



IGNACIO DÍEZ-LÓPEZ

IGNACIO DÍEZ-LÓPEZ, INVESTIGADOR Y RESPONSABLE DEL ÁREA DE ENDOCRINOLOGÍA INFANTIL Y JUVENIL DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL H. UNIVERSITARIO ARABA DE VITORIA

Experto en diabetes infantil

Pediatra y doctor en pediatría por la Universidad de Valladolid, Ignacio Díez-López ha construido su carrera alrededor de la atención a la diabetes infantil. Acumula 50 publicaciones nacionales e internacionales, una decena de libros y artículos en pediatría, y más de 200 presentaciones en conferencias y ponencias españolas e internacionales. Además, es miembro del consejo asesor de cribado neonatal del Gobierno Vasco y director del 'Boletín de Pediatría'.

“Los padres **deben exigir** que un **endocrino infantil** *atienda a su hijo con diabetes*”

“Los padres tienen que reclamar que los endocrinos infantiles sean reconocidos como tales”, dice Ignacio Díez-López, investigador y responsable del área de Endocrinología infantil y juvenil del Departamento de Pediatría del H. Universitario Araba de Vitoria (Álava). Este apasionado de la pediatría especialista reivindica el buen hacer de la mayoría de los profesionales que dedican su carrera a los niños con diabetes, unos pediatras que, sin embargo, en España no tienen reconocidos ni acreditada esa especialidad por la sanidad pública.

Eso quiere decir que un endocrino infantil, sobre el papel simple pediatra, podría ser cambiado de posición en cualquier momento, y llamado a hacer otro tipo de labor totalmente diferen-

te dentro del extenso universo de la pediatría. “En aquellos sitios donde los usuarios perciban que la asistencia no es adecuada, deben exigir el perfil del especialista pediátrico con dedicación preferente y reconocida a esta área de capacitación: la endocrinología infantil”.

Díez también defiende la creación de más unidades de diabetología infantil, un tipo de unidad que es promovida desde hace unos años por la Sociedad

España es de los pocos países occidentales en que el título de endocrino infantil no está como tal reconocido por las autoridades sanitarias

Europea de Endocrinología Infantil y la Sociedad de Diabetes Europea. De hecho, la proliferación de estas unidades acabaría llevando al reconocimiento del endocrino infantil. “La pediatría debe dejar de ser el gran olvidado”. Ese olvido acaba pasando factura: **“La atención médica que prestamos y sembramos durante los cinco primeros años de vida de un niño o durante el primer año tras el debut, marca el devenir de los siguientes 60 y 70 años. Podemos contribuir a una mejor salud en la edad adulta y la senectud, y a grandes ahorros para el sistema público de salud”.**

En esta entrevista, Ignacio Díez también nos habla acerca de sus líneas de investigación sobre los niños de bajo peso para la edad gestacional, sobre



Defiende la creación de unidades en diabetología infantil para profesionalizar aún más la atención a los niños

la relación entre el déficit de vitamina D y diabetes, y sobre la prevalencia de la diabetes tipo 2 entre jóvenes con sobrepeso.

Una de las grandes quejas del colectivo de pediatras es que la endocrinología infantil no ha sido aún reconocida con un título.

España es de los pocos países occidentales en que ese título no está reconocido. El único título existente es el de pediatra. Lo que sí que existe es la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP), con más de 50 años de historia en nuestro país y que cuenta en la actualidad con unos 250 socios numerarios y con cerca de 100 socios acreditados, es decir, que hayan probado cinco años de experiencia atendiendo a pacientes y elaborando trabajos de investigación. Ahora bien, no se trata de un título reconocido. Por esa falta de regulación, el sistema público de salud no convoca plazas de endocrinos infantiles, salvo algunas excepciones.

¿Qué perjuicios provoca la falta de esa titulación?

Al no haber un reconocimiento de esta área de especialización, se está malgastando el conocimiento de los expertos en endocrinología infantil y se puede dar la circunstancia de que médicos no lo suficientemente capacitados atiendan a los niños con diabetes, ya que sobre el papel todos son pediatras. **Un gerente puede tener en cuenta a la hora de distribuir las agendas el saber hacer de estos profesionales -es decir, su experiencia en diabetes infantil- o, por el contrario, prescindir de este requerimiento si las**

Reivindica el alto valor de la pediatría: “Lo que sembremos los cinco primeros años de vida va a condicionar el devenir de una persona”

circunstancias así lo requieren. Ocurre lo mismo en todas las disciplinas infantiles, como cardiología, neurología o respiratorio. Así como una persona adulta con diabetes no es visitada por un cardiólogo de adultos o un otorrino, un niño con diabetes debe ser atendido por un endocrino infantil acreditado. Desde la SEEP y la sociedad científica Asociación Española de Pediatría (AEP), se está trabajando conjuntamente y con gran esfuerzo para intentar que el Ministerio reconozca las especialidades pediátricas, pero el camino se hace largo y complejo. **Otro hecho no deseable es que la diabetes infantil sea atendida por médicos especialistas de adultos. La forma de enfermar y la fisiología del niño hacen que el seguimiento sea sustancialmente diferente. La propia OMS, dentro de la Carta de Derechos del Niño, establece que el pediatra debe ser el referente y médico preferente en el seguimiento de la salud del niño, sea cual sea su patología.**

Desde hace unos años, la Sociedad Europea de Endocrinología Infantil y la Sociedad de Diabetes Europea, están promoviendo la creación de unidades de diabetología infantil. Para ser funcionales, estas unidades requieren un mínimo de entre 80 y 100 pacientes, deberían incluir a uno o dos pediatras endocrinos, a un profesional de la enfermería y educador diabetológico, y a un nutricionista e incluso un psicólogo. La idea es que un niño pueda acudir dos o tres veces al año a su hospital comarcal o de área más próximo, pero al menos una vez al año a esta unidad.



