

EDITORIAL

La diabetes en las prisiones. Cómo mejorar su atención

La diabetes tipo 2 es la enfermedad crónica con mayor progresión en los últimos años y se ha convertido en la gran epidemia de este siglo XXI. Sabemos que afecta al 14 %¹ de los adultos en España, que aumenta con la edad afectando al 30 % de los mayores de 60 años y que su aparición depende de factores tanto genéticos como ambientales.

En las instituciones penitenciarias es de esperar por tanto que un porcentaje importante de los ingresados tengan diabetes y que muchos la desarrollen durante su estancia teniendo en cuenta el aumento en la edad de los reclusos, así como el de la prevalencia de obesidad, ya que estos dos factores se asocian a un riesgo mucho mayor de desarrollar diabetes mellitus². Por otro lado, esta población tiene algunas características que hacen más probable la aparición de esta enfermedad como son las posibles limitaciones para la actividad física, la alta prevalencia de enfermedades infecciosas como el SIDA² o de consumo de sustancias psicotrópicas.³

El objetivo principal de la atención a las personas con diabetes es evitar sus complicaciones crónicas como las enfermedades cardiovasculares, la pérdida de visión o la afectación renal. Para ello es necesario un buen control metabólico a largo plazo, pero el primer paso es el diagnóstico y la atención precoz y es por tanto fundamental su detección inmediata al ingreso de los reclusos mediante la realización de una historia clínica completa, exploración física y analítica, valorando las posibles complicaciones diabéticas y los factores de riesgo cardiovascular en aquellos ya diagnosticados⁴, y realizando el diagnóstico inicial en otros casos.

Tras la identificación de los pacientes con esta enfermedad deben comenzar a recibir de inmediato el tratamiento médico prescrito incluyendo el tratamiento nutricional apropiado sin interrupciones que puedan determinar hipo o hiperglucemias.

El manejo de la diabetes en los pacientes internos en estas instituciones debería ser igual que en el resto de la población, según los estándares habituales de tratamiento y control de esta enfermedad. Es imprescindible además establecer un plan de tratamiento y control personalizado en función de la edad, comor-

bilidades y características de cada paciente, siguiendo las directrices de las guías clínicas actuales.⁵

Los objetivos de control serán los mismos que en la población general, el objetivo de hemoglobina glicada será conseguir que sea menor de 7%, aunque siempre se deben individualizar los objetivos del tratamiento en función de las características individuales de cada paciente, valorando sobre todo la edad⁶ y siendo menos estrictos en pacientes mayores y pluripatológicos.

La modificación del estilo de vida es la parte más importante del tratamiento de la diabetes en todos los casos por lo que deben atenderse las necesidades nutricionales específicas de estos pacientes, evitando el aumento de peso y el sedentarismo; promoviendo el ejercicio tanto aeróbico como de resistencia.⁷

Junto con los cambios en el estilo de vida la metformina se ha consolidado como el fármaco obligado de primera línea para todos los pacientes con diabetes tipo 2 tras demostrar sus beneficios cardiovasculares y escasos efectos secundarios, pero en los últimos años han aparecido nuevas familias de fármacos con mecanismos de acción diferentes y sinérgicos que permiten su asociación y adaptación a cada caso con gran seguridad.

Los fármacos con acción incretínica⁸ son efectivos para la hiperglucemia sin el riesgo de la hipoglucemia, tanto los inhibidores de la DPP4, orales como los análogos de la GLP1 (Inyectables), con la ventaja de estos últimos consiguiendo la reducción del peso corporal, por lo que están indicados en pacientes con IMC > 30 y la ventaja de la administración semanal de algunos de ellos. Pueden asociarse a otros antidiabéticos orales y/o insulina.

