

capítulo XXVI

aspectos médicosociales de la diabetes

Educación del diabético. La colaboración del paciente tiene una esencial importancia para la correcta aplicación del tratamiento. Para ello es necesario que adquieran conocimientos elementales sobre su enfermedad, sus causas, manifestaciones, signos de agravación y del comienzo de acidosis; que también tengan nociones claras de dietética con las cuales puedan manejarse en la realización de la dieta indicada y en la variación del menú.

Es difícil que el médico general disponga de tiempo para impartir esa enseñanza a cada uno de sus pacientes. De ahí surgió la idea de crear Centros o Asociaciones de Diabéticos integradas o dirigidas por laicos y médicos especializados. Ellas tienen por finalidad: difundir conocimientos básicos entre los diabéticos y sus familiares, que los capaciten para la realización correcta y el contralor del tratamiento; la creación de una conciencia sanitaria (deberes que cada uno tiene en el cuidado de su enfermedad); facilitar los medios y materiales para que el diabético pueda efectuar los análisis diarios de la orina; divulgación en el público de nociones para el reconocimiento precoz y la prevención de la diabetes.

Existen actualmente unas treinta Asociaciones distribuidas por todo el mundo y agrupadas en una Federación Internacional que ha organizado ya cuatro Congresos Internacionales en los que se ha tratado temas científicos y médicosociales con la participación de investigadores, médicos, dietistas, químicos y laicos.

Cada Asociación tiene programas y medios de acción propios, de acuerdo a sus posibilidades económicas y al ambiente en que actúen.

En nuestro país la Asociación fue creada en 1951 y cuenta con local propio en el cual se hace enseñanza del uso de los reactivos para la investigación de la glucosa y acetona en la orina; manejo de la jeringa de insulina y la forma de inyectarla; enseñanza sobre la composición de los alimentos comunes y sus equivalencias; clases de cocina en las cuales se preparan los más diversos platos, indicándose su composición y su valor calórico. La labor educativa se realiza también por medio de folletos conteniendo las nociones básicas, una revista bimestral, conferencias radiales y públicas, exposiciones anuales, etc.

El diabético tiene a su disposición un lugar de información permanente donde se le aclara cualquier duda o se le solucionan los problemas vinculados a su afección o a su tratamiento.

La Asociación provee a sus asociados de reactivos, jeringas e insulina de todos los tipos; apoya la investigación científica discerniendo un premio anual al mejor trabajo publicado o presentado durante el año y organiza reuniones científicas o cursos para médicos, con la colaboración de especialistas nacionales y extranjeros.

La importancia de esa obra se ha traducido en el mayor interés por parte de los propios médicos generales en mejorar las condiciones asistenciales de sus pacientes, siendo actualmente los mejores propagandistas de la Asociación junto con sus pacientes.

Han comprendido que el diabético que conoce su afección y sabe controlarla se maneja mucho más fácilmente y no está expuesto a los accidentes y emergencias que provoca la descompensación de la afección. El diabético que analiza su orina diariamente puede descubrir precozmente la iniciación de un empuje de cetosis. Los que se inyectan insulina saben ellos y sus familiares reconocer los signos premonitorios de una hipoglucemia y los medios de combatirla de inmediato. El conocimiento de las complicaciones tardías pone en alerta a los que por indolencia o ignorancia descuidan el tratamiento dietético y dicen sentirse bien comiendo libremente. Los consejos higiénicos sobre el cuidado de los pies y la manera de evitar las infecciones disminuyen la frecuencia de éstas y de su consecuencia más grave, la gangrena.

El paciente adquiere la conciencia de que su afección en apariencia benigna encierra peligros potenciales que pueden sobrevenir en cualquier momento si abandona el tratamiento y su contralor; aue puede disfrutar de una salud condicionada, como afirmara el Prof. Katsch, que le permite trabajar y disfrutar de los goces de una existencia normal, siempre que se acostumbre a vivir con las restricciones y limitaciones en el consumo de aquellos alimentos que su organismo no puede utilizar totalmente. La diabetes es, tal vez, la enfermedad crónica en que la enseñanza de los pacientes ofrece mayores beneficios terapéuticos. Las estadísticas indican que el diabético sobrevive más tiempo en mejores condiciones cuanto mayor ha sido el contralor de la afección. Esa enseñanza debe realizarse en los propios servicios hospitalarios o en las policlínicas especializadas, para que el paciente esté plenamente informado de las finalidades e importancia de las indicaciones médicas y sepa aplicarlas sin cometer errores.

