



Jean Claude Mbanya, presidente de la FID.

Prevenir, predecir y tratar, claves en el combate de la diabetes

La misión de la Federación Internacional de la Diabetes (FID) es avanzar en el tratamiento de esta enfermedad, y en su prevención y cura mundial. Esta patología ya afecta a 366 millones de personas.

Cuadernillo central



DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES

LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES DIFUNDE HOY, EN EL DÍA MUNDIAL DE LA ENFERMEDAD, MEDIDAS BÁSICAS PARA PREVENIRLA

Poner a disposición global la nutrición saludable

→ Jean Claude Mbanya, profesor de Medicina y Endocrinología de la Universidad de Yaoundé I, en Camerún, preside desde el año 2009 y hasta 2012 la Federación Internacional de Diabetes (FID), una organización que, como

un paraguas, resguarda a más de 200 asociaciones nacionales de diabetes de más de 160 países. Como portavoz, ha explicado a DIARIO MÉDICO su misión y recomendaciones para frenar esta epidemia.

■ Ana Callejo Mora

Como presidente de la Federación Internacional de Diabetes (FID), ¿cuáles son las prioridades de este organismo?

-La misión de la FID es avanzar en el tratamiento de esta enfermedad, y en su prevención y cura mundial. Nuestros objetivos estratégicos y prioridades son impulsar el cambio en todos los niveles, desde lo local a lo global; prevenir la diabetes y aumentar el acceso a los medicamentos esenciales; desarrollar y fomentar las mejores prácticas en la política, gestión y educación de la diabetes; avanzar en su tratamiento, prevención y curación a través de la investigación científica, y promover y proteger los derechos de los diabéticos, combatiendo la discriminación.

¿Cómo se podría detener la epidemia de diabetes tipo 2?

-Su aparición en personas con alto riesgo puede prevenirse o retrasarse de manera significativa. Para ayudar a detener la epidemia tenemos que invertir en estrategias de prevención. Si no somos capaces de hacerlo, el número de personas con diabetes seguirá aumentando a un ritmo insostenible y la epidemia quedará fuera de nuestro control.

Presencia de la diabetes en el mundo

Datos de nuevos estudios mundiales indican que el número de personas con diabetes en 2011 ha alcanzado la cifra de 366 millones, las muertes por causa de la diabetes ascienden a 4,6 millones al año y el gasto de la atención sanitaria en diabetes ronda los 465.000 millones de dólares.

Estas cifras están recogidas en el *Diabetes Atlas*, cuya quinta edición presenta hoy la Federación Internacional de Diabetes.



La Puerta de Alcalá (Madrid) fue uno de los monumentos iluminados el 14 de noviembre de 2010.



Jean Claude Mbanya.

Los factores de riesgo modificables de la diabetes tipo 2 no son sólo una cuestión de elección personal, sino un problema del entorno

Los factores de riesgo modificables cruciales de la diabetes tipo 2, como la inactividad física, la nutrición inadecuada y la obesidad, no son sólo una cuestión de elección personal. Los entornos que fomentan la conducta sedentaria y las dietas con gran carga energética y pocos nutrientes suponen un obstáculo casi insuperable para una vida sana. Tales ambientes se encuentran en todos los aspectos de la vida moderna: en el trabajo, las

comunidades y el ocio.

Entonces, ¿qué recomendación?

-Que la diabetes se contemple como un problema de salud en las propuestas de política sanitaria, poner a disposición de todos una nutrición saludable -especialmente para las mujeres embarazadas y niños-, y, por último, considerar la posibilidad de un programa de prevención en los casos de alto riesgo.

¿Cuál es la situación en

Con la urbanización, las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, se están convirtiendo en una nueva prioridad para la salud

su país, África?