¿Hay unidades de diabetología de estas características en España?

Hoy por hoy son pocos los centros que cumplen con estos criterios de calidad, principalmente en un puñado de grandes capitales, si bien en algunas autonomías no hay ninguna. Con la generalización de estas unidades, avanzaríamos hacia un modelo estándar de atención a los niños con diabetes. Ahora cada autonomía hace las cosas de una manera determinada e incluso ofrece soporte técnico y recursos humanos muy diferentes a los pacientes diabéticos.

¿Se puede considerar la unidad que usted dirige como una muestra del modelo impulsado desde Europa?

Trabajando en colaboración con el Hospital de Cruces, sí. En la actualidad en Álava somos dos pediatras endocrinos y contamos con una enfermera-educadora, y con nutricionistas y psicólogos a media jornada. Nuestra base de datos indica que el número de niños que seguimos se acerca a ese número mínimo ideal.

Los padres se preocupan enormemente por sus hijos con diabetes. ¿Qué mensaje deben trasladar los médicos a los progenitores?

Recuerdo decir a alguno de mis maestros en la diabetología a los padres en el momento del debut: “No se preocupen, dentro de 10 años habrá cura”. La experiencia me dice que esta argumentación se aleja de la realidad. Cuanto más sabemos, más nos damos cuenta de lo que no sabemos. Se han producido grandes avances tecnológicos, con las bombas y las nuevas insulinas. Y el futuro nos traerá el páncreas artificial. Pero, por otro lado, hay que prestar atención a los obstáculos que hay para avanzar con los trabajos de investigación. El gran perfeccionamiento de la insulina, los protocolos éticos y tal vez la industria, se han convertido en un freno para investigar con más determinación en humanos técnicas que han visto un gran fruto en otros mamíferos, como los perros.

A las familias debemos mantenerles la esperanza, pero con los pies en la tierra: estamos trabajando cada día y avanzando por un futuro mejor para los niños y personas diabéticas; no sabemos cuándo llegará la cura, pero cuando ésta esté disponible, deben estar en las mejores condiciones posibles para poder recibirla. Es por ello que el día a día se hace fundamental.

¿Cuáles han sido los grandes avances para el tratamiento de los niños?

Las bombas han sido una gran aportación, pero no son la panacea, porque son tan buenas y eficientes como alta sea la implicación del paciente y su entorno. Si el paciente es un desastre en su uso, poco nos ayudan. Los sensores continuos de azúcar han constituido un gran avance. Una de las inconveniencias es que los dispositivos y la tecnología farmacológica más innovadora, siempre están disponibles mucho antes para los adultos con diabetes que para los niños. Los menores, que constituyen un mercado más pequeño, quedan siempre en un segundo lugar. Por otro lado, también es cierto que las pruebas y ensayos con niños implican un amplio debate legal y ético.

Además de dirigir una unidad de diabetes, usted también lleva a cabo diferentes valores de investigación.

Una de las líneas de investigación tiene que ver con el niño Pequeño para la Edad Gestacional (PEG). Colaboramos con un grupo de trabajo en

ciudad de Madrid. Sabemos que este déficit puede conducir a una diabetes o bien impedir que se lleve un buen control de la enfermedad. De forma curiosa, en Euskadi los niveles de radiación son similares a los del Norte de Finlandia e Islandia. De forma natural, esta vitamina se obtiene con la leche y el pescado, y con la radiación solar. Por eso es importante que los niños lactados a pecho tomen vitamina D (la leche de fórmula ya lleva vitamina D). Está claro que la diabetes infantil es multifactorial, pero también es cierto que el déficit de vitamina D es uno de esos factores que puede influir tanto en su aparición como en el devenir de la enfermedad.

¿Nos puede hablar de la investigación que está realizando en el campo de la diabetes tipo 2 en la infancia?

Un tercio de los niños tiene obesidad o sobrepeso en España. Ahora mismo nuestro grupo está realizando un tipo de estudio en esta población, en colaboración con grupos de otros países. El objetivo es poder utilizar a corto plazo en la población pediátrica fármacos de demostrada eficacia en adultos. Según estudios de nuestro país de 1.000 niños obesos, sólo tenemos dos casos de diabetes tipo 2. O bien entra en juego algún factor protector en nuestra población, o bien estamos en pediatría infradiagnosticando este problema tan bien conocido por los compañeros de adultos. Esta patología va a suponer un verdadero reto de cara a los próximos años en nuestra especialidad.

red sobre este tema coordinado por la endocrinóloga infantil Lourdes Ibáñez [ver número 35 de la revista], que ha concluido que los lactantes con antecedentes de bajo peso al nacer para la edad gestacional deben ser alimentados preferiblemente con lactancia materna. Y es que las leches de fórmula especialmente enriquecidas o el empeño por recuperar el peso de estos niños, pueden conducir a una ganancia de peso excesiva y rápida, que culmine en sobrepeso y en el aumento del riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. **En nuestro centro estamos siguiendo un grupo de niños pequeños de talla en sus dos primeros años de vida. El 50% de los niños analizados recupera la talla en dos años. Y el otro 50%, siguen presentando un déficit de peso al cabo de ese tiempo o recupera el peso normal de forma demasiado rápida. Con esta cohorte estamos aprendiendo qué elementos o factores influyen en que lo hagan de una forma u otra.**

Otro tema que investigan es la relación entre vitamina D y diabetes.

El déficit de esta vitamina es constante en la población diabética, de niños y en adultos en general, sobre todo por encima del paralelo que pasa por la