

DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES

Beneficios y riesgos del control intensivo de la glucosa

página 12

Soluciones con nuevos fármacos antidiabéticos y cirugía de la obesidad

página 14

Niños y adolescentes, en el punto de mira del aumento de la diabetes

página 17

LA CLASE POLÍTICA INCREMENTA SU IMPLICACIÓN EN EL ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD, QUE PUEDE RESTAR DIEZ AÑOS A LA ESPERANZA DE VIDA

La obesidad, principal foco de preocupación

→ La creciente incidencia de la obesidad, especialmente la infantil, está haciendo un flaco favor al abordaje de la diabetes. Las cifras sobre su prevalencia no dejan de crecer y, pese al fomento de la prevención, los especia-

listas se están viendo obligados a prevenir, más que la diabetes, sus complicaciones. Hoy, en su día mundial, una enfermedad que afecta a 250 millones de personas recibirá la atención que necesita durante todo el año.

■ José A. Plaza

Hoy se celebra el Día Mundial de la Diabetes, una enfermedad que afecta a cerca de 250 millones de personas en todo el mundo. Las cifras, además de por sí mismas, asustan porque no dejan de crecer: dentro de cinco años serán cerca de 400 millones los afectados. La obesidad infantil, auténtica epidemia del siglo XXI, está provocando que "la prevención de la diabetes tipo 2 se convierta en un imposible" y que el objetivo sea la búsqueda del mal menor: la prevención de las complicaciones. Es la opinión de Manuel Puig, del Hospital Clínico de Barcelona.

España no vive al margen de esta realidad. En los últimos diez años la prevalencia de la diabetes se ha multiplicado por dos, pasando de un 6 a casi un 12 por ciento. Manuel Aguilar Diosdado, presidente de la Sociedad Española de Diabetes, cree que, más allá de las mejoras en el abordaje clínico de la enfermedad, la gran noticia de los últimos años es la implicación de la clase política.

■ Implicación política

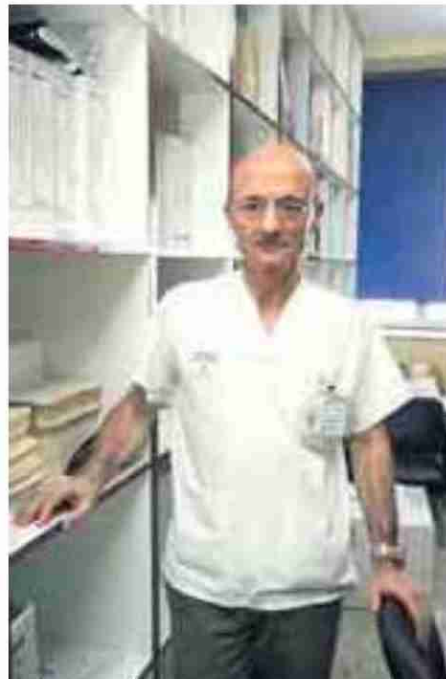
A la Estrategia para la Diabetes del Ministerio de Sanidad, que se aprobó hace dos años con el acuerdo de todas las autonomías, se suma que el Gobierno, la SED y el Centro de Investigación Biomédica en Red de Dia-

betes y Enfermedades Metabólicas (que se presenta hoy mismo) están preparando un estudio sobre la prevalencia cuyos datos verán la luz en 2009. La Administración ha recogido, al menos, parte de la preocupación de los especialistas.

El presidente de la SED sigue confiando en las labores preventivas como principal arma. Pese a que anti-diabéticos orales como la metformina y las sulfonilureas han permitido una cierta mejoría terapéutica, el número de afectados sigue creciendo: planificar nuevos abordajes se ha convertido en una necesidad.

El arsenal terapéutico es variado, pero la retirada del mercado de la insulina inhalada supuso un pequeño freno a las innovaciones terapéuticas: "Por primera vez se había cambiado el modo de administración, pero la posibilidad de que provocara a largo plazo problemas pulmonares ha cortado su evolución. Es necesario investigar más para saber si se puede recuperar esta opción".

La alternativa de los anti-diabéticos orales "debe utilizarse en una población muy concreta". Estos fármacos aumentan la sensibilidad a la insulina, no causan hipoglucemia y cuentan con una gran tolerancia entre los pacientes, pero en algunos casos pueden causar insuficiencia cardíaca. Por ello, Aguilar ha apuntado



Manuel Aguilar Diosdado, presidente de la SED.

Lo que hace años era poco menos que impensable se ha convertido en realidad: menores de diez años afectados de diabetes tipo 2

que "conocer la población diana para obtener una correcta selección del paciente candidato" es una necesidad en este tipo de patologías.

