

LA VOZ DEL COLEGIO MÉDICO | DIABETES INFANTIL

# El pinchazo más dulce

La diabetes infantil es compatible con una vida normalizada. Hay que educar al niño en la autonomía y la responsabilidad, superar la angustia familiar y cuidar el entorno escolar

**MONTSE CARNEIRO**

Niños que beben y orinan mucho, y adelgazan sin razón aparente. Con esto es suficiente: hay que ir al médico. Una diabetes tipo 1 puede haberse desencadenado en el organismo del niño y cuanto antes se inter venga menor riesgo habrá de que la temida cetoacidosis (responsable de la mayor parte de los comas diabéticos) cause daños mayores. «El problema de esta enfermedad es que no podemos prevenirla, se presenta de forma brusca y en cuestión de días el niño se pone fatal. Pero hoy los comas se han reducido al mínimo», explica el especialista Fernando Malo.

El origen de la enfermedad se desconoce y su incidencia va en aumento. En el área sanitaria de A Coruña, donde hasta hace poco se diagnosticaban 8 o 9 casos al año, la estadística ronda ahora los 12-14, y en términos globales se estima que afecta a 11,3 personas por cada 100.000 habitantes entre 0 y 15 años, y a 10 personas, entre 15 y 29.

Todas ellas han perdido la capacidad para producir la insulina que se encarga de transportar la glucosa de la sangre a las células, donde se almacenará hasta que el organismo necesite energía. Y por el momento, la única manera de subsanarlo es inyectando insulina: la hormona mantendrá la glucosa a raya, pero el equilibrio será siempre frágil: comer, echar una carrera, cualquier actividad cotidiana modificará los niveles de azúcar, con el consiguiente riesgo de hipoglucemia, el gran temor. Cuando esta se produzca, la reacción debe ser inmediata («no vale pensar que dentro de poco estaremos en casa: hay que actuar ya», advierte Malo), pero solo bastará con que el niño tome un dulce, un refresco, cualquier producto que le aporte azúcar de absorción rápida, para recuperarse.

Superado ese miedo, porque ahí reside el principal obstáculo para la normalización de la vida, el resto es disciplina y educación para conseguir el reto de una infancia normal: niños autónomos y competentes para medir de forma rutinaria sus niveles de glucosa, pincharse sus dosis de insulina y ser conscientes de las consecuencias, y los remedios, de cualquier desliz. «No, no hay alimentos prohibidos, hay que controlar las grasas, los azúcares, la sal, pero no mucho más de lo que se recomienda para cualquier otra persona». Eso sí, el ejercicio es obligado y diario. «Si muchos adultos a los que les diagnostican diabetes viesen cómo lo llevan los niños quedarían asombradas. Son un ejemplo», concluye Malo.

**ENTREVISTA | FERNANDO MALO, MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN NARÓN**



JOSÉ PARDO

Fernando Malo es médico de atención primaria en el centro de salud de Narón (en la foto) y durante años dirigió campamentos para niños diabéticos

## «LOS PROFESORES NECESITAN FORMACIÓN SANITARIA Y NOSOTROS, PEDAGÓGICA»

■ Fernando Malo conoce bien la deriva clínica de la diabetes infantil. Es médico de atención primaria en Narón y ha dedicado años al estudio de esta enfermedad, hoy incurable. Pero por encima de los aspectos técnicos, el experto subraya su dimensión social. Lo hace desde su experiencia pasada como director de los campamentos para niños diabéticos promovidos por el Servicio de Endocrinología del Complejo Hospitalario Universitario da Coruña.

—¿Cómo se enfrenta la noticia?  
—En varias fases. En la primera viven todos asustados, padres, familia y, en consecuencia, también el niño. Después llega el momento del «¿por qué a mí?» o «¿qué he hecho mal para que le haya pasado esto a mi hijo?». La resignación, el rechazo o la aceptación aparecen más adelante, y en muchos casos se repiten a lo largo de la vida. Es frecuente, de hecho, que en la pubertad vuelva el rechazo. Si la adolescencia es difícil para cualquier niño, para un diabético lo es mucho más. Pero en general son niños que maduran antes.

—¿Cuáles son las prioridades en ese período de adaptación?

—En primer lugar hay que norma-

lizar el entorno íntimo. La diabetes la vive la familia entera y es frecuente que aparezcan problemas en la pareja, porque a uno la situación lo desborda más o menos que a otro, pueden aparecer problemas entre hermanos, por celos, porque el niño puede explotar a la familia a cuenta de su enfermedad; aparece la sobreprotección. La vida familiar debe normalizarse cuanto antes. El crío se sentirá seguro y tranquilo en la medida en que el entorno también lo esté.

—¿Y la escuela?

—Hace falta más implicación de los maestros. Muchos tienen miedo a las situaciones que se puedan generar con un niño diabético, porque no tienen preparación suficiente. Hay que avanzar en esta dirección. Los profesores necesitan formación sanitaria, y nosotros, los profesionales sanitarios, formación pedagógica, didáctica. Necesitamos poder ponernos uno en el lugar del otro.

—¿Se oculta la enfermedad?

—Cada vez menos, pero todavía quedan atavismos. Insistimos mucho en que el entorno del niño debe estar al tanto de su diabetes y que no se oculte, porque no hay motivos para hacerlo. No vale

«La prioridad es normalizar la vida familiar. El niño se sentirá seguro si los demás también lo están»

«Los trabajos con células madre, aun con sus problemas técnicos y legales, pueden dar resultados»

«Insistimos en que no se oculte la enfermedad: el entorno tiene que saberlo, no hay razón para que no sea así»

que solo lo sepa un profesor. El objetivo es que los chavales sean autónomos y que se autocontrolen. —¿Qué perspectivas tienen sobre el tratamiento de la enfermedad?

—Se están llevando a cabo investigaciones con células madre que pueden aportar soluciones. Tienen los problemas legales y técnicos ya conocidos, pero en el futuro podrían dar resultados. Y también las terapias genéticas y regeneradoras.

—El pinchazo de insulina tiene recorrido, parece.

—Sí, se está probando con bombas de insulina que se colocan en el vientre, con una petaca y una aguja que va dosificando la insulina, como un gotero, y algunas ya incorporan un medidor de glucosa. Pero solo se autorizan en niños muy bien preparados, entrenados y que cumplan unas características clínicas determinadas: además de ser caras (superan los 6.000 euros por unidad), las bombas requieren una persona o un servicio de referencia disponible las 24 horas del día. Es un método alternativo que puede mejorar el cumplimiento, pero sigue siendo insulina.