

Reflexiones de un médico con diabetes

Francisco Javier Ortega Ríos

Médico de familia. Centro de Salud Campos-Lampreana. Villarrín de Campos (Zamora)

Cuando con 10 años tienes el primer contacto con la diabetes mellitus (DM) viendo a tu madre pincharse insulina y morfina (por un cáncer de páncreas), no puedes entender la magnitud y el impacto vital que la DM puede suponer, pero sí determinó en mi persona a esa edad tan temprana la decisión de estudiar Medicina.

Cuando uno ve a su padre morir de una isquemia arterial aguda y gangrena diabética (tras años de demencia multiinfarto, ceguera por retinopatía proliferativa grave y dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria), «entra de lleno» en la trascendencia y catastrofismo de las complicaciones que la DM puede ocasionar.

Cuando la herencia que recibimos los cuatro hermanos es una DM, a lo que uno aspira es intentar el mejor control posible para que las complicaciones no aparezcan o, si lo hacen, sean de carácter leve y permitan llevar una vida normal.

Si todo lo anterior ya era suficiente para tener un interés especial por la enfermedad, fue el comienzo de una DM tipo 1 en mi hija de 8 años (el diagnóstico más amargo que he tenido que realizar en mi vida profesional) lo que hizo, tras el grave impacto inicial, que dedicara el mayor tiempo de estudio a esta «dulce patología» y encauzara mis torpes habilidades profesionales a intentar mejorar la vida de mis pacientes con DM y, cómo no, mi propia vida y la de mis familiares afectos.

Esta decisión de ampliar conocimientos hizo posible el contacto con el maravilloso grupo que forma la **Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS)**, lo que me permitió no solo ampliar enormemente mis conocimientos sobre la enfermedad, sino también conocer dentro de esta gran familia a personas que dedican su escaso tiempo libre al mismo propósito, sin tener ningún interés particular en ello. Estos encuentros cambiaron radicalmente mi forma de ver y abordar la enfermedad. Gracias, en nombre de las personas con DM, por vuestro desinteresado esfuerzo y dedicación.

El **abordaje familiar de la DM** es muy complicado, porque supone un acontecimiento vital estresante y produce frustración, depresión, ansiedad y miedo entre los componentes de la familia («DM tipo 3»), ya que trae consigo una situación nueva e inesperada: la DM tipo 1 en un niño pequeño es una catástrofe, la DM gestacional implica preocupación por el resultado del embarazo y el futuro de la madre, la DM tipo 2 aparece muchas veces cuando uno se jubila y desea una vida tranquila, el embarazo en la paciente con DM es una situación de gran riesgo, etc. La función esencial de la familia debe ser prestar apoyo.

En mi caso, el diagnóstico lo realicé yo mismo a los 30 años, tras períodos previos de prediabetes (glucemia basal alterada), comenzando con sintomatología cardinal: las consabidas 4 P (polifagia, polidipsia, poliuria y pérdida de peso) junto con cansancio habitual. Hubo dudas en ponerle apellido a la DM: ¿tipo 1, tipo 2, MODY (*maturity onset diabetes of the young*)?

Es en este momento cuando aparecen los fantasmas o factores de confusión que denominamos «**tópicos-típicos de la DM**», que todos hemos oído y que circulan en las conversaciones de nuestros vecinos: «Yo no soy diabético, solo tengo un poco de azúcar», «Me ha venido por tomar muchos dulces», «La insulina es muy mala», «La diabetes tipo 2 no es grave», «Te cortarán un pie» «Te quedarás ciego» y muchos otros. Como dijo Elliott Joslin: «Hablando de diabetes todo puede ocurrir, pero nada es seguro que suceda».

Sea cual fuere el tipo de DM, ¿qué más da? Supuso un cambio radical en mi vida, por desconocimiento de esta y por el esfuerzo que debía realizar para cambiar mi **estilo de vida**, fundamentalmente en la alimentación y el ejercicio. Por supuesto, mi endocrino de referencia indicó **tratamiento farmacológico** con sulfonilureas (que era la primera elección al uso en aquellos tiempos). A ello añadí realizar **autocontrol** de manera periódica, que en mi opinión consistía, al menos, en efectuar autoanálisis de glucemia (perfiles glucémicos), controlar el peso, medir la presión arterial e inspeccionar los pies.

