

18 de octubre de 2005

Sonia Moreno Londres

## **El caso del olímpico Redgrave confirma que una terapia adecuada permite seguir la vida anterior al diagnóstico**

**El británico Steve Redgrave ha pasado a la historia del deporte como el único remero capaz de subir a lo más alto del podio en cinco olimpiadas seguidas.**

Redgrave es también una rara avis desde el punto de vista médico: en 1996, tras un nuevo triunfo en Atlanta, el atleta fue diagnosticado con **diabetes tipo 2**, lo que lejos de poner punto final a su ya brillante carrera le sirvió de acicate para escribir un nuevo capítulo de superación personal. Pero esta historia no se escribe sin la aportación de Ian Gallen, su diabetólogo, al que Redgrave considera responsable de su último oro, logrado en los juegos de Sidney de 2000.

Si Redgrave es un modelo para el deportista diabético y para quienes sufren una enfermedad crónica, Gallen personifica el triunfo del tratamiento individualizado y multidisciplinar. Ambos han hablado para Diario Médico sobre cómo trabajaron juntos para lograrlo.

Gallen ha recordado el duro golpe que supuso para Steve Redgrave el diagnóstico de diabetes tipo 2 a los 35 años: "Su respuesta inmediata fue que debía dejar el deporte, pero le propusimos un plan terapéutico que le permitiese participar en los Juegos Olímpicos".

El remo es uno de los deportes más extenuantes que hay. "Un día normal de entrenamiento consiste en correr 12 kilómetros, remar unos 90 minutos, seguido de una sesión de pesas y de más remo en el ergómetro del gimnasio", explica Redgrave.

Entre los obstáculos a los que se enfrentaba Gallen para tratar al atleta se encontraban estos prolongados períodos de entrenamiento, que causaban fluctuaciones en la utilización de glucosa del organismo, y el que su dieta anterior al diagnóstico fuera de 7.000 calorías diarias en comidas con elevado índice glicémico.

"Estaba claro que el modelo tradicional de tratamiento diabético no nos iba a servir en este caso. El reto era también duro porque entonces no había ningún precedente", asegura el especialista, que ahora se dedica al tratamiento de los deportistas diabéticos.

Descartada la bomba de infusión de insulina subcutánea, "porque no había experiencia suficiente con este dispositivo en el deporte y, además, Steve lo consideraba incómodo", el plan se basó en un análogo de insulina de acción rápida (lispro), entre 2 y 16 unidades con cada comida, y pequeñas cantidades de insulina ultralenta por la noche. El paciente tenía que supervisar su nivel de glucosa en sangre más de diez veces diarias.

El régimen terapéutico funcionó bien hasta que Redgrave se dio cuenta de que perdía potencia después de alcanzar el pico de máximo esfuerzo en los entrenamientos.

"Vimos que el control de la glucosa en sangre era el adecuado, así que remitimos el caso al Laboratorio del Metabolismo del Músculo del Centro Médico Queen, en Nottingham, que comprobó que el metabolismo muscular de Steve durante el ejercicio no se estaba alterando por la diabetes, sino por su incapacidad muscular para almacenar glucógeno", explica Gallen. Con esta información ajustaron las comidas y la insulina: por cada 120 gramos de glucosa se recurrió a dosis adicionales de insulina lispro en los períodos de descanso tras el ejercicio para maximizar la cantidad de glucógeno liberado.