Ese aspecto docente recibe especial interés en algunos centros sanatoriales del viejo continente, donde, al mismo tiempo que se estudia al paciente y se ajusta su tratamiento, se le instruye en la práctica de los exámenes de la orina, en el uso de la insulina, en la composición de los alimentos que integrarán su dieta en el futuro.

La Clínica de Joslin dispone desde hace unos años de un Centro de Enseñanza anexo, especie de internado, por donde pasan los enfermos dados

de alta con su diabetes equilibrada y en el cual, en una breve estadía, se les da lecciones teórico-prácticas de capacitación para vivir libres de temores con su diabetes controlada científicamente.

PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA DIABETES. La medicina preventiva debe encarar la profilaxis de la diabetes como un problema médicosocial de importancia creciente.

Teniendo en cuenta los datos demográficos y las estadísticas sobre los factores que inciden en la etiopatogenia de la diabetes es posible orientar la lucha contra ella.

El factor hereditario es el que condiciona, en forma aún desconocida, la naturaleza del terreno en que se desarrollará el trastorno metabólico. Su carácter recesivo impide reconocer a los portadores de genes que pueden pasar de abuelos a nietos sin producir ninguna alteración funcional en quienes los transmiten.

El casamiento entre esos portadores desconocidos es tal vez la causa más importante en la difusión creciente de la diabetes. La obesidad y la alimentación excesiva, no solamente en glúcidos, sino en su valor calórico, son tal vez los factores que, actuando durante años, acaban por poner en evidencia más comúnmente la falla latente del órgano insular. El hecho de que la diabetes se manifieste con más frecuencia después de los 40 años traduce el largo período necesario para llegar a ese resultado. Por otra parte, la diabetes se hace más común después de la cuarentena en el sexo femenino, agregándose en ese momento otros agentes diabéticos de origen hormonal.

Todos esos hechos indican que, si bien la herencia es el elemento básico, la diabetes puede ser evitada combatiendo a tiempo esos factores que favorecen su aparición.

Podemos enunciar las normas siguientes, aplicables a la prevención de esta afección. 1) Combatir la obesidad suprimiendo las causas que la favorecen. 2) Evitar la sobrecarga funcional del órgano insular, observando un régimen alimenticio de valor calórico moderado y en concordancia con la actividad individual. 3) Esas medidas deben aplicarse más estrictamente en los hijos y familiares de diabéticos. 4) Evitar el casamiento entre descendientes directos o presuntos portadores diabéticos. 5) Investigar periódicamente la glucosuria y realizar pruebas de tolerancia a la glucosa o con cortisona en dichos descendientes. 6) Realizar esos exámenes en los sujetos obesos. 7) Investigar la glucosuria periódicamente en todas las personas mayores de 40 años. 8) Realizar la búsqueda de la diabetes durante los períodos de desequilibrio hormonal, especialmente en el embarazo y el climaterio.

INVESTIGACIÓN Y BÚSQUEDA DE LA DIABETES. La investigación de la diabetes en las Clínicas Preventivas o en distintas colectividades ha demostrado la frecuencia de los casos de diabetes ignorada.

En Estados Unidos se realiza anualmente, durante la Semana de la Diabetes, intensas campañas para la búsqueda de esos casos ignorados, distribuyéndose reactivos de diversos tipos: Dry-packs, Galatest, Clinitix, etc., que permiten apreciar fácilmente la presencia de glucosa en la orina. No se ha podido establecer el número de individuos con diabetes desconocida, pero los resultados obtenidos hasta 1957, en 64 programas de búsqueda colectiva, se descubrieron 6 % de casos ignorados. Teniendo en cuenta que los casos descubiertos representan los dos tercios del to-

tal de casos ignorados, se calcula que éstos llegan realmente al 9 ‰ de la población, igualando la proporción de casos conocidos que se estima también en 9 ‰.

En la campaña preventiva realizada en noviembre de 1960 algunos de los datos obtenidos son los siguientes: En Maine, de 78.000 examinados resultaron 1.000 casos positivos o sea el 1,25 ‰; en Chicago, en 22.144 controlados, aparecieron 188 casos desconocidos o sea el 0,8 ‰.

En nuestro país se ha iniciado en 1958 una investigación semejante en todas las personas mayores de 20 años, utilizando los Dispensarios Móviles de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa.