La labor de prevención, actualmente, trasciende a la

profesión médica: "La industria, los ayuntamientos y la sociedad deben colaborar en el control de la alimentación, especialmente la infantil, porque la obesidad se ha convertido en sinónimo de diabetes y es algo que va

en aumento". Aguilar cree que las recomendaciones que se lanzan desde el ámbito sanitario "no llegan a demasiada gente", por lo que la implicación de estos sectores "es básica".

■ Obesidad, lacra social

La obesidad se está convirtiendo en el gran aliado de la diabetes. Para Javier Salvador, del Departamento de Endocrinología y Nutrición de la Clínica Universitaria de Navarra, se trata del principal problema. Las perspectivas no son precisamente halagüeñas: "El número de niños obesos crece sin parar, y ya sabemos que un niño obeso es un adulto enfermo".

La patología ya no es la misma que hace diez años, por ejemplo, y el sedentarismo está provocando que los especialistas se encuentren con casos que hace años eran difíciles de imaginar: "Cada vez hay más casos de diabetes tipo 2 en edad infanto-juvenil". Pese a que se trata de una enfermedad propia de adultos, la obesidad está causando que niños menores de diez años, en los que la representación común sería el tipo 1, estén afectados por el tipo 2.

Se trata de una enfermedad de, de media, puede restar entre cinco y diez años a la esperanza de vida de los afectados. Más que durante un día mundial, la diabetes necesita ser foco de atención 365 días al año.

Por culpa de un rápido desarrollo

La lista de los diez países en los que la prevalencia de la diabetes es mayor no deja de llamar la atención: la república de Nauru, en la Micronesia, encabeza la clasificación con un 30 por ciento de la población afectada. Le siguen países que también han experimentado un rápido desarrollo: Emiratos Árabes, Arabia Saudí, Bahrein, Kuwait y Omán. Mauricio, Egipto y México cierran una lista que podría explicarse por la adopción de una dieta y un estilo de vida occidentales.

■ La diabetes, en cifras

- Afecta a 246 millones de personas. Se estima que en 2013 habrá 380 millones de diabéticos, una cifra que puede quedarse corta por la incidencia de la obesidad infantil.
- Cada año hay siete millones más de afectados.
- Hay cerca de cuatro millones anuales de fallecimientos ligados directamente a la diabetes

- El 75 por ciento de muertes por la enfermedad se deben a eventos cardiovasculares.
- Los afectados de DM2 tienen más del doble de riesgo de sufrir un infarto de miocardio o un derrame cerebral. Sus posibilidades de amputación de un miembro inferior son de entre un 15 y un 40 por ciento mayor.
- Por término medio, los afectados

- cuentan con una esperanza de vida entre 5 y 10 años menor que las personas sanas.
- La prevalencia de la diabetes se ha duplicado en España en los últimos diez años. De un 6 por ciento ha llegado hasta superar el 10 por ciento. La sufre cerca del 75 por ciento de la tercera edad.
- Entre los diez países con mayor

- prevalencia, siete se encuentran en estado de desarrollo, lo que dificulta aún más el abordaje.
- Cada vez se dan más casos infanto-juveniles de diabetes tipo 2. Se ha llegado a detectar en niños menores de diez años.
- La diabetes tipo 1, que afecta al 10 por ciento de pacientes, aumenta a un ritmo del 3 por ciento anual.

NO EVITA EL DAÑO CARDIOVASCULAR, SEGÚN 'ADVANCE' Y 'ACCORD'

Evidencias del control intensivo de la glucosa

→ Dos de las investigaciones más relevantes en diabetes tipo 2, publicadas por **NEJM** en junio de este año, ofrecieron resultados diferentes respecto al control de la glucemia y los episodios cardiovasculares.

Redacción

Dos estudios publicados el pasado junio en la revista *The New England Journal of Medicine*, el *Advance* y el *Accord*, aportaron resultados diferentes respecto al control de la glucemia y los episodios cardiovasculares en pacientes con diabetes de tipo 2 (DM2).

Ambos estudios tienen en común su buen diseño y randomización, y entre los dos aportan datos de más de 20.000 pacientes. Los dos trabajos evaluaron una estrategia intensiva de control de la glucosa en sangre, más que un régimen terapéutico específico, para lograr niveles de glucemia por debajo de los actualmente recomendados. En el estudio *Advance*, coordinado por Anushka Patel, del Instituto George para la Salud Internacional, de Australia, el control intensivo de los niveles de glucosa logró una reducción relativa del 10 por ciento de resultados combinados de eventos microvasculares y macrovasculares, sobre todo como consecuencia de la reducción relativa de la nefropatía de un 21 por ciento. El grupo *Advance* asignó de forma aleatoria a 11.140 pacientes con DM2 a someterse a un control de glucosa

estándar o a un control intensivo (ver gráfico), definido como el uso de glicazida junto con otro de los fármacos necesarios para lograr valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c) del 6,5 por ciento o inferiores.