-La salud en el África subsahariana ha estado tradicionalmente dominada por las enfermedades infecciosas como el virus de la inmunodeficiencia humana. Con la urbanización, las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, se están convirtiendo rápidamente en una nueva prioridad para la salud. De hecho, según las estimaciones específicas por edad, la prevalencia de la diabetes en los centros urba-

nos de África a menudo supera a la de los países de ingresos altos. La región de África también tiene la mayor proporción de diabetes no diagnosticada (de al menos un 78 por ciento). Se estima que 344.000 muertes anuales en la región pueden atribuirse a la diabetes. Esto representa el 6,1 por ciento de las muertes por todas las causas. Y a la región de África se dedica menos del 1 por ciento del gasto sanitario mundial a la diabetes.

UN BUEN CONTROL DE LA ENFERMEDAD DIABÉTICA TIPO 2 FAVORECE UN AHORRO DEL 58,6 POR CIENTO AL AÑO POR CADA PACIENTE

La formación diabetológica impulsa el ahorro

→ Reducir el gasto de la enfermedad diabética de forma coherente es posible, según las asociaciones de pacientes. La clave está en la educación y formación diabetológica. Numerosos estudios han corroborado que se redu-

cen así las complicaciones asociadas a la enfermedad y el número de hospitalizaciones. Educar en estilos de vida saludables, controlar las glucemias y conocer la enfermedad son medidas esenciales.

Desigualdad geográfica

El control de la diabetes difiere para pacientes que pertenecen a una u otra comunidad autónoma española. El control no es homogéneo, hay mucha variabilidad, según Ángel Cabrera. Por ejemplo, se sabe que es mejor en comunidades como Madrid o Navarra y más deficiente en Canarias, lo que probablemente se asocie con la existencia de menos recursos. Lo que los profesionales médicos constatan es que el control metabólico está directamente relacionado con el nivel socio-sanitario de cada zona.

■ Raquel Serrano

El Día Mundial de la Diabetes se celebra hoy en un contexto de crisis económica y con el fantasma de los recortes auestas. No en vano, desde hace meses los afectados escuchan que el coste de la diabetes es elevado, pero "rebajar las prestaciones sólo conducirá a empeorar la calidad de vida del paciente y, paradójicamente, a incrementar el coste de su tratamiento", según Ángel Cabrera, presidente de la Federación de Diabéticos Españoles (FEDE) quien insiste en que mejor hablar de soluciones y no sólo de problemas "transformando el actual modelo de intervención en uno de prevención como medida para luchar contra el gasto sanitario", sobre todo en el ámbito de las enfermedades crónicas, que suponen el 70 por ciento de las actuaciones en salud".

El coste se reduce

Según los últimos datos recabados por la Sociedad Española de Diabetes, en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III, en Madrid, cinco millones de personas en España son diabéticas, lo que supone un 13 por ciento de la población. De éstas, según la FEDE, el 90 por ciento son de tipo 2, cada una de las cuales acarrea un coste medio de 1.305 euros anuales. "El 42 por ciento corresponden a gastos de farmacia, el 26 por ciento a atención médica (primaria y especializada) y el 32 por ciento a hospitalizaciones".

Precisamente, en este último punto es en el que se debe y puede actuar potenciando la educación y la formación diabetológica, ya que en un paciente bien formado se reducen las complicaciones de la enfermedad



Ángel Cabrera, Julio Sánchez Fierro y Olga González.

■ La formación cuenta

Diferencia de costes entre los pacientes con formación frente a los que carecen de ella.

| | Paciente sin complicaciones | Paciente con complicaciones microvasculares | Paciente con complicaciones macrovasculares | Paciente con ambos tipos de complicaciones |
|-----------------------------|-----------------------------|---|---|--|
| Coste ambulatorios | 270,09 | 360,31 | 427,35 | 454,14 |
| Costes de hospitalizaciones | 208,55 | 459,32 | 891,10 | 858,10 |
| Costes farmacológicos | 404,70 | 583,66 | 703,04 | 820,54 |
| Costes totales | 883,34 | 1.403,29 | 2.021,49 | 2.132,78 |

Fuente: Estudio CODE-2

que son la causa de las hospitalizaciones, y se ahorra dinero. La eficacia de esta medida ha sido corroborada por múltiples estudios. "La educación diabetológica evita o retrasa las complicaciones micro y macrocardiovasculares. Se estima que un buen control de la diabetes favorece un ahorro del 58,6 por ciento por cada paciente", ha señalado Cabrera.