El examen de la orina se realiza utilizando tirillas de Clinitix o Glucocinta y controlando los casos positivos con reacción de Benedict. En general se puede considerar como diabéticos a los que tienen una reacción con más de dos cruces con este reactivo (más de 10 g. por litro de orina). El diagnóstico se confirma posteriormente con la dosificación de la glucemia realizada dos horas después del almuerzo. Los resultados alcanzados confirman que el porcentaje de casos desconocidos iguala casi siempre al de casos conocidos, que es de 0,5 ‰ en las localidades examinadas. El estudio se prosigue, habiéndose examinado un 50 ‰ de la población adulta del interior del país.

Parece innecesario señalar la importancia de estos estudios, ya que permite la aplicación del tratamiento en una etapa precoz, con la posibilidad de obtener una rápida remisión del trastorno metabólico. Por otra parte una diabetes ignorada puede sufrir una agravación brusca y conducir a la acidosis.

SEGUROS DE VIDA PARA DIABETICOS. Hasta 1940 las Compañías de Seguros rechazaban a los diabéticos como candidatos para obtener seguros de vida. Las estadísticas han demostrado que los diabéticos bien controlados tienen una larga sobrevivencia, por lo cual la conducta de esas compañías ha ido evolucionando hacia la aceptación condicional y con un recargo moderado de los individuos con diabetes no complicada.

En los países nórdicos y en Estados Unidos, Canadá e Inglaterra (1960) las Compañías de Seguros consideran que en las condiciones actuales de tratamiento los riesgos de vida del diabético no exceden a los de las personas comunes que, al aproximarse a la cincuentena, tienen frecuentemente afecciones crónicas (hipertensión, obesidad, cardiosclerosis, nefrosclerosis, úlceras gastroduodenales, etc.).

Es casi seguro que el diabético, que hace un régimen dietético limitado en glúcidos y en lípidos y se mantiene en su peso normal, tenga menos probabilidades de llegar a tener hipertensión arterial y sobrecarga cardíaca.

Según Montgomery (1957) los factores que conducen al rechazo del diabético por el seguro son: 1) Falta de supervisión y de control. 2) Complicaciones cardiovasculares. 3) Complicaciones renales. 4) Requerimiento insulínico superior a 75 U. diarias. 5) Hábitos alcohólicos. 6) Comienzo reciente que no permite obtener información sobre el control. 7) Obesidad. 8) Complicaciones oculares. 9) Edad.

En nuestro país el Banco de Seguros otorga seguros a los diabéticos desde 1952, con un recargo que no sobrepasa del 100 ‰.

El solicitante debe hacer llenar por su médico un formulario que atestigua los datos de comienzo, severidad, tratamiento anterior, resultado de los exámenes y su periodicidad, complicaciones y conducta como pa-

ciente. Si las informaciones son favorables, el solicitante es sometido al examen médico que revelará su estado físico, de acuerdo al cual será o no aceptado.

Todo diabético que colabore con su médico controlándose él mismo la orina y cumpliendo las indicaciones terapéuticas puede ser un excelente candidato para los seguros de vida.

EL DIABETICO EN EL TRABAJO. El tratamiento correcto permite al diabético la realización de cualquier tarea, aun aquéllas que exigen grandes esfuerzos. Existen ejemplos bien conocidos de figuras destacadas dentro de los deportes que son diabéticos y que toleran perfectamente competencias de gran intensidad.

En una encuesta realizada en Francia por los Dres. Gillon y Rothan (1956) entre 320.000 obreros de distintas industrias, comprobaron que los diabéticos trabajan con el mismo rendimiento y asiduidad que los no diabéticos. Sobre un total de 1.048 diabéticos sólo en el 8,7 % de los casos, las complicaciones diabéticas provocaban una disminución en la capacidad laboral. Conclusiones similares son las de una encuesta efectuada en Holanda (Winmalen, 1960) en tres compañías industriales que emplean la quinta parte de los obreros de ese país.

Un trabajo muy interesante del Dr. Wade (1959) da los resultados de una encuesta realizada entre 27.000 obreros de refinerías de petróleo del Estado de Mississippi (U. S. A.). Se encontraron 266 diabéticos de los cuales el 80 % ignoraban su enfermedad cuando fue descubierta en exámenes preventivos. El 74 % de los casos necesitaban insulina. El control de la diabetes era bueno en el 55 % y mediocre en el 37 %. El 29 % tenían complicaciones vasculares o renales. Solamente diez obreros que recibían insulina tuvieron que ser excluidos de ciertos trabajos, como la conducción de vehículos o el manejo de máquinas complicadas. La mayor parte de los cambios en el trabajo fueron impuestos por la presencia de una lesión cardiovascular. Las edades de esos obreros estaban entre 45 y 60 años.

