

Editorial

Medwave Año XII, No. 3, Marzo 2012. Open Access, Creative Commons.

Analogía de la economía para comprender la diabetes

Autor: Francisco Salvador⁽¹⁾

Filiación: ⁽¹⁾Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta; Jefe Servicio de Urgencias, Asociación Chilena de Seguridad; Policlínico de Pie Diabético y Medicina Interna, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile

Correspondencia: fsalvadors@gmail.com

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2012.03.5333>

Ficha del Artículo

Citación: Salvador F. Analogía de la economía para comprender la diabetes. *Medwave* 2012 Mar;12(3) doi: 10.5867/medwave.2012.03.5333

Fecha de envío: 3/2/2012

Fecha de aceptación: 16/2/2012

Fecha de publicación: 1/3/2012

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: sin revisión por pares

Resumen

La educación es el mejor instrumento para mantener a pacientes expuestos a enfermedades crónicas compensados y motivados con el autocuidado, dado que les permite conocer mejor sus patologías y sus riesgos. Sin embargo, no siempre es posible aplicar modelos que sean claros, didácticos y que logren involucrar al paciente. Un buen ejemplo de educación en salud es la analogía de la economía aplicada a la diabetes, presentada en este artículo.

Abstract

Education is the best tool to keep patients susceptible to chronic diseases stable and motivated about self care, because this help them to deepen their understanding of their diseases and risks. However, it is not always possible to apply clear, didactic and involving models. For this reason, a good analogy of education applied in healthcare is economics applied to diabetes, as presented in this article.

Introducción

El modelo de salud basado en la educación, permite que la población expuesta a enfermedades crónicas tome conciencia de los factores de riesgo y aplique un autocuidado necesario para minimizar las consecuencias de su patología¹. Pero, lamentablemente no siempre es posible explicar de manera didáctica y comprensible², todas las aristas de una patología tan compleja y diversa como la diabetes, que en sí misma es ya una subespecialidad de la Medicina Interna. Para todos es bien sabido que un paciente bien entrenado y educado en su enfermedad, será un paciente mejor compensado. Sin embargo, los modelos educacionales usados hasta el momento tienen poco impacto y en general los pacientes poco comprenden su padecimiento³. Prueba de ello es que dentro de la evolución natural de la enfermedad, cuando se debe iniciar la insulino terapia, ellos se resisten y lo toman como un castigo⁴.

Para evitar esta resistencia a la terapia y generar una mayor adherencia al tratamiento, es que desde hace diez años inicié la educación basada en ejemplos en forma paulatina. Estos ejemplos son fáciles de entender y

permiten fijar conceptos aplicables el resto de la vida del paciente.

Conceptos de la economía para "administrar" la diabetes

En el primer ejemplo se comienza diciendo que la diabetes es igual que administrar una casa o una empresa. El **ingreso** es como la **insulina** y el **gasto** es como la **glicemia**. El glucagón se incorpora aquí para entender la contra regulación. En ocasiones se le asemeja a una jubilación en que se tiene que aprender a vivir con menos. Es decir "se jubila el páncreas", por lo que si uno recibe 100 no puede gastar 200, 300 ni 400.

El fenómeno de **insulino resistencia** se asemeja a la **inflación**, en que se recibe más, pero el costo de la vida es mayor. Esto porque surge la pregunta obvia: ¿por qué tengo diabetes, si en los exámenes sale que mi nivel de insulina es más alto del normal? En este punto se explica que si uno gasta más de lo que ingresa, uno se va endeudando. Al principio con los amigos, la familia y el almacén de la esquina; pero llega un momento en que debe pedir un préstamo. Esas financieras o bancos se llaman metformina o glibenclamida, por darle un nombre a los medicamentos hipoglicemiantes que vamos a usar.

Mientras la glibenclamida u otra sulfanilurea le prestan insulina, la metformina le ayuda a mejorar el uso de ésta. En jerga bancaria "le compran la cartera". Pero si no considera reducir sus gastos para bajar lo que se debe, es igual que tener una deuda en una tarjeta de crédito en que se paga el mínimo, pero la cuenta nunca baja. Por lo tanto, se debe gastar menos para lograr amortizar mejor la deuda y no llegar al límite del endeudamiento, vale decir, la dosis máxima de drogas hipoglicemiantes orales.