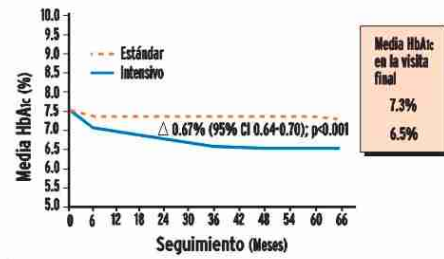
La variable de resultado final primario se compuso de episodios macrovasculares mayores (fallecimiento por causas cardiovasculares, infarto de miocardio no fatal o ictus no fatal) y eventos microvasculares mayores (agravamiento o aparición de nefropatía o retinopatía), evaluando ambos de forma conjunta y por separado.

Tras cinco años de seguimiento, el nivel de HbA1c fue inferior en el grupo de control intensivo (6,5 por ciento) en comparación con el grupo de control estándar (7,3 por ciento).

En el grupo sometido a un control intensivo se redujo la incidencia de episodios macro y microvasculares combinados y lo mismo sucedió en los episodios microvasculares mayores.

El tipo de control al que se sometió a los pacientes no influyó en los eventos macrovasculares, en el fallecimiento por causas cardiovasculares o en los fallecimientos por cualquier otra causa.

Hemoglobina A1c



Fuente: Intensive Diabetes

CONTROL DE LA GLUCOSA

La estrategia de control intensivo de la glucosa, según el estudio *Advance* (que fue realizado por el Instituto George para la Salud Internacional, de Australia, en 11.140 pacientes con diabetes tipo 2), incluye los siguientes puntos:

- Visitas más frecuentes
- Énfasis en el manejo del estilo de vida
- Criterio del médico basado en la HbA1c y en los niveles de glucemia en ayunas:
 - Maximizar la dosis de glicazida
 - Añadir otros agentes orales
 - Añadir insulina de acción prolongada
 - Cambiar a terapia de insulina

Entre los datos ofrecidos por el equipo dirigido por Patel destaca la reducción de un 14 por ciento de problemas microvasculares, como nefropatía y retinopatía, y una reducción de la enfermedad del hígado en un 21 por ciento.

Estudio 'Accord'

Por su parte, el estudio *Accord* concluyó que, en comparación con el uso de terapia estándar, la utilización de terapia intensiva para lograr niveles normales de hemoglobina glicosilada durante 3,5 años aumenta la mortalidad y no reduce significativamente los episodios cardiovasculares mayo-

res.

Estos hallazgos identifican un daño antes no reconocido de la reducción intensiva de la glucosa en pacientes de alto riesgo con diabetes tipo 2.

En dicho estudio, 10.251 pacientes con una edad media de 62,2 años y con una mediana de 8,1 por ciento en el nivel de hemoglobina glicosilada fueron asignados a recibir o bien una terapia intensiva para reducir el nivel de hemoglobina por debajo del 6 por ciento, o una terapia estándar para mantenerlo entre el 7 y el 7,9 por ciento.

■ (*N Engl J Med* 2008 358: 2.560-2.572/ 2.545-2.559).

CLAVE EN LA TERAPIA

El Parlamento Europeo apoya el autocontrol en diabetes tipo 2

Redacción

El Parlamento Europeo, en Bruselas (Bélgica), ha sido testigo esta semana de la presentación del estudio *Rosso in Praxis*, una ampliación del estudio *Rosso* (estudio retrospectivo del autocontrol de la glucosa en sangre y los resultados en las personas con diabetes tipo 2) que confirma que los pacientes que autocontrolan regularmente sus niveles de glucosa en sangre presentan unos niveles significativamente más bajos de morbilidad y mortalidad respecto a los que no llevan a cabo esta práctica.

El estudio, dirigido por Stephan Martin, del Centro Alemán de Diabetes, en Düsseldorf, publicado en la revista *Diabetologia* y patrocinado por Roche, fue realizado en más de 3.000 pacientes con diabetes tipo 2 y confirmó que el autocontrol aplicado a esta enfermedad reduce el riesgo de sufrir morbilidades asociadas a la diabetes en un 32 por ciento y la mortalidad en un 51 por ciento.

Un informe publicado recientemente ha revelado que el índice de nuevos casos de diabetes ha aumentado cerca de un 90 por ciento en Estados Unidos en la última década, debido principalmente al incremento de la obesidad y al estilo de vida sedentario. En este sentido, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos ha indicado que los casos de diabetes se han incrementado hasta llegar a 9,1 de cada 1.000 personas por año entre 2005 y el 2007 desde los 4,8 de cada 1.000 registrados entre 1995 y 1997.

Disponibles para todos

Organismos como la Federación Internacional de Diabetes o el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido, en sus guías sobre la diabetes tipo 2 recomiendan que "el autocontrol debe estar disponible para todos las personas con diabetes como parte de la gestión de su patología, incluso en los que no utilizan insulina". Para lograr este objetivo, Bruselas apoya ofrecer al paciente los mecanismos necesarios para disponer de esa información y actuar. Así, es básico el acceso a tiras para glucómetros.