Indudablemente, surgieron preguntas en mi cabeza: «¿Por qué me ha tocado a mí?» (fui el primero de los hermanos en comenzar), «¿Tendré las mismas complicaciones que mi padre?», «¿La heredará mi hija?». No hubo ni un momento de depresión ni de frustración. La decisión fue **pasar rápidamente a la acción**: información, asistencia a cursos y congresos, revisión de artículos científicos, colaboración con asociaciones, asistencia a campamentos de verano para niños con DM como médico responsable, etc. Ello hizo que, con mucho esfuerzo y dedicación, me convirtiera para mis compañeros en una referencia local en la materia (Zamora es muy pequeña y nos conocemos todos) y apoyara de manera práctica sus dudas respecto a la enfermedad. Y uno se compromete y, sin pretenderlo, se ve envuelto en esta madeja que representa la DM y el gran volumen de información que genera a diario. Mucho tiempo libre empleado, muchas horas frente al ordenador, muchos viajes en los huesos, muchos fines de semana ocupados en perjuicio de la vida familiar, etc.

Pero todo ese esfuerzo supone también un cúmulo de satisfacciones que han hecho que mi sentimiento actual sea de haber seguido el camino correcto, de estar satisfecho con lo realizado y conseguido. El buen control de la enfermedad en mis pacientes, familia, amigos y conocidos es el mejor premio. La sonrisa de los padres de los niños, el apretón de manos del anciano, el agradecimiento de los jóvenes y el reconocimiento de los compañeros hacen que sigamos en la acción y nos dan fuerzas para continuar, mientras el cuerpo aguante.

Tras casi 30 años de experiencia personal con la enfermedad, y tras pasar por variados tratamientos hasta llegar a la insulino-terapia intensiva, con buen control metabólico en todo momento, puedo afirmar que nuestro objetivo como médicos de familia debe abarcar enseñar a nuestros pacientes a «**vivir con su DM**» (educar = saber ser) y nunca «vivir para la DM». Debemos tutelarlos desde el punto de vista profesional para que fomenten el ejercicio (aérobico y de resistencia muscular) y debemos enseñarles a comer de manera sencilla (dieta mediterránea, dieta hipoglucídica, dieta hipocalórica, identificación de los carbohidratos lentos y rápidos, etc.), introduciendo estos hábitos de manera efectiva en su quehacer cotidiano. No es tan complicado si lo explicamos bien y si permitimos, de vez en cuando, ciertas transgresiones que satisfagan a los enfermos y que llevarán, posteriormente, a una mejor adherencia a la dieta.

En muchas ocasiones, cometemos **errores al llevar a cabo la educación diabetológica**:

- No efectuarla dirigida al paciente y su familia.
- Pensar que educar es igual que informar.
- Relación sentimental (inadecuada) entre educador y paciente con DM.

- Motivar desde el miedo.
- La permisividad a ultranza.

Isuf Kalo (Organización Mundial de la Salud) ya lo señaló: «La carencia de educación diabetológica es tan grave como la falta de insulina».

Para los que hemos sufrido (y tratado en pacientes) **hipoglucemias**, el tratamiento farmacológico dirigido al buen control metabólico sin que las provoque debe ser prioritario en nuestro buen quehacer cotidiano. Representan algo habitual en la vida del paciente con DM y, creo, no interrogamos sobre ellas y no les damos la importancia que merecen, pues alteran en gran medida la calidad de la vida y la ponen en graves riesgos. Afortunadamente, tenemos muchos grupos terapéuticos en la actualidad que pueden ayudarnos con satisfacción en este cometido.

Una vez oí a un psicólogo con DM (lo siento, no recuerdo su nombre) dar unas normas de ayuda para los pacientes, que, creo, todos (médicos y pacientes) deberíamos seguir. Lo llamaba «**receta para no fracasar en el intento**»:

- Lo que dependa de nosotros, hacerlo correctamente.
- Seguir aprendiendo, para no cometer errores por ignorancia.
- Aceptar que, por muy bien que hagamos todo, siempre habrá imponderables.

Los médicos de familia con responsabilidad en la DM debemos ser (junto con las enfermeras, educadoras en DM y endocrinólogos) la pieza fundamental del Sistema Nacional de Salud en el tratamiento de la enfermedad para conseguir el beneficio de los millones de personas que están afectadas en nuestro país. La **Fundación redGDPS** ha marcado desde hace muchos años las líneas que se han de seguir, y por esta labor, sin duda alguna, en nuestro país se han mejorado muchos de los indicadores sanitarios que evalúan la DM. Si mis modestas colaboraciones y participación activa han contribuido a ello, seguiré orgulloso de formar parte de este grupo que, ante todo, es una gran familia de amigos. Muchas gracias por dejarme pertenecer a él y acogerme desde siempre con tanto cariño.

«La vida es una aventura incierta en un paisaje difuso, de límites en continuo movimiento, donde las fronteras son artificiales; donde todo puede acabar y empezar de nuevo a cada instante, o terminar de golpe, como un hachazo inesperado, para siempre jamás. Donde la única realidad absoluta, compacta, indiscutible y definitiva, es la muerte. Donde solo somos un pequeño relámpago entre dos noches eternas y donde, princesa, tenemos muy poco tiempo».

Arturo Pérez-Reverte
La tabla de Flandes