



Diabetes y deporte (I)

LA DIABETES controlada no supone limitaciones físicas para el deportista. Hay casos conocidos de deportistas diabéticos, como Adam Morrison (jugador de la NBA), Arthur Ashe (tenista), Gary Hall (nadador), Moha (futbolista) o Diego Armando Maradona. Lo fundamental es que el deportista conozca bien su diabetes y realice un adecuado control de la misma.

En el caso de deportistas muy jóvenes la práctica del deporte y el control de esta patología requiere una colaboración estricta entre médico, padres, deportista y entrenador con el fin de prevenir alteraciones secundarias derivadas de un mal control o tratamiento.

La diabetes se caracteriza por presentar unos niveles elevados de azúcar en sangre. Éstos se con-

MEDICINA Y DEPORTE

MIGUEL DARRIBA
GONZÁLEZ



trolan a través de una hormona segregada por el páncreas por mediación de sus células beta, la insulina. Cuando estas células no la producen aumenta la cantidad de glucosa en sangre.

Tipos de diabetes:

Tipo 1 (diabetes insulino-dependiente). Es típica de personas jóvenes. Se produce por la destrucción autoinmune de las células del páncreas. También se sufre en otras edades y, de modo preferente, en personas con peso normal o por debajo de lo normal.

Tipo 2 (no insulino depen-

diente). Aparece tardíamente, en personas mayores de 40 años, aunque también puede aparecer a cualquier edad. El problema deriva de una resistencia a la acción de la insulina (los tejidos dejan de responder a la misma y se produce hiperglucemia o aumento de los niveles de glucosa en sangre). La consecuencia de este proceso es que las células beta del páncreas segregan mayor cantidad de insulina que sigue sin poder cumplir su misión y esto termina en un fallo de dichas células, las cuales se vuelven deficientes e incluso disminuye su número.

Tipo 3. Es muy rara. En este caso, el páncreas es afectado por una enfermedad (pancreatitis, enfermedades de origen genético ó por un proceso alérgico...) y como consecuencia no genera o su producción de insulina se ve reducida notablemente.

Para un diabético el deporte tiene una serie de efectos posi-

vos. En primer lugar, mejora la sensibilidad del organismo a la insulina, aunque se corre el riesgo de aparición de hipoglucemias durante el ejercicio, después del mismo y varias horas después (el efecto del ejercicio se puede notar durante las 18 horas siguientes).

También mejora el perfil lipídico, con lo que bajan los triglicéridos y el LDL colesterol; mejora la hipertensión media y moderada, y la actividad cardiovascular, la flexibilidad, la fuerza, resistencia, la autoestima y el control sobre uno mismo.

¿Qué ocurre durante el ejercicio?

En un no diabético el deporte hace que disminuya la cantidad de insulina fabricada por el cuerpo y aumenta el glucagón durante el ejercicio, lo que permite la liberación hepática de glucosa. Con esto se consiguen unos niveles de glucemia estables durante el ejercicio.

En un diabético insulino-dependiente no se produce disminución de la insulina, lo que acarrea una disminución hepática de glucosa y el aumento de la utilización periférica de la misma, con el consiguiente riesgo de hipoglucemia. El deportista tiene que adaptar la cantidad de insulina inyectada en relación al esfuerzo que va a realizar. Cuando el esfuerzo no es importante ni prolongado debe de mantener las dosis habituales. En cambio, si el esfuerzo va a ser intenso o prolongado debe disminuir la cantidad de insulina inyectada, es decir reajustar la dosis.

A modo orientativo, y siempre bajo la supervisión de nuestro médico deportivo y del endocrino, cuando se va a hacer un ejercicio ligero: disminuir 5%. Ejercicio medio: disminuir 10%. Ejercicio medio-intenso (30-60 minutos): disminuir 20%. Ejercicio intenso (más de 60 minutos): disminuir 30%.