EL ESTUDIO 'UKPDS' CONDUJO A DESCARTAR UN ESQUEMA CENTRADO EN LA DIABETES TIPO 1

El peso y otros factores son tan importantes como la glucemia en el manejo del diabético

Redacción

Las guías de las sociedades científicas europeas y americanas aconsejan una intervención lo más precoz e intensa posible, pero hay matices. En el caso de la diabetes, estudios publicados este año han empezado a cuestionar la idoneidad de reducir mucho las cifras de glucemia, lo que contradice la línea de control estricto que se emprendió a partir del Estudio Prospectivo sobre Diabetes del Reino Unido (*Ukpds*, según sus siglas inglesas).

Este ensayo, coordinado por Rury Holman, profesor de Medicina Diabética de la Universidad de Oxford, en

Reino Unido, indicaba que una reducción del 1 por ciento de la hemoglobina glicosilada se correspondía con una disminución del 14 por ciento de la muerte coronaria.

Pero el *Ukpds* también aportó enseñanzas valiosas, puesto que movió a los endocrinólogos a reemplazar un esquema centrado en la diabetes o que arrastraba conceptos clásicos de la tipo 1 en los que el tratamiento con insulina y fármacos hipoglucemiantes era lo esencial. A partir del citado estudio y otros posteriores, se ha podido comprobar que lo importante en un paciente diabético no es sólo el con-

trol glucémico.

Además, "sabemos, gracias a nuestro estudio, que la diabetes tipo 2 es una condición progresiva en la que la mayoría de los pacientes requieren eventualmente el tratamiento con insulina", ha explicado Holman. En este trabajo, la metformina fue el único fármaco capaz de disminuir la mortalidad cardiovascular en el subgrupo de pacientes con diabetes tipo 2 y sobrepeso u obesidad. Otros fármacos no demostraron estos efectos, a pesar de que fueron igualmente eficaces en la reducción de la hiperglucemia.

La explicación más plausible es que la metformina

mejora la resistencia a la insulina o los trastornos asociados.

Ganancia de peso

Por otro lado, el estudio *Ukpds* demostró que el tratamiento insulínico es, con diferencia, el que más afecta al peso del enfermo. Los investigadores observaron que cada reducción de un punto de hemoglobina glicosilada en los enfermos iba unida a una ganancia de peso de dos kilogramos aproximadamente. Este hecho ha llevado a que en los estudios realizados para valorar las nuevas insulinas se tenga en cuenta el peso como uno de los factores que se deben



Rury Holman.

analizar.

Iniciado en 1977, el *Ukpds* fue diseñado para determinar hasta qué punto es factible reducir el riesgo de complicaciones macro y microvasculares de la enfermedad, mediante un control intensivo de la glucemia, así como las ventajas y complicaciones particulares del tratamiento utilizado.

CRECEN LAS FAMILIAS DE ANTIDIABÉTICOS ORALES, MIENTRAS LA CIRUGÍA AMPLÍA INDICACIONES EN EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS

Los nuevos fármacos y el bisturí buscan hueco

→ El tratamiento farmacológico, junto con la dieta y el ejercicio, es la base del abordaje de la diabetes tipo 2. Los nuevos fármacos tratan de hacerse hueco entre los pacientes que no responden bien a las terapia convencio-

nales. Por otro lado, la cirugía ha irrumpido también en el control del síndrome, aunque todavía se estudian las indicaciones más adecuadas. Y en un futuro bastante más lejano se sitúa la terapia con células madre.

■ José A. Plaza/S. Moreno

Al paciente puede desesperarle la lentitud con que avanza la ciencia, pero lo cierto es que el arsenal terapéutico ha cambiado bastante en muy poco tiempo. Si se analiza la última década (ver cuadro), se ha pasado de cuatro familias de fármacos antidiabéticos a las nueve actuales. Sin embargo, lo ocurrido con la troglitazona -la primera molécula de las tiazolidinedionas o glitazonas en ser aprobada y que se retiró a los dos años por hepatotoxicidad- y con la insulina inhalada -Pfizer dejó de comercializar *Exubera* aduciendo una pobre aceptación- ilustra lo complejo que resulta desarrollar un antidiabético seguro y que aporte algo diferente. David Nathan, director del Centro de Diabetes del Hospital General de Massachusetts, ya reflexionó en voz alta sobre este hecho en *The New England*: "Los nuevos antidiabéticos son siempre bienvenidos, pero algunos de los más recientes no ofrecen una mayor eficacia a la hora de reducir la glucemia que la aportada por las tres familias más antiguas (insulina, sulfonilureas y biguanidas)". Nathan era partidario de optimizar recursos para mejorar el control de la diabetes, sin abandonar la investi-

Una bomba positiva

Una bomba inteligente basada en un sensor que arroja cifras de glucemia en tiempo real podría suponer un avance importante en el tratamiento de la diabetes tipo 1. El estudio *Switch* en el Hospital Clínico de Barcelona está evaluando si este tipo de bomba es factible. En principio estaría dirigida a pacientes con mucha inestabilidad en el control glucémico. El sensor que transmitiría de forma telemática los niveles de glucemia a la bomba de insulina parece una posibilidad bastante más cercana que la terapia celular.