Se ha referido además a que el problema de la no adhesión al tratamiento, en-

tendido como pasividad del paciente frente a su patología, se solucionaría con un aumento de la conexión del equipo médico con el paciente en el que se incluyan educadores en diabetes que enseñen a llevar a cabo autocontrol y autocuidado.

Ligada a la obesidad

Olga González, del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid, ha remarcado que a los cinco millo-

nes de españoles con diagnóstico de diabetes hay que sumar el casi millón y medio que no están diagnosticados, lo que, sin duda, influye en el aumento de complicaciones relacionadas con la enfermedad como ceguera, amputaciones o tratamiento sustitutivo renal, entre otras. Además, "el 40 por ciento de los pacientes con diagnóstico no se encuentran en los objetivos de control, lo que significa que, aunque se han alcanzado

Una parte importante del gasto anual destinado a hospitalizaciones se podría minimizar con una buena educación diabetológica

El 40 por ciento de los diabéticos con diagnóstico no se encuentran en los objetivos de control, lo que significa que algo sigue fallando

importante avances, algo sigue fallando; tal vez la detección temprana o la formación y educación diabetológica".

La prevalencia de la diabetes aumenta no sólo en los países desarrollados sino que ya está haciéndolo en aquellos en vías de desarrollo como algunos de África, América del Sur y Asia. Es un problema de salud pública global que avanza de la mano de la obesidad. "La diabetes aumenta en paralelo con el desarrollo de la obesidad. De hecho, el 60 por ciento de los diabéticos tipo 2 son obesos y el 80 por ciento tienen sobrepeso, ha indicado González.

Fase operativa

La mayor parte de las personas diabéticas fallecen por causas cardiovasculares, por afectación de los grandes vasos, aunque no son despreciables las complicaciones microvasculares que se acompañan de un aumento de la morbilidad. "Las variaciones en el estilo de vida, en alimentación y actividad física son esenciales para su control".

Julio Sánchez Fierro, asesor de FEDE, considera que es necesario adentrarse en una fase operativa de ejercicio de los derechos de los pacientes. Ha anunciado que en este mes se reformará el plan de Actualización de la Estrategia de Diabetes, en el que la federación está dispuesta a participar para conseguir un catálogo de salud integral y no sólo de derechos y obligaciones.

EL BULLIR DE LAS REDES SOCIALES

Las redes sociales se han convertido en un foro de debate y de demanda de las personas con diabetes, sus familiares y especialistas. Además de las aportaciones y soluciones que ofrecen las asociaciones de afectados para no aumentar los gastos en tiempo de crisis, los diabéticos tampoco renuncian a expresar sus opiniones y peticiones, para mejorar su calidad de vida, aun conscientes de la época que nos a tocado vivir.

El entorno 2.0 sirve para que el colectivo

solicite un mejor acceso a material sanitario, necesario para el control de la enfermedad como "es la adquisición de las tiras reactivas, ya que se han detectado problemas y limitaciones para algunos pacientes", ha puesto de manifiesto Ángel Cabrera.

A través de estas nuevas herramientas de comunicación se solicita un "incremento de la formación y la educación diabetológica, como una de las formas para el control del gasto sanitario".

■ El problema del no diagnóstico

Provoca que, todavía hoy en España, la diabetes sea:

- 1ª causa de ceguera en adultos
- 1ª causa de amputaciones no traumáticas (más de 20.000 al año).
- 1ª causa de inclusión en programa de tratamiento sustitutivo renal.
- 4ª causa de muerte prematura en mujeres.
- 8ª causa de muerte prematura en hombres.

