Niños y Adolescentes

Se deben tener en cuenta los aspectos especiales en cuanto a la atención de niños y adolescentes con diabetes tipo 1, como los cambios en la sensibilidad a la insulina relacionados con el crecimiento y la maduración física y sexual, así como la capacidad de autocuidado.

Fuente: Diabetes Care 38(S1):70-76, 2015
Autores: Grant R, Donner T, Wexler D y colaboradores
Institución: American Diabetes Association, EE.UU.

Título: Standards of Medical Care in Diabetes-2015
Traducción textual: Normas para el Cuidado Médico en la Diabetes-2015

Diabetes tipo 1

De todos los casos de diabetes mellitus (DBT) 1, el 75% se diagnostica en personas menores de 18 años. Se deben tener en cuenta los aspectos especiales en cuanto a la atención de niños y adolescentes con DBT1, como los cambios en la sensibilidad a la insulina relacionados con el crecimiento y la maduración física y sexual, así como la capacidad de autocuidado. También se deben considerar los aspectos de cuidados en el ambiente escolar y la vulnerabilidad neurológica, tanto a la hipoglucemia como a la hiperglucemia y, posiblemente, la cetoacidosis diabética.

Debido a la escasez de clínica de estudios de investigación en los niños y adolescentes, es menos probable que las recomendaciones para esta población se basen en pruebas de ensayos clínicos.

Los niños y adolescentes con DBT1 deben ser atendidos por un equipo multidisciplinario de especialistas entrenados en el tratamiento de la DBT en edades pediátricas que sea sensible a los problemas de esta población. Es esencial la educación para el autocontrol de la DBT, la terapia nutricional y psicosocial.

En cuanto al control glucémico, se recomienda en todos los grupos de edad pediátrica un objetivo de valor de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) menor del 7.5% (recomendación grado E).

Se sugiere evaluar la presencia adicional de alteraciones autoinmunes al momento del diagnóstico y ante la presencia de síntomas (recomendación grado E). Se debe considerar detectar enfermedad celíaca en los pacientes con DBT1 mediante la medición de anticuerpos anti-transglutaminasa tisular o anti-péptido desaminado de gliadina, con la comprobación de niveles normales de inmunoglobulina A en el suero. Esta evaluación se debe realizar al poco tiempo del diagnóstico de DBT (recomendación grado E). A su vez, se debe pesquisar para descartar la presencia de enfermedad celíaca en los niños con antecedentes familiares de este cuadro, que presentan retraso del crecimiento, bajo peso o pérdida de peso, diarrea, flatulencias, dolor abdominal o signos de mala absorción. También se debe evaluar la presencia de enfermedad celíaca en los niños que padecen episodios frecuentes de hipoglucemia inexplicable o en los que hay deterioro del control glucémico (recomendación grado E).

Los individuos en los que se confirme mediante biopsia el diagnóstico de enfermedad celíaca deben cumplir un plan alimentario libre de gluten y deben consultar con un nutricionista experimentado en el tratamiento de sujetos con DBT y enfermedad celíaca (recomendación grado B).

A todos los pacientes con DBT1 se les debe realizar la medición de anticuerpos antitiroideos anti-tiroperoxidasa y anti-tiroglobulina luego del diagnóstico (recomendación grado E). Es razonable solicitar la medición de la tirotrofina luego del diagnóstico, y de encontrarse en un valor normal, se debe considerar la posibilidad de medirla cada 1 a 2 años o ante la presencia de síntomas de disfunción tiroidea (recomendación grado E).

Se debe medir la presión arterial a los niños en cada consulta. A los pacientes que presenten la presión arterial en un valor normal alto (≥ 90 para la edad, el sexo y la altura) o en rango de hipertensión arterial (≥ 95 para la edad, el sexo y la altura) se les debe confirmar el diagnóstico con mediciones de la presión arterial en tres días separados (recomendación grado B).

El tratamiento inicial de la presión arterial normal alta se basa en un plan alimentario y actividad física con el objetivo de descenso de peso. Si el objetivo de presión arterial no se alcanza en 3 a 6 meses, se debe considerar el tratamiento farmacológico (recomendación grado E).