Los nuevos antidiabéticos son bienvenidos, pero es difícil encontrar fármacos seguros y que aporten algo nuevo a los ya disponibles

gación en nuevas moléculas, esforzarse en hacer más eficaces las estrategias terapéuticas disponibles.

En España, coincidiendo con el Día Mundial de la Diabetes, se ha presentado el mimético de la incretina, exenatida. Indicado en pacientes diabéticos de tipo 2, que no alcanzan los controles adecuados con los antidiabéticos orales utilizados con más frecuencia, exenatida (desarrollado por Lilly como *Byetta*) actúa sólo cuando los niveles de glucosa en sangre se ven elevados, imitando las acciones de control del propio organis-

Fármacos aprobados en EEUU

Fármaco	Vía	Año de introducción	Eficacia en monoterapia*
Insulina	Parenteral	1921	>/=2,5
Insulina inhalada	Pulmonar	2006	1,5
Sulfonilureas	Oral	1946	1,5
Biguanidas	Oral	1957	
Metformina (1)	Oral	1995	1,5
Inhibidores de la α -glucosidasa	Oral	1995	0,5-0,8
Tiazolidinedionas	Oral		0,8-1,0
Troglitazona (2)	Oral	1997	
Rosiglitazona	Oral	1999	
Pioglitazona	Oral	1999	
Glinidas	Oral	1997	1,0-1,5
Análogos GLP-1	Parenteral	2005	0,6
Análogos de la amilina	Parenteral	2005	0,6
Inhibidores DPP-IV	Oral	2006	0,5-0,9

(*): Medida como reducción en la concentración de la hemoglobina glicosilada.
(1) Fecha de la disponibilidad en Estados Unidos; en otros países lo está desde 1997.
(2) Retirada del mercado en 2000 por hepatotoxicidad.

Fuente: *New England Journal of Medicine*

mo. El mecanismo de acción de este fármaco imita muchos de los efectos que sobre el páncreas, el hígado, el sistema nervioso central y el estómago ejerce la incretina más importante del intestino humano: el péptido

similar a glucagón (GLP-1). Según explica Manuel Puig, del Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico, de Barcelona, "este efecto consigue que mejoren los dos parámetros de control más importantes en el trata-

miento de los pacientes diabéticos: los niveles de glucosa en ayunas y, sobre todo, los niveles de glucosa posprandial". Este análogo de GLP-1 constituye un paso previo al tratamiento con insulina, pues se dirige a pacientes que no están bien controlados con las dosis máximas de tratamientos orales convencionales.

También de reciente aparición en el mercado español es vildagliptina, un inhibidor de la enzima dipeptidilpeptidasa 4 (DPP-4). La vildagliptina (*Galvus*, de Novartis) actúa a través de un mecanismo de acción novedoso sobre la disfunción de los islotes pancreáticos y que restaura la capacidad natural del organismo en aumentar la insulina y disminuir el glucagón (dos hormonas esenciales en el control de la concentración de azúcar en sangre). Dirigida a pacientes con diabetes tipo 2 que no logran cifras de glucemia recomendadas con los antidiabéticos más prescritos, vildagliptina también se ha desarrollado en combinación con metformina en un mismo comprimido (*Eucras*, de Novartis), lo que facilita la adherencia al tra-

tamiento.

Entre las ventajas de estos nuevos fármacos se destaca su efecto positivo sobre el control del peso. De hecho, Javier Salvador, director del Departamento de Endocrinología y Nutrición de la Clínica Universitaria de Navarra, en Pamplona, asegura que "en la diabetes tipo 2 el

La cirugía metabólica se ha mostrado eficaz en el control de la diabetes tipo 2 de pacientes obesos; ahora se estudian nuevas indicaciones

progreso de la enfermedad se asocia a un aumento de peso y a esta ganancia también contribuyen algunos fármacos". En concreto, exenatida ha demostrado que reduce progresivamente el peso corporal (hasta 5,3 kilos en tres años de tratamiento).