Fuente: Estrategia en Diabetes del SNS (2007)

SE HA AVANZADO EN EL CONOCIMIENTO CELULAR Y MOLECULAR DE LA DIABETES, PERO NO SE HAN REGISTRADO REVERSIONES DE DIABETES TIPO 1

Los factores exógenos condicionan la DM2

→ La investigación en diabetes debe incidir en campos como la predicción, la prevención y el tratamiento, ha recalado Bernat Soria, presidente de la Fundación de la Sociedad Española de Diabetes, en una jornada de con-

cienciación organizada por el Instituto Roche, dentro de su programa de Responsabilidad Social Corporativa, que se ha celebrado en Sant Cugat del Vallés (Barcelona).

El diagnóstico de diabetes es más difícil en ancianos

La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) denuncia que la mitad de los ancianos con diabetes no están diagnosticados. En las personas de mayor edad esta patología presenta unas manifestaciones atípicas que dificultan su diagnóstico. La SEGG, con motivo del Día Mundial de la Diabetes que se celebra hoy, ha advertido de que la valoración geriátrica integral es indispensable para evitar que la enfermedad pase desapercibida. La diabetes puede causar problemas de salud de alto riesgo como hipoglucemias o trastornos cardiovasculares que se agravan en las personas mayores. De hecho, esta enfermedad aumenta con la edad, siendo el 40 por ciento de los diagnosticados mayores de 65 años. La SEGG alerta de que el número de diabéticos podría aumentar en los próximos años debido a algunos hábitos de vida poco saludables.

■ **Javier Granda Revilla** Barcelona
La diabetes plantea un grave problema de salud pública que está infravalorado porque los pacientes no mueren directamente por el grupo de enfermedades que conforman la diabetes, sino por sus complicaciones. "Estos datos de mortalidad no suelen aparecer en las estadísticas de los certificados de defunción y nos enfrentamos por ello a un grave problema de salud pública. Y, al mismo tiempo, tenemos herramientas muy útiles como el autocontrol, aunque deben desarrollarse más", ha expuesto Bernat Soria, presidente de la Fundación de la Sociedad Española de Diabetes, en la jornada de concienciación organizada por el Instituto Roche para sus trabajadores, en Sant Cugat del Vallés (Barcelona).

"En los últimos 90 años hemos avanzado en el conocimiento celular y molecular de la diabetes, pero no se ha registrado ni un solo caso de reversión de diabetes tipo 1, por lo que debemos avanzar en la predicción y prevención, pese a que es muy difícil", ha añadido. Una opción consiste en el estudio del período de luna de miel, último intento del páncreas para regenerar células beta, "por lo que quizá habría una puerta para intentar detener el ataque autoinmune y favorecer la regeneración porque, aunque no se curara la diabetes, mantener una secreción basal ayudaría a que esa diabetes fuera más aceptable".

En diabetes 2 debe incidirse en factores como sedentarismo, cambio en la ingesta, sobrepeso y aumento de la actividad del páncreas, junto a colesterol mal regu-



Bernat Soria, presidente de la Fundación de la Sociedad Española de Diabetes.

lado y riesgo cardiovascular alto. Además, deben tenerse en cuenta las ya citadas complicaciones. "Sabemos que la terapia intensiva, es decir el intento de reproducir el trabajo del páncreas, mejora el manejo y disminuye las complicaciones, pero aumenta las hipoglucemias como riesgo asociado".

