión crítica y fundamentada donde lo más importante es, sin duda alguna, la educación: "El gasto en diálisis en nuestra comunidad autónoma es elevadísimo y hay que tener presente que mientras más crece, mayor es el número de personas que ingresan al sistema hospitalario y así sucesivamente. Por tanto, lo correcto sería destinar fondos importantes a quienes aún pueden evitar llegar a esa cruda realidad, crear campañas publicitarias, acercarse a la calle, a la gente, educar aunque sea por cansancio, pero educar y no esperar que las cifras sigan aumentando y recordárnoslo el día 14 de noviembre, día de la diabetes".

Hoy todos podemos tener un elevado índice de azúcar en la sangre y desconocerlo, o quizás peor, ser conscientes de ello y no actuar de un modo responsable. Las administraciones públicas, si bien deben velar por el bienestar de sus ciudadanos, no pueden cargar con la tarea que implica cambiar de hábitos. Eso es una cuestión personal y vale recalcar la importancia de una adecuada alimentación, la práctica regular de algún tipo de ejercicio y, en condiciones normales, la consulta anual de los niveles de glucosa. Hay que recordar que el azúcar no duele pero puede costar la vida.

apunte

El impacto económico

Los costes socioeconómicos totales para los pacientes diabéticos de las Islas en el 2002, según datos desprendidos del Plan de Salud de Canarias 2004-2008, ascendieron a 95,76 millones de euros, el equivalente a 1.865 euros por paciente diabético conocido. De estos, los costes directos se elevaron a 74,86 millones, representando la partida más importante con un 78% del coste total, lo que supone cerca del 5% del gasto sanitario público en Canarias. Estos costes representan tanto los gastos de hospitalización, con 11,43 millones de euros; la asistencia ambulatoria, con 28,28 millones de euros y el coste farmacéutico, con 35,15 millones de euros. Por otra parte, los costes indirectos, que se elevaron a 20,90 millones de euros representando el 22% del coste total. Al separar los costes indirectos en los tres subgrupos que lo integran: pérdida de productividad por mortalidad anticipada, por absentismo laboral y por incapacidad permanente, se observa que el segundo es el que ocasiona un coste mayor con 9,39 millones de euros, mientras que la mortalidad anticipada y la incapacidad permanente ocasionan un coste de 6,50 y 5,01 millones de euros respectivamente. Y por último, en cuanto al gasto farmacéutico, sólo en insulinas y antidiabéticos orales en 2002 se gastó cerca de 10,38 millones de euros, lo que representa el 4,4% del total del gasto farmacéutico adquirido con recetas del Servicio Canario de Salud para ese año.