Precisamente la acción sobre los niveles de GLP-1 y el efecto incretínico son dos de los mecanismos que explicarían los buenos resultados obtenidos en la diabetes de pacientes obesos que reciben una cirugía bariátrica. Como expone Puig, "hay líneas de investigación en marcha sobre los beneficios de la cirugía bariátrica en la diabetes tipo 2". Este tipo de cirugía, que cuando abandona su objetivo original de reducción de peso para abordar la diabetes se conoce como metabólica, es uno de los tratamientos en investigación con más expectativas. Puig continúa: "En pacientes con un IMC de 35 o superior -donde la cirugía metabólica ya se indica- podemos lograr un 90 por ciento de curación en términos de normalización del test de tolerancia a la glucosa tras un bypass gástrico. Los beneficios de la cirugía son superiores en la diabetes: un individuo diabético con un IMC de 25 podría lograr mejores resultados en el tratamiento del síndrome que en el peso de un obeso mórbido no diabético". Uno de los ensayos que arrojará luz sobre ello estudia los beneficios de la gastrectomía tubular en sujetos diabéticos con un IMC entre 30 y 35.



Terapia celular

Más a largo plazo, la terapia celular también podría aportar soluciones a la diabetes. El objetivo sería evitar la destrucción de las células beta y en la diabetes tipo 1 también habría que regenerarlas. Para ello se estudia la infusión de progenitores hematopoyéticos y la implantación de células en el páncreas, aunque la vía más espectacular que se investiga, aún en ratones, es la creación de células secretoras de insulina a partir de células adultas.

SEGÚN HA PUESTO DE MANIFIESTO EL COORDINADOR DEL PLAN, JOSÉ ANTONIO VÁZQUEZ

La estrategia nacional aún no es referente para los médicos

➔ **Dos años después de entrar en vigor, la Estrategia Nacional frente a la Diabetes continúa sin ser una guía de referencia para los profesionales, que aún conviven en un sistema nacional con alta variabilidad asistencial.**

■ Marina Tocón

La Estrategia Nacional frente a la Diabetes ha cumplido recientemente dos años de su aplicación (ver DM del 13-X-2008), y aún no ha conseguido ser una guía de referencia para los profesionales sanitarios. Al menos así lo cree José Antonio Vázquez, coordinador de la Estrategia, que ayer intervino en la I Jornada Técnica sobre el plan nacional, y en la que también se presentó la guía de práctica clínica para diabetes tipo 2.

"La descoordinación entre niveles asistenciales es una de las causas por las que el abordaje de la diabetes no marcha bien. Los pacientes creen en los médicos, confían en su criterio, pero en cuanto se le diagnostican diferentes tratamientos comienzan a perder la fe en el sistema".

Vázquez se muestra "muy preocupado" por el insuficiente seguimiento de la estrategia, por la disparidad de acciones regionales y por la escasa implicación y conocimiento de los profesionales. Todas estas inquietudes serán plasmadas en el documento de evaluación que la Comisión de Seguimiento elaborará antes de final de año y que será presentado al Consejo Interterritorial en el primer trimestre de 2009.

Para el ministro de Sanidad, Bernat Soria, "la variabilidad en la práctica clínica es un hecho normal desde el punto de vista estadístico. En la última década las comunidades han implantado nuevos planes contra la diabetes y, aunque su creación ha sido asimétrica, ahora contamos con programas bastante homogéneos y sólo se detectan diferencias en los servicios a los que los pacientes tienen acceso".

En palabras de Soria, la estrategia ha permitido el desarrollo de 47 proyectos

de investigación y la creación de un Centro de Investigación Básica en Red (Ciber) dedicado en exclusiva al estudio de esta enfermedad, que ahora depende del

Ministerio de Ciencia e Innovación.

El director del Ciber, Ramón Gómiz, ha destacado que los nueve millones de euros presupuestados para

2009 permitirán "un gran salto cualitativo, aunque deberemos apoyar más el talento: incluir a los profesionales en los estudios nos situará en primera fila".



Bernat Soria.



José Antonio Vázquez.



Manuel Gómez Gutiérrez, Carlos Jiménez Romero y Javier Padillo, en el II Congreso de la SMT.

ESTE TIPO DE TRASPLANTE HA CRECIDO EN NÚMERO Y EN RESULTADOS

El injerto de páncreas, la solución definitiva

→ El único tratamiento consolidado que cura la diabetes es el trasplante de páncreas. Los resultados de este injerto ya se equiparan a los obtenidos en el trasplante de riñón y de hígado, con una supervivencia del receptor del 95 por ciento al año. Ahora, los especialistas estudian cómo ampliar las indicaciones.

■ **Sonia Moreno**

El trasplante de páncreas ha aumentado de forma espectacular; según datos de la Organización Nacional de Trasplantes, se ha pasado de 76 injertos pancreáticos en 2007 a 85 en lo que va de año. Un 90 por ciento de estos trasplantes se combinan con el injerto renal y los destinatarios son pacientes diabéticos, principalmente del tipo 1, aunque también puede ser útil en casos muy concretos del tipo 2. Carlos Jiménez, del Hospital 12 de Octubre, en Madrid, ha participado en una mesa en el congreso de la SMT que ha convocado a médicos de algunos de los centros españoles con experiencia en este campo, como el Reina Sofía, de Córdoba, el Hospital Clínico de Barcelona y el Complejo Hospitalario de La Coruña.