Sobre la predicción

En opinión de Soria, los campos que deben reforzarse son la predicción, la prevención y el tratamiento. En predicción debe ahondarse en los factores ambientales que determinan el 90 por ciento de los casos. Estudios como *DIPP* y *Teddy*, realizados en el norte de Europa, pese a que no han sido concluyentes, apuntan como responsables a las proteínas de leche de vaca como la betalactoglobulina, nitrosaminas, toxinas o virus como los

de las paperas, la rubeola o los citomegalovirus. Otra opción son las bacterias de anticuerpos tipo 1, pero que determinan la enfermedad en fases avanzadas.

"Tampoco tenemos buenos elementos de prevención, pero cada vez sabemos más del sistema inmunitario si se produce un ataque autoinmune y cómo se desencadena la cascada de señales que acaba atacando la célula beta. El problema es que si se bloquea el sistema autoinmune también se bloquea para la defensa de las enfermedades infecciosas o de las células que se están convirtiendo en cancerosas", ha recalado. Por tanto, según su criterio, "es preciso encontrar el mecanismo específico por el que se ataca la célula beta".

Existen numerosas teorías que tratan de explicar el aumento de diabetes tipo 1.

Soria ha mostrado sus dudas acerca de la teoría de la higiene de Bach, publicada en *The New England Journal of Medicine*. En la prevención de la diabetes tipo 2 sí se han conseguido logros en los programas de intervención de cambios de estilos de vida, especialmente en los países escandinavos. En los pacientes con diabetes tipo 1 y 2 se ha comprobado que el trasplante de células beta es posible, pese a la dificultad del aislamiento de los islotes pancreáticos pero debe tenerse en cuenta que, posteriormente, el sistema inmune vuelve a atacar las células beta.

"La educación es la herramienta más poderosa que tenemos y, mientras tanto, tenemos que seguir apostando por la investigación, porque las células beta son muy complejas. No sabemos si el problema de la diabetes tie-

La terapia intensiva, el intento de reproducir el trabajo del páncreas, disminuye las complicaciones pero aumenta las hipoglucemias

Se confirma la hipótesis de que el diabético tiene alterada la movilización: los progenitores endoteliales no realizan la vasculogénesis

ne solución y, si la tiene, no sabemos cuánto tardaremos en encontrarla. Y la única manera de encontrar una solución, en caso de que exista, es investigar más".

El pie diabético

Uno de los trabajos más relevantes publicado recientemente por Soria se ha centrado en la investigación en el pie diabético, trastorno neuropático y vascular que impide la llegada de la sangre a la extremidad. "Es un problema de isquemia y, por tanto, de dolor al que hay que sumar el de la gangrena, que acaba en la amputación en un paciente con muchas comorbilidades, con cifras de entre el 20 y el 25 por ciento en el primer año y del 50 por ciento en el segundo".

El investigador administró células madre de la médula ósea inyectadas por vía intrarterial a los pacientes de la lista de espera de amputación, confirmando la hipótesis de que el diabético tiene alterada la movilización, de manera que los progenitores endoteliales no realizan la vasculogénesis.

Los resultados han permitido evitar amputaciones mayores, y la mortalidad en los primeros doce meses fue la misma que en los casos control mientras que, a los 24 meses fue del cero por ciento. "Los datos muestran que estos pacientes no se cuidaron hace treinta años y que una tira reactiva bien utilizada nos hubiera permitido no llegar hasta aquí. El sistema no era tan bueno entonces como ahora, con un criterio de mala prevención", ha concluido.

MENSAJES CONTRADICTORIOS PARA UNA ENFERMEDAD DESCRITA HACE 3.500 AÑOS

Isaac Levy, consultor en endocrinología, ha subrayado que la diabetes no es una enfermedad, "sino un defecto solucionable y adaptable gracias a los medicamentos". En su opinión, numerosos mensajes inducen a error en este campo, especialmente en internet: que se contagia, que existe una diabetes buena y una mala, que se cura, que la insulina produce ceguera, que se puede tener un poco de diabetes, que los diabéticos no pueden tener hijos o hacer actividad física o que los productos integrales son de consumo libre, entre otros. "La realidad es que la diabetes se describió ya