En nuestro país el diabético no es aceptado como aspirante a empleo público, salvo en forma condicional, por no haberse reformado las disposiciones que establecen las normas sanitarias para el ingreso. Esa situación constituye un serio problema de orientación para los jóvenes diabéticos, ya que las tareas dentro de las instituciones oficiales son las más convenientes para los que se tratan con insulina.

Centros de orientación vocacional existen en algunos países para los niños que terminan sus cursos escolares. En nuestro país se está organizando un centro semejante para los estudiantes liceales.

El Dr. Rathery (1960) considera que la ocupación conveniente para el diabético debe responder a las siguientes condiciones: ser de un ritmo regular, lo que excluye los oficios a cadencia rápida o el trabajo en cadena; permitir la observación del régimen y la alimentación a horas fijas; asegurar una vida sana y activa y evitar las tareas que exponen a infecciones como las de enfermería.

En Alemania Occidental, el Prof. Oberdisse (1960) ha propuesto una reglamentación para el ingreso de los diabéticos a la Administración Pública, la cual fue aceptada por el Ministerio del Interior y recomendada a los otros Ministerios. En ella se establece que:

1) La exclusión de los diabéticos de los cargos en la Administración que pueden ser objeto de jubilación, o cargos similares en otras organizaciones o en la industria, no se justifica actualmente por razones médicas y sociales.

2) Los cargos públicos o privados deben estar abiertos a todos los diabéticos que sean capaces de trabajar y que se pueda esperar continúen en condiciones de aptitud para el trabajo hasta la edad normal para su jubilación.

3) Los postulantes deben ser sometidos a un examen médico teniendo en cuenta los puntos siguientes:

a) deben estar libres de todas las complicaciones serias de la diabetes y, especialmente, de signos de angiopatía diabética;

b) la determinación de su aptitud para el trabajo debe estar basada en el examen de la orina y de la glucemia y, hasta cierto punto, sobre el requerimiento diario de insulina. En general un diabético puede ser considerado "apto para el trabajo" si su glucemia en ayunas está por debajo de 2 g. %; si la glucosuria total diaria no sobrepasa de 30 g. y si la glucemia no sobrepasa de 2,50 g. % durante el día. Si la dosis diaria de insulina es mayor de 70 a 80 U. indica que es un diabético que no conviene emplear ;

c) los diabéticos insuficientemente controlados, de acuerdo a los datos suministrados por su médico tratante no deben ser aceptados.

4) Se puede emplear un diabético que ha sobrepasado los 25 años y que ha estado bajo control médico más de dos años.

Un período experimental de uno o dos años es recomendable en los casos en que las condiciones del diabético parecen buenas, pero no pueden ser determinadas suficientemente en el momento del examen. Pasado ese período de observación un nuevo examen clínico decidirá en definitiva.

5) Los diabéticos que llenen las exigencias anteriores deberán ser aceptados sin condiciones especiales.

6) Los diabéticos que no necesitan insulina o que pueden ser controlados con hipoglucemiantes orales, pueden realizar cualquier trabajo de acuerdo a sus capacidades y preparación.

7) Los diabéticos tratados con insulina deberán evitar un empleo que necesite horas irregulares de trabajo (trabajo en equipo, nocturno) a fin de evitar el cambio de régimen alimenticio y de la inyección de insulina.

8) Por razones de seguridad los diabéticos que requieren insulina no deben ser empleados en un trabajo que, en caso de hipoglucemia, podría poner en peligro a sus compañeros.

A este respecto debe señalarse que, de acuerdo a los resultados adquiridos, esta posibilidad no tiene significado práctico.

Un problema que se plantea con frecuencia es el relacionado con la conducción de vehículos por los diabéticos que reciben insulina, por el peligro de los accidentes que pueden ocasionar durante una crisis hipoglucémica.

Gerritzen (1959) realizó una encuesta policial en 73.413 accidentes de tránsito. En 733 casos en los cuales el conductor no estaba en condiciones normales -generalmente por ebriedad- sólo en cuatro casos los conductores recibían insulina y dos de ellos estaban alcoholizados en el momento del accidente. Hay acuerdo general en no otorgar licencia de conductor de vehículos de transporte colectivo a los diabéticos que reciben insulina.