Jiménez ha destacado que los resultados del injerto pancreático han alcanzado los obtenidos en el renal y el hepático, hasta ahora los mejores: "Tenemos un 85 por ciento de supervivencia al año del injerto y una tasa superior al 95 por ciento de la supervivencia del receptor en este mismo periodo".

Manuel Gómez, del Complejo Hospitalario de La Coruña, ha dicho que "la calidad de vida mejora mucho, pues el perfil del receptor es un paciente joven con tratamiento insulínico desde la infancia que lleva unos dos años en diálisis", y en un 85 por ciento de los casos después del injerto deja de depender de la insulina y la diálisis.

Javier Padillo, del Reina Sofía, de Córdoba, ha recalado que "el único tratamiento que cura la diabetes es el trasplante de páncreas; ahora lo que se persigue es hallar nuevas indicaciones. Empezamos a incluir a pacientes diabéticos tipo 1 muy inestables metabólicamente y con una enfermedad renal no terminal en los que tiene cabida un trasplante de páncreas aislado. También podría incluirse al diabético en una fase pre-diálisis".

LAS CIFRAS DE INCIDENCIA VAN EN AUMENTO INCLUSO EN LAS EDADES PREESCOLARES

Niños y adolescentes, en el punto de mira del control de la diabetes

→ Cada año aumentan los casos de niños y jóvenes con diabetes tipo 1, la más frecuente en esta población. La genética, aunque decisiva, ha empezado a hacer hueco al factor ambiental puesto que cada vez se detectan más casos de niños de menor edad.

■ R. Serrano

Niños y adolescentes se encuentran en el punto de mira de los progresos que se producen en el ámbito de la diabetes. No en vano, este año el Día Mundial de la Diabetes se centra en este grupo de población. Las razones son variadas y serias porque ya no es que la diabetes sea una de las enfermedades crónicas más comunes en la infancia sino que, además, año tras año se producen ligeros aumentos en su incidencia.

Evitar las posibles complicaciones

Se calcula que un 50 por ciento de los niños que tienen diabetes se encuentran en riesgo de presentar algunas complicaciones a partir de los diez o doce primeros años del diagnóstico. La investigación, la moderna farmacopea y la educación son esenciales para evitar males mayores.

Raquel Barrio, responsable de la Unidad de Diabetes Pediátrica del Servicio de Pediatría del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid, señala que la diabetes tipo 1 está aumentando en los niños menores de cinco años. Pero es que a partir del año de edad cada vez se detectan más niños con marcadores anticuerpo, lo que, a su juicio, no sólo pone de relieve la magnitud del problema sino que manifiesta que, además de los factores genéticos, los ambientales pueden jugar un papel muy relevante, aunque todavía están por determinar cuáles son.

En niños, y según la especialista, la diabetes tipo 2 es aún anecdótica, aunque se empiezan a ver cada vez más afectados debido a su asociación, casi directa, con

otra epidemia de características mundiales: la obesidad. Las estadísticas más alarmantes indican un aumento del 50 por ciento en los próximos 15 años en niños y adolescentes.

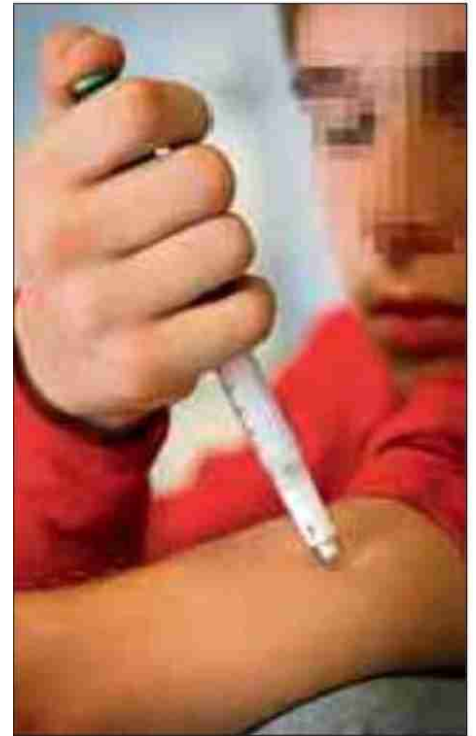
Ascenso mundial

Se calcula que la diabetes afecta a más de 250 millones de personas en todo el mundo y se espera que para dentro de unos quince años la cifra de afectados ascienda a cerca de 380 millones. En la infancia y la juventud, la diabetes tipo 1 avanza a un ritmo de un 3 por ciento anual y, según datos de la Fundación Española para la Diabetes, pasa a un alarmante 5 por ciento en los niños de edad preescolar. Las mismas fuentes señalan que en el mundo cerca de 70.000 niños menores de 15 años desarrollan diabetes de tipo 1 cada año. De los 440.000 niños de edad igual o inferior a los 14 años que se calcula tienen diabetes tipo 1, más del 25 por ciento viven en el Sudeste asiático y más del 20 por ciento en Europa.

