

Conclusiones Jornadas Diabetes Infantil

1. La Diabetes Infantil o Diabetes tipo 1, se ha convertido con el paso de los años en una epidemia que afecta a millones de familia en todo el mundo.
2. La OMS y la propia Federación Internacional de Diabetes (FID) hablan ya de una forma figurada, y no estrictamente médica, de pandemia para describir la magnitud crítica y el crecimiento acelerado de esta enfermedad global.
3. La detección precoz de esta patología en lactantes, niños y adolescentes es la base fundamental para la corrección metabólica de estas anomalías que pueden dar origen a tantas enfermedades, ofreciendo además una oportunidad de bloqueo para que el tipo 1 llegue a enlentecer su acción hasta el punto de lograr controlar totalmente la enfermedad; todo ello, gracias a las modernas técnicas terapéuticas de investigación genética.
4. El concepto tradicional de que la diabetes era una enfermedad caracterizada fundamentalmente por trastornos metabólicos, se va convirtiendo paulatinamente en una enfermedad autoinmune, con toda la complejidad que ello conlleva, pero también gracias a investigaciones genéticas recientes de posibles soluciones a medio plazo. El conocimiento de factores hereditarios y la existencia de factores inmunológicos son elementos indispensables en la planificación de planes terapéuticos.
5. El consumo excesivo de azúcares refinados y alimentos procesados, y el aumento de la obesidad infantil, son factores muy a tener en cuenta.
6. La interacción de otras pandemias en la infancia del tipo COVID- 19, o del virus Coxsackie pueden ocasionar en aquellos niños que las padecieron un aumento sensible de las posibilidades de desarrollar Diabetes tipo 1 y 2, pasados unos meses.
7. Cada vez está más clara la posibilidad de que una Diabetes tipo 1, se convierta con los años en tipo 2, si bien una dieta equilibrada y pobre en azúcares refinados y alimentos procesados, puede prevenir o reducir las posibilidades de desarrollar una Diabetes tipo 2. Sin embargo, la Diabetes Infantil o tipo 1 tiene un potente componente autoinmune que, solo con alimentación adecuada, no corrige los efectos de la hiperglucemia, precisando terapia insulínica controlada, complementada con alguna otra terapéutica de anticuerpos monoclonales actualmente en procesos de ensayos clínicos, pero con grandes esperanzas de éxitos terapéuticos.

1. La actividad física controlada con ejercicio físico sostenido, como fútbol, tenis, ciclismo o natación son buenos soportes para el control metabólico de hiperglucemias, evitando los sobreesfuerzos. Los procesos infecciosos, o los estados de estrés sostenidos, pueden ser desencadenantes de estados de hiperglucemias.
2. Los sensores de glucemias y las bombas de infusión de insulina, en aquellos pacientes en los que sus endocrinos los hayan recomendado, son elementos muy útiles en los controles metabólicos de estos niños, sin olvidar las visitas periódicas frecuentes, al menos una vez al trimestre, al pediatra endocrino según las pautas indicadas, cuestión que la Sanidad Pública puede difícilmente ofrecer por motivos estructurales.
3. Las terapias génicas con administración de células pancreáticas betas, productoras de insulina, pueden ser a medio plazo una terapia resolutive en muchos pacientes. El Páncreas artificial, el trasplante de Islotes de Langerhans y la interacción entre la Inmunología y la Inteligencia Artificial, marcarán el futuro terapéutico.
4. El apoyo psicológico a las familias por especialistas psicólogos infantiles son, a menudo, elementos indispensables en la aceptación y maduración psicológica de niños y adolescentes.
5. La formación de los padres en temas esenciales y prioritarios de la Enfermedad Diabética en edad pediátrica, es fundamental para el crecimiento y el desarrollo lo más sano posible de los pacientes.
6. El Sistema sanitario actual no está capacitado para atender de forma eficiente a la mayoría de los pacientes infantiles y adolescentes afectados de Patología Diabética tipo 1, e incluso en muchas ocasiones a los de Diabetes tipo 2. El simple seguimiento de sus patologías, reflejado habitualmente, salvo excepciones, en los escasos controles anuales, refleja ya la casi imposibilidad de seguir investigando en cada paciente su capacidad autoinmune para fabricar nuevos anticuerpos, siguiendo las actuales indicaciones terapéuticas.
7. No podemos pasar por alto la importante labor que la Enfermería Escolar puede hacer en colegios y guarderías, así como el reconocimiento a profesores y tutores por la labor altruista y humanitaria que hacen con estos pequeños.
8. Abogamos para que sean atendidas a corto plazo las constantes peticiones de los Colegios de Enfermería de toda España, para que la especialidad de Enfermería Escolar tenga el reconocimiento oficial del Ministerio de Sanidad. La no integración o, mejor expresado, la desconexión entre el

Ministerio de Sanidad y el de Educación, en el campo específico de la Enfermería Escolar repercuten muy negativamente en la evolución clínica de niños y adolescentes que pudieran padecer la Enfermedad Diabética. Sería muy aconsejable que la Enfermera Escolar tuviera ya un reconocimiento oficial en ambos Ministerios.