

Diabetes en el niño y el adolescente

¿Qué debe saber el médico en el primer nivel de atención?

Dra. María Virginia GARCÍA



Médico Internista,
Especialista en Medicina Familiar,
Diabetóloga, Diabetóloga Infantil
Ex Presidente de la Sociedad de
Diabetología y Nutrición del Uruguay

- La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia y adolescencia y su frecuencia va en aumento.
- En el Primer Nivel de Atención ponemos énfasis en los aspectos de prevención, fundamentalmente Primaria, pero gran parte de nuestra tarea es ocupada por acciones destinadas a la Prevención Secundaria y Terciaria.
- Por estas razones se hace imprescindible profundizar en algunos aspectos del tema que nos ocupa de manera que el Pediatra, Médico de Familia o Médico General en el primer nivel de atención esté capacitado para actuar como parte del equipo interdisciplinario.

Epidemiología de la diabetes en el niño y el adolescente

Clásicamente asociamos Diabetes Infantil o Juvenil a la Diabetes Tipo 1 o insulino dependiente; sin embargo las últimas décadas han puesto de manifiesto una prevalencia en aumento de la Diabetes tipo 2 en esta población.

Diabetes mellitus tipo 1 (DM 1)

Se distinguen 2 formas de DM1: la “A” o autoinmune y la “B” o ideopática.

La “A” es la más frecuente (90%) y se vincula a la destrucción autoinmune de las células β . Sólo nos vamos a referir a esta forma de DM1.

La incidencia y prevalencia de la diabetes tipo 1 en este grupo etario es muy diversa según las distintas poblaciones y áreas geográficas (1-2-3), lo cual nos pone en la pista que existen factores relacionados con la predisposición genética pero también factores ambientales desencadenantes de la enfermedad. Mucho se ha investigado en este tema y hoy en día sabemos que la *susceptibilidad genética* depende de varios genes localizados en loci diferentes; la asociación más fuerte se produce con genes del antígeno leucocitario humano (HLA). El 95% de los sujetos diabéticos tipo 1 de raza blanca presentan HLA-DR3 y/o DR4. Asimismo se sabe que existen genes “protectores”: HLA DQ B1 0602.⁽⁴⁾

Los *factores desencadenantes* involucrados son diversos (virus, bacterias, alimentos, etc.). Por

ejemplo, la introducción precoz de la leche de vaca en la alimentación del lactante se ha vinculado con el desarrollo de anticuerpos dirigidos contra las células β del páncreas.

¿Cómo está situado el Uruguay en el contexto mundial en cuanto a incidencia de DM1 en menores de 14 años?

Nuestro país participó en el año 1992 en el Proyecto DIAMOND (Diabetes Mondiale) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel de la ciudad de Montevideo. En dicho estudio se midió la incidencia de la enfermedad en este grupo etario obteniéndose el dato de 8.3 nuevos casos por cada 100.000 menores de 14 años. En la gráfica 1 se observa la posición de Uruguay en relación con otras regiones del mundo.⁽¹⁾

El estudio DIAMOND concluyó que el rango de variación de la *incidencia* de diabetes tipo 1 en menores de 14 años fue mayor del descrito en estudios anteriores. El gradiente del polo al ecuador que se señala habitualmente dada la alta frecuencia de DM1 en los países nórdicos, parece ser menos marcado y las variaciones obedecerían fundamentalmente a factores étnicos y raciales.

La *prevalencia* estimada en Uruguay es de 1 niño diabético tipo 1 cada 2000 niños, aproximadamente.⁽³⁾

Para el año 2010 se espera una prevalencia de Diabetes tipo 1 en niños y adolescentes 40% superior a la del año 1998 y con edades más precoces al debut.