Es evidente que, en algunos casos, la enfermedad es ineludible, por lo que las medidas de carácter educativo-socio-sanitario deben ser uno de los pilares fundamentales del tratamiento de la enfermedad. En otros, sin

Los equipos multidisciplinares son esenciales para que los niños diabéticos puedan retomar su vida sin afectaciones sociales o psicológicas

La diabetes tipo 1 es la más frecuente en la edad infantil. Sin embargo, cada vez son más los casos de niños con diabetes tipo 2, propia de los adultos



La educación sanitaria es esencial para el niño con diabetes.

SÍNTOMAS DE ALERTA (*)

- Necesidad de orinar frecuentemente
- Sed excesiva
- Apetito constante
- Pérdida de peso repentino
- Cansancio extremo
- Falta de interés y concentración
- Visión borrosa
- Vómitos y dolor de estómago (en muchas ocasiones se confunde con gripe)

(*) En niños con diabetes tipo 2 estos síntomas pueden darse poco o nada.

embargo, la prevención debe ser el eje en la vida de la población infantil. El apoyo de un niño con diabetes debe ser total. La enfermedad no sólo puede repercutir en

su organismo sino que, claramente, influye en el desarrollo de su vida diaria y de su bienestar psicológico.

Rafael Arana, director del Patronato de la Fundación

para la Diabetes, recordaba que el apoyo y la labor de equipos multidisciplinares ha sido uno de los grandes avances en diabetes, psicólogos y dietistas forman un conglomerado uniforme que asegura el cumplimiento terapéutico y, por tanto, el control de la diabetes. Uno de los retos es que los sistemas de control glucémico se definan de forma clara y con objetivos específicos por edades.

Los expertos en diabetes pediátrica, enfermeras, educadores en diabetes, psicólogos y dietistas forman un conglomerado uniforme que asegura el cumplimiento terapéutico y, por tanto, el control de la diabetes. Uno de los retos es que los sistemas de control glucémico se definan de forma clara y con objetivos específicos por edades.



Rubén Díaz Naderi, director médico del San Juan de Dios.

EL SAN JUAN DE DIOS BARCELONÉS CREA UN CENTRO PARA LA INNOVACIÓN EN DIABETES INFANTIL

Los niños inmigrantes tienen un peor control metabólico de la diabetes 1 que los autóctonos

■ K. I. P.

Barcelona

Los niños inmigrantes presentan un peor grado de control metabólico de la diabetes tipo 1 que los autóctonos, según los resultados preliminares de un estudio financiado por la Fundación para la Diabetes y realizado en el Hospital San Juan de Dios, de Barcelona.

El trabajo, dirigido por Marisa Torres, directora clínica de la Unidad de la Diabetes de este centro catalán, ha permitido conocer que los niños de origen magrebí realizan menos controles de glucemia capilar diarios, con una media de 2,6 frente

a los 4 controles que efectúan los niños catalanes.

Además, los padres requieren más sesiones educativas de la enfermedad para aprender a manejarse con el tratamiento y con las indicaciones que les ofrecen los especialistas.

Alimentación

Según el estudio, los pacientes magrebíes y sudamericanos son los más reacios a seguir una dieta controlada y a menudo su alimentación se compone en una gran proporción de alimentos ricos en azúcares de absorción rápida; en el caso del colectivo

magrebí prácticamente ningún menor sigue una dieta basada en contar los hidratos de carbono.

Otro de los datos que analiza el estudio es la relación entre los ingresos económicos, el tiempo de estancia en nuestro país y el control de la enfermedad. Aunque aún no hay conclusiones al respecto, los datos preliminares sugieren que el control es peor en los niños que pertenecen a familias uniparentales, cuando los ingresos son inferiores a 5.000 euros anuales, cuando hay más de un miembro que trabaja en la unidad familiar y cuanto

menos años hace que han llegado del país de origen.

Este trabajo es una de las actividades del recién creado Centro para la Innovación de la Diabetes Infantil (CIDI), asociado al Hospital San Juan de Dios, y que es el primero en España dedicado específicamente a la investigación de la diabetes tipo 1 en la edad pediátrica.

Rubén Díaz Naderi, director de CIDI y director médico del San Juan de Dios, ha precisado que este centro se orientará a la investigación en medicina regenerativa, modulación inmunológica y genómica.