

David Nathan, de la Universidad de Harvard.

La diabetes tipo 2 se previene mediante hábitos saludables

El director del Centro de Diabetes del Hospital General de Massachusetts participa esta semana en una reunión sobre diabetes y obesidad organizada por la Sociedad Española de Medicina Interna, en Canarias. David Nathan insiste en que la mejor estrategia preventiva contra la diabetes tipo 2 **aún** a dieta y ejercicio.

PÁG. 11

MEDICINA INTERNA DAVID NATHAN, DEL HOSPITAL GENERAL DE MASSACHUSETTS, APORTA CLAVES SOBRE EL SÍNDROME

Diabetes: hábitos sanos para evitarla y cautela con los nuevos fármacos

→ David Nathan, especialista de reconocido prestigio en diabetes, participa esta semana en una reunión sobre diabetes y obesidad, de la SEMI. Además de dirigir el Centro Médico de

Diabetes del Hospital General de Massachusetts, coordina el Programa de Prevención de la Diabetes del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos.

■ Sonia Moreno

David Nathan insiste en prevenir la diabetes con un estilo de vida sano y prefiere un desarrollo racional de las terapias farmacológicas.

¿Por qué obesidad y diabetes crecen en el mundo?

-Ambas son hereditarias, pero no se presentan sin factores adicionales. Una persona con genes que favorezcan la diabetes de tipo 2 (DM2) puede evitarla si cuida su peso y se mantiene activa físicamente. Es el desequilibrio entre la abundancia de comida y un mínimo gasto energético el que hace que con el tiempo tengamos sobrepeso. Además, nuestra esperanza de vida es mayor y la DM2 es más común a partir de los 60 años.

¿Son suficientes la dieta y el ejercicio para prevenir la diabetes?

-Grandes estudios clínicos han demostrado que una pequeña pérdida de peso -entre el 5 y el 10 por ciento- reduce el riesgo en un 60 por ciento. Los medicamentos, como la metformina, también lo consiguen, pero su eficacia es la mitad que la lograda con la pérdida de peso. Los programas de dieta y ejercicio se han probado en comunidades de todo el mundo y han mostrado los mismos resultados que en los ensayos clínicos.

¿Por qué la mayoría de diabéticos tipo 2 tienen sobrepeso u obesidad mientras que la mayoría de obesos no son diabéticos?

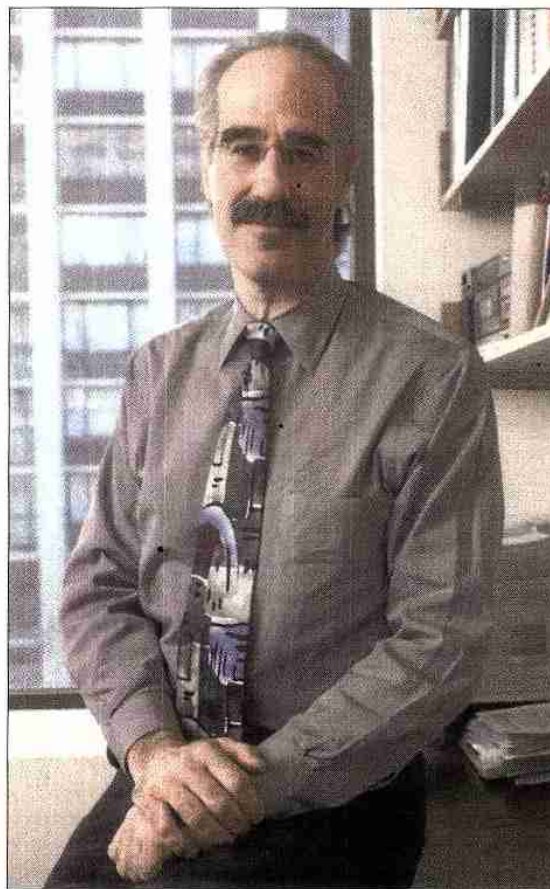
-La diferencia entre una persona obesa diabética y otra sólo obesa se debe a que probablemente la no diabética fabrica la insulina necesaria para controlar la glucemia.

El control glucémico estricto no ha demostrado beneficios cardiovasculares en los estudios recientes; una HbA1c por debajo de 7 parece lo apropiado

mía. Creemos que son los factores genéticos los que determinan quién puede hacerlo y quién no.

Los estudios *Accord*, *Advance* y *VADT* han obtenido resultados controvertidos sobre el control glucémico estricto para prevenir las enfermedades cardiovasculares. ¿Cree que deberían revisarse las guías de actuación internacionales para el tratamiento de la diabetes?

-Las guías de tratamiento en Estados Unidos aconsejan mantener un nivel de HbA1c no superior a 7. Esta cifra ha demostrado que reduce riesgos de complicaciones microvasculares y por tanto previene la ceguera, la insuficiencia renal y los efectos de la neuropatía diabética (impotencia y amputaciones). La pregunta aún no resuelta es si, en la DM2, una mayor reducción de la glucemia disminuirá el riesgo de cardiopatías asociadas. Se sabe que en la diabetes de tipo 1 un nivel de HbA1c más bajo de 7 reduce la cardiopatía en un 58 por ciento. Pero en estudios recientes, una glucosa en sangre muy baja en diabéticos tipo 2 no ha demostrado beneficio en cuanto a enfermedad cardiovascular, y el estudio *Accord* sugería que



David Nathan, del Hospital General de Massachusetts.

Es importante tener un perfil amplio de insulinas, incluida la NPH; los inhibidores de la DPP-4 no parecen muy potentes en el control de la glucemia

incluso podría ser peligroso. De momento, el tratamiento que sitúa a la HbA1c por debajo de 7 parece el apropiado.

¿Tendrían que demostrar los nuevos antidiabéticos su seguridad cardiovascular a largo plazo?

-Deben ser seguros, así como eficaces. Tanto en Estados Unidos como en el resto del mundo se están discutiendo los métodos de vigilancia para garantizar esta seguridad.

¿Qué lugar en la práctica clínica ocupan los inhibidores de la DPP-4? ¿Cree que los nuevos análogos de la insulina reemplazarán a la insulina NPH?

-Los nuevos análogos de la insulina han mostrado que son muy eficaces. Creo que es importante mantener un perfil amplio de insulinas, incluida la NPH. Mi opinión es que los actuales datos sugieren que los inhibidores de la DPP-4 son relativamente débiles en la reducción de la glucemia; son más caros y no tienen la experiencia de otros tratamientos. Por ello, me mantengo cauto en su uso.

¿Qué opina de la cirugía de la obesidad para la diabetes?

-Se necesita aún más investigación.

CITA EN CANARIAS

Mañana arranca en Las Palmas de Gran Canaria la III Reunión de Diabetes y Obesidad, de la Fundación Española de Medicina Interna (FEMI) y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), donde hasta el sábado 500 especialistas se dan cita para presentar y debatir las últimas novedades terapéuticas, entre ellas el Consenso sobre el Inicio y Tratamiento del Paciente Diabético, de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD), publicado en *Diabetes Care* y cuyo primer autor es David Nathan. El encuentro, en el que también participan la Sociedad Española de Diabetes, el Grupo de Trabajo Corazón y Diabetes de la Sociedad Española de Cardiología y el Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud, tiene como objetivo estimular la investigación y mejorar la atención de los pacientes con obesidad y diabetes tipo 2.