Muy frecuentemente los horarios de trabajo no les permiten ingerir alimentos a horas fijas, lo que facilita la producción de hipoglucemia. Las tareas de piloto aviador, conductor de ferrocarriles, deben ser prohibidas a los diabéticos tratados con insulina.

Otro aspecto de este problema se refiere a la posibilidad de complicaciones oculares transitorias o degenerativas que limiten la capacidad visual de los conductores.

La descompensación de la diabetes o la hipoglucemia provocan modificación de los medios refringentes y alteraciones de la visión que pueden conducir a situaciones peligrosas en las condiciones actuales de tránsito rápido.

Muchos diabéticos antiguos tienen alteraciones retinianas severas con limitación marcada de la visión y siguen manejando automotores. La licencia de conductor debe ser renovada anualmente en los casos con más de diez años de antigüedad de la diabetes.

Las complicaciones degenerativas son desgraciadamente más comunes en la diabetes de tipo infantil y juvenil después de veinte años de evolución, siendo una de las causas actuales más frecuentes de ceguera.

En la orientación profesional de esos diabéticos, deben evitarse los oficios que requieren un esfuerzo visual permanente (relojeros, bordadoras, costureras, mecánicos de precisión, etc.).

COLONIAS DE VACACIONES PARA NIÑOS DIABÉTICOS. Las relaciones entre madre y niño diabético crea situaciones que inciden desfavorablemente en el carácter y la formación psicológica del paciente,

La madre que ha sido instruida conoce las variables alternativas y la labilidad de este tipo de diabetes y los peligros consiguientes de caídas hacia la hipoglucemia o la acidosis. Ejerce entonces sobre el niño una vigilancia que se exagera habitualmente, sobre todos sus actos, sus gestos, sobre sus mínimas reacciones, buscando los signos iniciales de alguno de aquellos accidentes.

La necesidad de la inyección diaria de insulina, es más dolorosa para la madre que para el niño y éste, que percibe el temor de su madre, acaba por compartirlo y rehusarse.

La aplicación de la dieta y la restricción obligada de los alimentos dulces plantea al principio una situación que requiere tacto y energía para hacer comprender al niño el porqué de ciertas negativas y la necesidad de acostumbrarse a prescindir de esos alimentos. El niño debe aprender a controlarse la orina y a darse él mismo la insulina, adquiriendo poco a poco sentido de independencia y responsabilidad en el cuidado de su afección. Se ve así liberado de la vigilancia temerosa materna que lo cohibe y molesta, provocando en él reacciones de indisciplina y fastidio. Las Colonias de Vacaciones fueron creadas primeramente en Estados Unidos con la finalidad de hacer convivir a los niños diabéticos en un medio distinto del familiar bajo el cuidado de personal técnico y auxiliar especializado. El niño, al mismo tiempo que disfruta de la estadía en un lugar sano -sea en el campo o en una playa- y participa con sus compañeros de juegos y paseos, recibe una enseñanza provechosa. Aprende a controlarse la orina diariamente, a inyectarse la insulina y a conocer sus reacciones, el momento en que pueden aparecer y las causas que pueden provocarlas. Recibe una alimentación variada y adquiere nociones de dietética y a conocer la equivalencia de los alimentos en los elementos fundamentales: glúcidos, prótidos y lípidos.

Al conocer a otros niños que tienen la misma falla orgánica, no se siente disminuido, ni aislado. Participando de juegos y de deportes libremente, adquiere seguridad en sí mismo y queda capacitado para una existencia activa. Los beneficios que recibe el niño en este tipo de Colonias ha hecho que ellas fueran creadas en distintos países donde existen Asociaciones de Diabéticos.

En Dinamarca, Holanda, Francia, Suecia, Noruega, Alemania, Italia, existen con carácter permanente en locales o instalaciones fijas y que se destinan durante el verano a alojamiento en forma rotativa, durante dos o tres semanas, de grupos de treinta a cuarenta niños de ambos sexos. En nuestro país hemos organizado durante varios años Colonias semejantes, participando niños de ambos sexos de estadías al borde del mar, durante veinte días.

HOGARES PARA DIABETICOS. La obra médicosocial de las Asociaciones de Diabéticos se orienta a la protección y el bienestar de los pacientes de todas las edades. No se dispone de los medios económicos para abordar programas de gran amplitud. Existen, sin embargo, en algunos países, realizaciones que benefician a diabéticos de distintas edades.