Más recientemente disponemos de los inhibidores de SGLT2⁹, fármacos que producen glucosuria y por lo tanto una reducción de la glucemia independiente de la insulina. Pueden asociarse a otros fármacos orales y también a insulina. No producen hipoglucemia, sus efectos secundarios son escasos y limitados prácticamente a las infecciones genitourinarias y producen también una reducción del peso corporal de varios kilogramos con la ventaja de que disminuye también la TA y más aún reduce el riesgo cardiovascular y la mortalidad.

Aun disponiendo de los mejores tratamientos no debe olvidarse la educación terapéutica en diabetes, pilar de la atención a la diabetes en el momento actual que debe implementarse también en las prisiones con el protagonismo del personal de enfermería para que los pacientes realicen autoanálisis cuando esté indicado y consigan el autocontrol efectivo de su enfermedad.

No debemos olvidar que el abordaje del tratamiento de los diabéticos debe ser integral e intensivo¹⁰, deben tratarse y controlarse todos los factores de riesgo cardiovascular puesto que esta es la principal causa de mortalidad de estos pacientes.

Es necesario instaurar un programa estructurado de seguimiento de todos los diabéticos durante su estancia en prisión dirigido al control de todas las posibles complicaciones tanto macroangiopáticas como microangiopáticas. Debe incluir un control periódico y tratamiento de la hipertensión arterial y de la hiperlipemia, y deben instaurarse programas activos para conseguir la deshabituación tabáquica.

Es recomendable que la historia clínica sea compartida por todo el sistema de salud para una atención integrada y completa con protocolos de actuación estructurados incluyendo la derivación a servicios especializados en caso necesario. De esta aproximación estructurada y multidisciplinar dependerá la salud de las personas con diabetes.

Dr Edelmiro Menéndez Torre

Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición
HUCA – Oviedo

REFERENCIAS

1. Soriguer Escofet F, Goday A, Carmena R, Casamitjana R, Delgado E, Franch J, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012 Jan; 55(1): 88-93.
2. Hadigan C, Kattakuzhy S. Diabetes mellitus type 2 and abnormal glucose metabolism in the setting of human immunodeficiency virus. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*. 2014 Sep; 43(3): 685-96.
3. Galling B, Roldán A, Nielsen RE, Nielsen J, Gerhard T, Carbon M, et al. Type 2 Diabetes Mellitus in Youth Exposed to Antipsychotics: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. American Medical Association; 2016 Mar; 73(3): 247-59.
4. American Diabetes Association. Diabetes management in correctional institutions. Vol. 31 Suppl 1, Diabetes care. American Diabetes Association; 2008. pp. S87-93.
5. Menéndez Torre E, Lafita Tejedor FJ, Artola Menéndez S, Puig Domingo M, Mediavilla Bravo JJ. [Recommendations for the pharmacological treatment of hyperglycemia in type 2 diabetes. Working Group for Consensus and Clinical Guidelines of the Spanish Diabetes Society.]. *Endocrinol Nutr*. 2011; 58: 112-20.
6. Gómez Huelgas R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita Tejedor FJ, Rodríguez Manas L, González-Sarmiento E, et al. [Treatment of type 2 diabetes in the elderly]. *Med Clin (Barc)*. 2013. pp. 134.e1-134.e12.
7. Dempsey PC, Larsen RN, Sethi P, Sacre JW, Straznicki NE, Cohen ND, et al. Benefits for Type 2 Diabetes of Interrupting Prolonged Sitting With Brief Bouts of Light Walking or Simple Resistance Activities. *Diabetes Care*. 2016 May 24; 39(6): 964-72.
8. Puig Domingo M, Reviriego J. [Incretins as new therapeutic targets of type 2 diabetes]. *Rev Clin Esp*. 2007 Jul; 207(7): 352-64.
9. Lisenby KM, Meyer A, Slater NA. Is an SGLT2 inhibitor right for your patient with type 2 diabetes? *J Fam Pract*. 2016 Sep; 65(9): 587-93.
10. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving H-H, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. Massachusetts Medical Society; 2008 Feb 7; 358(6): 580-91.