

Reportaje

## El devenir de un viejo sayón Dr. Rafael Polanco Delgado

### **Singladuras del problema**

La enfermedad que llamamos diabetes mellitus es, entre todos los procesos nosológicos que hoy nos preocupan, especialmente alarmante: es una pandemia incontrolada. Veamos la razón de ello, considerando en forma somera su transcurso desde los albores de la civilización hasta la actualidad.

Nuestros predecesores también tuvieron que encararse a la realidad de enfermar. La paleopatología nos ofrece claros y múltiples testimonios y, a través de ella, no ha sido difícil identificar en nuestros ancestros desde anomalías congénitas hasta trastornos endocrinos, neoplasias, infecciones como la osteomielitis, etcétera.

En los albores del tiempo, el hombre aprende a enfrentarse al dolor, al sufrimiento y a la muerte, y en un primer momento lo lleva a cabo recurriendo al empirismo y la magia... No cuenta con otras armas.

Paulatinamente, las ideas van adquiriendo claridad. Digamos, entre los años 10,000 y 5000 a. C. y, condicionado por patrones culturales, tanto en los pueblos nómadas y cazadores como los agricultores y sedentarios, o los ganaderos y patriarcales, o en las formas mixtas, la enfermedad es concebida como la consecuencia de un hechizo dañino, como la penetración misteriosa en el cuerpo de un objeto, la posesión por algún espíritu maligno, o incluso la pérdida del «ánima».

Al mismo tiempo, su interpretación corre a cargo, ya sea en forma indiscriminada, por ejemplo por el jefe de la familia, del grupo o de la tribu, pero con gran frecuencia se acude a un chamán, brujo o hechicero, funcional y socialmente calificado como «sanador» y capaz de una actividad diagnóstica y terapéutica concreta.

Más tarde, observamos con más detalle la denominada «medicina arcaica», desarrollada en regiones distantes como China, el Valle del Indo, Sumeria y Egipto. El hombre depende totalmente de la divinidad y la enfermedad, aunque alguna vez aparece por casualidad o al azar, con mayor frecuencia es el resultado de alguna trasgresión que ha provocado el enojo de los dioses. En general, el proceso morboso se da a conocer por el síntoma más característico; de este modo conocemos, por ejemplo, papiros egipcios en donde ya se menciona al paciente cuya orina viene en gran cantidad y es de sabor dulce. También en China y en India se conoce este sabor peculiar de la orina de ciertos enfermos.

En los orígenes de la medicina griega (Homero, siglo VIII a. C.), se baraja como causa de la afección morbosa, la provocada por una interacción punitiva divina, pero al mismo tiempo se admite la posible influencia de factores ambientales (frío, calor, alimentos, etcétera) y del traumatismo. Hasta aquí nos habíamos movido en una fase «pre técnica».

Va apareciendo por el siglo V a. C. el concepto técnico del saber médico, en el intento por designar racionalmente el primer principio de todas las cosas del universo, con base en la observación y comprensión de la naturaleza (Tales de Mileto, 639 547/6 a. C.). En etapas subsiguientes, desde la hipocrática a la romana, pasando por la helenística y la galénica, frente al hombre que padece y al remedio que cura, la base intelectual del médico es la fisiología o ciencia de la naturaleza.

En este ámbito, durante el siglo I, Aretaeus de Capadocia se refiere por vez primera a la enfermedad que nos ocupa con el nombre de ‘diabetes’, aludiendo al ‘tránsito’ de orina en la poliuria.

Posteriormente no encontramos más menciones concretas de la diabetes, sea en la medicina bizantina o en la Alta Edad Media europea. Tendremos que esperar a la aparición de los árabes en la historia, quienes captan, asimilan y luego recrean el saber grecorromano, no sólo el médico, y será el uzbeko Avicena (980 1037) quien mencione con precisión esta enfermedad, en su famoso Canon, obra fundamental de la medicina medieval.

Con una nueva actitud intelectual ante la realidad, en la edad moderna el hombre apuesta al conocimiento científico y el gobierno técnico del cosmos. El médico, dentro de un pensamiento «panvitalista», explica la perturbación patológica de la máquina corporal mediante la ‘iatromecánica’.

En consecuencia, el minucioso examen del paciente, incluida la sistemática degustación de su orina, permitió al médico inglés Thomas Willis (1621 - 1675) descubrir en Europa, definitivamente, la diabetes sacarina o mellitus, quedando desde entonces reconocida, por su sintomatología, como entidad clínica.

En 1775, Dopson identifica la presencia de glucosa en la orina. En esa época, Johann P. Frank (1745 1821), de Viena, describe la «diabetes insípida», diferenciándola de la diabetes mellitus vera, porque en aquella no se presentaba la glucosuria. Posteriormente, Claude Bernard (1813 1878) continuando el «vitalismo» del siglo XVIII, convierte el saber científico en saber médico. Fue éste gran maestro de la Sorbona, quien con sus trabajos sobre el metabolismo de los glúcidos, encontró el glucógeno hepático.