En Inglaterra han sido creados dos hogares para ancianos donde conviven como en su casa propia y reciben la alimentación y los cuidados necesarios. En Alemania existen también residencias similares, de tipo sanatorial. En Copenhague la Asociación local tiene un hogar para niños cuyos padres no pueden ocuparse de su cuidado. La Asociación Danesa, que es una de las más antiguas y prestigiosas, ha creado en esa ciudad un hogar para jóvenes procedentes de otras partes que siguen cursos de capacitación profesional, resolviéndoles así un problema importante de alojamiento y alimentación correcta en condiciones ideales.

ESPERANZAS FUTURAS EN EL CAMPO DE LA DIABETES. En los últimos cuarenta años se han realizado enormes progresos en el tratamiento de la diabetes y podemos asegurar que, con los medios terapéuticos actuales, el trastorno metabólico puede ser corregido manteniendo al paciente en condiciones nutritivas que le capacitan para una vida productiva y casi sin limitaciones en su actividad.

No podemos decir lo mismo en lo que se refiere al conocimiento del mecanismo íntimo de producción de la diabetes. El páncreas insular ha sido el centro de interés de las investigaciones realizadas desde el experimento clásico de Mering y Minkowsky en 1889. La teoría del origen endocrino se vio afirmada por los trabajos de Houssay y col. (1933) y de Young (1938-39), demostrando el papel diabetógeno de la hipófisis. La obtención de la diabetes por el aloxano comprobó que la destrucción de las células beta provocaba la diabetes. Pero esos hechos no pueden ser aplicados para explicar el origen de la diabetes humana.

Es evidente que hay un factor hereditario que condiciona fundamentalmente la producción de este trastorno a muy distintas edades y bajo la influencia de otros factores que actúan como causas desencadenantes o favorecedoras. Queda por aclarar si la herencia obra primitivamente sobre el páncreas limitando la capacidad de los islotes de responder a las demandas variables de insulina o si hay alguna falla genética que impide a la insulina actuar en los tejidos efectores que la necesitan para la utilización de los materiales nutritivos: glúcidos, prótidos y lípidos. Los trabajos que se están realizando sobre la insulina plasmática en diabéticos y no diabéticos, hacen presumir que la insuficiencia insular sea secundaria, ya que se han encontrado en las dosificaciones sanguíneas de insulina en los individuos diabéticos y prediabéticos de distintas edades - cifras superiores a las comprobadas en sujetos normales.

Si esto se confirma, el problema diabético sería resuelto si se consigue impedir la formación de los antagonistas que fijan la insulina en el plasma. Esos estudios han señalado que el tejido adiposo reacciona frente a la insulina "fijada" liberándola, lo que no sucede en el tejido muscular

que es sensible sólo a la insulina libre. Mientras no podamos aclarar este apasionante enigma debemos perfeccionar los métodos e intensificar los trabajos para el reconocimiento precoz de la diabetes.

Como ha dicho Best (1960), en su notable artículo sobre el futuro en el campo de la diabetes, "sólo tendríamos que aumentar algo la severidad de nuestros tests, para comprobar que todos somos potencialmente diabéticos. Nuestro objetivo debe ser aplicar una prueba con un grado mínimo de sensibilidad adecuada para reconocer, en las condiciones particulares de sus vidas, aquellos individuos que pueden posteriormente desarrollar la diabetes".

En estos momentos se efectúan en nuestro país campañas para la búsqueda de los casos ignorados de diabetes. Es necesario uniformar las técnicas y los criterios para clasificar los resultados. Esas campañas deben ser acompañadas de una investigación y un censo de los casos conocidos para llegar a determinar la incidencia verdadera de la diabetes en los distintos países.

El reconocimiento precoz de la diabetes y su tratamiento influirán en el porvenir de los pacientes, limitando el peligro de las complicaciones agudas y crónicas. Estas últimas han aumentado en la medida en que se ha ido prolongando la sobrevivencia de los pacientes. Lamentablemente se ha adelantado muy poco en el conocimiento de la vinculación del trastorno metabólico con las lesiones degenerativas comunes: cardiovasculares, oculares, renales y nerviosas.

En estadísticas recientes, realizadas en Estados Unidos, se ha señalado que la diabetes es causa del 50 % de las cegueras no traumáticas.

El tratamiento correcto mejora el pronóstico de las diabetes de larga evolución, pero no ha conseguido evitar la producción de las lesiones degenerativas en un porcentaje importante de los casos.

Es de importancia vital que las investigaciones futuras aclaren este aspecto y encuentren medios para limitar la producción o el alcance de las terribles complicaciones crónicas que ensombrecen el porvenir de los diabéticos.