Para evaluar la capacidad de pago se mide un porcentaje de sobreendeudamiento, la hemoglobina glicosilada, que si es mayor al 7% no permite cumplir bien con los compromisos. Por lo tanto, cuando se llega al límite máximo y hay un nivel muy alto de hemoglobina glicosilada, el único que puede prestar es un prestamista. Este personaje es conocido en todo el mundo por prestar fácil, pero cobrar altos intereses, muchas veces diarios, y que si no se le paga usa el embargo y apremios muy severos. Éstos pueden ser quitarle los ojos (retinopatía, glaucoma, cataratas y otras), los pies (neuropatía diabética, pie diabético con amputación mayor o menor), los riñones (nefropatía diabética, insuficiencia renal y diálisis), el corazón (infarto, insuficiencia cardíaca), entre otros.

Hasta la etapa de insulino terapia cada uno puede ordenarse y presupuestar las comidas con los hidratos de carbono a consumir. Así se evita la deuda diaria y de ese modo no se tienen problemas con el prestamista. A su vez, en el entendido de que se gane 100, siempre debe mantenerse el nivel de glicemia entre unos 70 a 90 como reserva. De esta forma, se evita que el organismo se descompense en caso de imprevistos como infecciones, cirugías, traumatismos u otros, al no haber como asumir el gasto extra. Explicado de otra forma: se tiene un presupuesto diario de entre 180 a 200 gramos de hidratos de carbono, que debe distribuirse durante el día en cuatro comidas y colaciones, según el caso.

Algunas reflexiones

El mayor valor que tiene esta analogía es que es de fácil comprensión, permitiendo que el paciente asuma un protagonismo en su patología, ya que es él el administrador de su diabetes. Es él el que debe velar cada día por ajustar su alimentación y hacer ejercicio para mantenerse estable.

En estos 10 años en que la he usado con leves modificaciones, recuerdo tres casos que me marcaron al principio y que me motivaron a continuar con ella. El primero por ser una paciente analfabeta de origen aymará, pueblo originario del interior de la Segunda Región de Chile y norte de Argentina, y los otros dos porque después de cuatro meses de tratamiento con dieta y ejercicios, no pude volver a demostrarles que eran pacientes diabéticas. Ellas tenían hemoglobina glicosilada normal y test de tolerancia a la glucosa normal.

Hago estas reflexiones en estos días en que la experiencia se ve supeditada a la "evidencia", en que nuestros casos son sólo anécdotas de vivencias que no pueden ser traspasadas de generación tras generación, como lo hacían nuestros antiguos maestros. Aquellos que se desenvolvían en otros tiempos, en que la medicina estaba centrada en el paciente y no en las estadísticas ni en el NNT. En que lo más importante estaba en la relación médico-paciente, fiel reflejo de lo que alguna vez nos motivó e hizo soñar con servir a los demás con nuestra profesión.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

El autor ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declara no haber recibido financiamiento para la realización del artículo/investigación; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. El formulario puede ser solicitado contactando al autor responsable.

Referencias

1. García R, Suarez R. Dimensión educativa del cuidado de las personas con enfermedades crónicas. *Rev Cubana Endocrinol* 2001;12(3):178-87 [↑ | Link |](#)
2. Meneghetti A. Clinical Editorial: Do Patients Understand What We Are Saying? *Epocrates*. Jan 2012. [↑ | Link |](#)
3. García R, Suarez R. Eficacia de un seguimiento a largo plazo con educación interactiva en diabéticos tipo 1. *Rev Cubana Endocrinol* 2006;17(3) [↑ | Link |](#)
4. Lerman I. Barreras que dificultan la aplicación temprana de insulina en el paciente con diabetes tipo 2. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*. Jun 2009;7(2):66-68 [↑ | Link |](#)



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.