En la mitad del siglo XIX, Bouchard (1837 1915), entre otros, señala la importancia del modo de reaccionar el individuo a los agentes patógenos, resaltando la importancia del sedentarismo y la obesidad en la aparición de este proceso. En 1869, el histólogo alemán Paul Langerhans (1847 1888) descubre los islotes en el páncreas que llevan ahora su nombre y, en 1909, el patólogo belga Jean de Meyer (1878 1934) da el nombre de ‘insulina’ a la hormona producida en aquellas células beta. Entre 1889 y 1922, más de 400 científicos en todo el mundo se dedicaban a reproducir un extracto pancreático útil como medicamento.

Las primeras descripciones de la asociación existente entre diversas situaciones clínicas como la diabetes mellitus, la enfermedad hipertensiva y la dislipidemia datan de la segunda década del pasado siglo, aunque el término «síndrome metabólico» se usaba a finales de los años setenta para designar sólo a factores de riesgo asociados con la diabetes. Un hallazgo interesante por Marsella Jean Vague, en 1947 y luego en 1956, demostró que las personas con obesidad están predispuestas a tener en el futuro no sólo diabetes, también cálculos urinarios, arteriosclerosis y agrandamiento de la tiroides.

### **Acá y ahora**

Esta enfermedad afecta a unos 250 millones de habitantes en el mundo, y serán 500 millones en 2030, si Dios no lo remedia. De todas las personas afectadas por la diabetes, 80 % viven en los países de ingresos bajos y medios, y en éstos, la mayoría de los enfermos no son ancianos, sino personas de mediana edad, entre 45 y 64 años. Cada dos horas mueren cinco personas diabéticas debido a sus complicaciones. De cada 100 pacientes, catorce desarrollan padecimientos renales, diez padecerán neuropatías, y 30 % de los problemas del pie diabético termina en amputación.

Hoy, la enfermedad cerebro-vascular es 2.5 veces más frecuente en diabéticos que en el resto de la población. De cada cinco pacientes, dos presentarán problemas de ceguera. Cada día, 200 niños menores de 14 años son afectados por la diabetes tipo 1, una condición autoinmune para la cual no existen medidas de prevención, y los casos aumentan 3 % cada año. Por todo ello, es obvia la urgencia de frenar esta situación.

### **Razones del problema**

Estos fenómenos poblacionales, en concreto su historia, su prevalencia, y las consecuencias de la diabetes mellitus, pueden explicarse mediante las características sociales globales, de las circunstancias en las que vivimos y en las que juega importante papel una pléyade de elementos culturales y socioeconómicos, constituidos todos ellos en determinantes claves de nuestra salud. Pero la diabetes no es una meta ni un destino.

### **Repercusión de la diabetes en lo personal**

En enfermedades crónicas como ésta, los procesos vegetativos y metabólicos coexisten en estrecha relación con factores de comportamiento, cognitivos y neurológicos. El diabético recorre diversas fases, que suelen iniciarse con un shock al recibir el diagnóstico; a éste le suelen seguir el rechazo y la negación, después la rebelión y la insurrección, el regateo, la agresión, la culpa, la depresión; para desembocar en la resignación y la aceptación. Obviamente, no es ésta una secuencia fija. Superar la enfermedad depende de la totalidad de la persona, incluyendo sus condiciones premórbidas, como sexo, edad, herencia, estatus social e historia personal, incluyendo los conflictos personales y la elaboración de éstos.

### **En lo social**

Conocemos los múltiples factores etiopatogénicos que conducen a esta nosología. Sabemos que la educación para la salud debe conseguir la modificación o el establecimiento de patrones sociales, culturales y económicos nuevos que consigan mejorar la calidad de vida y, al mismo tiempo, disminuir aquellos ya conocidos que contribuyan a la aparición de la diabetes y sus complicaciones. Es decir, tenemos bien identificados los factores de riesgo, la población vulnerable y en situación de riesgo. Sólo nos falta encontrar la estrategia adecuada, los puntos de intervención y las políticas que ayuden a prevenir y evitar procesos como la enfermedad que nos preocupa.

En particular, mediante una prevención primaria adecuada y global, conseguiremos modificar los modelos conductuales, mejorando las condiciones de vida y abatiendo riesgos específicos en todos los ámbitos existenciales. De esta forma estaremos en condiciones de evitar la aparición de la enfermedad y el síndrome metabólico en los grupos de riesgo, y contribuiremos al desarrollo de una vida más saludable.

Conseguiremos detectarla precozmente mediante la prevención secundaria, conscientes de que la mitad de los diabéticos ignora que la padece.

Al final, y a pesar de los límites geográficos y políticos, de los encontrados intereses económicos y de los valores culturales, los golpes que da la vida terminan por causarnos a todos una «lección en el cerebro». No olvidemos que la relevancia primera de la enfermedad radica en la incapacidad funcional de la persona, y detrás de ella, pero muy cerca, en la incapacidad funcional de la sociedad, cualquiera que ésta sea.