En los sujetos con hipertensión arterial confirmada se debe iniciar tratamiento farmacológico. Se deberían considerar para el tratamiento inicial los agentes inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o los antagonistas del receptor de angiotensina. Se debe advertir sobre sus potenciales efectos teratogénicos (recomendación grado E).

Se debe obtener un perfil lipídico en ayunas en los niños ≥ 2 años poco después del diagnóstico (luego de alcanzar el control glucémico) (recomendación grado E). Si los valores de los lípidos son anormales, se debe realizar una medición anual. Si los valores de colesterol asociados con lipoproteínas de baja densidad (LDLc) son aceptables (< 100 mg/dl), se debe repetir el perfil lipídico cada 5 años (recomendación grado E). El tratamiento inicial consiste en la optimización del control glucémico y un plan alimentario dirigido a disminuir la cantidad de grasas saturadas en la dieta (recomendación grado B).

En los niños mayores de 10 años se puede agregar una estatina en los que presentan un nivel de LDLc densidad > 160 mg/dl o > 130 mg/dl si tienen un factor de riesgo cardiovascular adicional (recomendación grado E).

Se debe alentar la cesación tabáquica en los que fuman y sugerir que no inicien el hábito los no fumadores (recomendación grado B).

Se debe realizar al menos una medición anual de albuminuria, con una muestra de orina para estimar la relación albúmina-creatinina en los pacientes con DBT1 de más de 5 años de evolución (recomendación grado B).

Se sugiere medir la concentración plasmática de creatinina y estimar el filtrado glomerular al diagnóstico y en forma posterior en función de la edad, la duración de la DBT y el tratamiento (recomendación grado E).

Se debe considerar el tratamiento con un fármaco inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina cuando se documenta una relación albuminuria/creatininuria mayor de 30 mg/g en al menos dos de tres muestras de orina. Éstas se deberían obtener durante un intervalo de 6 meses luego de intentar mejorar el control glucémico y normalizar la presión arterial para la edad (recomendación grado B).

Es recomendable realizar un fondo de ojo con dilatación pupilar al inicio de la pubertad o en los niños ≥ 10 años, lo que ocurra primero, una vez que el joven ha tenido diabetes por 3 a 5 años (recomendación grado B). Tras el examen inicial, se sugiere un seguimiento anual.

Tanto los jóvenes con DBT1 como sus padres o cuidadores deben recibir educación apropiada e individualizada sobre el autocuidado.

Se debe preparar al adolescente para la transición de la atención hacia el servicio de adultos (recomendación grado E).

Diabetes tipo 2

Sobre de la base de la estimación de un incremento anual del 2.3% en la prevalencia de DBT2, este cuadro se cuadruplicará en los menores de 20 años en 40 años. Dada la epidemia actual de obesidad, es un desafío el diagnóstico diferencial entre DBT1 y DBT2 en edades pediátricas. Se debe considerar que pacientes con las características de la DBT2 (entre las que se incluyen obesidad y acantosis *nigricans)* pueden estar presentes los autoanticuerpos y la cetosis. Es fundamental realizar un diagnóstico correcto, dadas las diferencias entre los tipos. Al diagnóstico de DBT2 pueden estar presentes otras comorbilidades, por lo cual se sugiere que se realice en ese momento la medición de la presión arterial, un perfil de lípidos en ayunas, la evaluación de la excreción de albúmina y un fondo de ojo con dilatación pupilar. A partir de entonces, las pautas de detección y tratamiento son similares a aquellas para los jóvenes con DBT1. A su vez, se deben considerar problemas adicionales entre los que se incluyen el síndrome de ovarios poliquísticos, las diversas comorbilidades asociadas con la obesidad pediátrica, como la apnea del sueño, la esteatosis hepática, las complicaciones ortopédicas y las cuestiones psicosociales.

Aspecto psicosocial

Se recomienda que tanto al momento del diagnóstico como durante el seguimiento se evalúen las cuestiones psicosociales y las tensiones familiares que podrían afectar la adhesión al tratamiento. Se debe derivar a profesionales especializados en salud mental con experiencia en DBT en edades pediátricas (recomendación grado E).

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2015
www.siicsalud.com