en Egipto en el año 1.500 AC y también es citada por Avicena y Thomas Willis. Tras el descubrimiento de la insulina en 1922, el pronóstico mejoró, pero a cambio aumentaron las complicaciones crónicas en corazón, vasos, ojos, pies... A partir de 1980 se busca optimizar el control de la diabetes con la aparición de la primera tira reactiva y empezaron a desarrollarse programas de educación terapéutica, lo que supuso un cambio evolutivo enorme en la historia de la enfermedad", ha recordado Levy. El consultor en endocrinología ha alertado de la inminente epidemia mundial de diabetes,

que afecta en la actualidad a casi 300 millones de personas, una cifra que podría doblarse en 2030 si continúa la tendencia creciente. En España, el Estudio Prevalencia de la Diabetes indica que el 13-14 por ciento de mayores de 18 años la padece, un porcentaje que aumenta al 20-22 por ciento en las islas Baleares y Canarias. "Lo más grave es que muchos de estos pacientes no están diagnosticados -ha lamentado- y además no puede hacerse nada en el campo de la prevención, pero sí pueden reducirse los factores medioambientales mediante la dieta y el ejercicio".

SON DE GRAN AYUDA PARA EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Dietas adaptadas y sencillas a golpe de 'click'

→ El Programa de Dietas Faes facilita tanto al médico de atención primaria como al endocrino, nutricionista y al personal de enfermería la prescripción de dietas al paciente con diabetes tipo 2.



Imagen de la página del Programa de Dietas Faes.

Indicaciones de la herramienta

La nueva herramienta online facilita, tanto al médico de atención primaria como al endocrino, nutricionista y al personal de enfermería, la prescripción de dietas al paciente con diabetes tipo 2.

Redacción

Carmen Gómez Candela, jefe de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital Universitario La Paz, de Madrid, coordina el proyecto *Programa de Dietas Faes*, "que es muy intuitivo y, sobre todo, educativo. Hasta ahora no existía nada parecido por lo que supone una gran ayuda para el profesional de atención primaria, porque puede personalizar la dieta para diabéticos centrada en cada caso y también, un beneficio para el paciente que puede tener

una dieta más variada y un mejor control de su enfermedad".

A través de la página web, el profesional sanitario introduce datos sobre la edad, el peso, talla, medida de cintura y actividad física del paciente, y el sistema confecciona tres menús semanales con diferentes opciones para que éste pueda combinar alimentos y disfrute de una dieta más variada. Además, se le dan unas pautas para elaborar los menús en un futuro, indicando las raciones diarias que necesita de cada

tipo de alimento. No existe ninguna guía semejante que individualice las dietas. El educador en diabetes, que suele proceder de enfermería, es el que propone el menú al diabético, pero lo que ofrece es un menú general.

Nuevos menús

"Los profesionales no disponen de los materiales suficientes para confeccionar un menú que se adapte a ca-

da paciente. El objetivo de *Dietas Faes* es ofrecer un programa útil y sencillo que ayude a prescribir dietas más individualizadas".

Gómez Candela ha recordado que, para que una dieta se siga correctamente, tiene que ser fácilmente comprensible y ofrecer opciones de comidas; por eso hay muchos pacientes que acaban por no seguir la dieta y deben optimizar el tratamien-

to para controlar su glucosa.

Con este nuevo programa, hasta un 90-95 por ciento de pacientes con diabetes tipo 2 podrían beneficiarse de una dieta personalizada y adecuada a su situación.

El programa, además de estar disponible online, se ha publicado en un libro, editado por Faes, titulado *Tratamiento nutricional de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria*.

Vildagliptina + metformina reduce los niveles de HbA_{1c} hasta un -1,1% adicional a metformina¹

Vildagliptina: Sin limitaciones de uso en los pacientes ancianos^{2,3}

Galvus VILDAGLIPTINA

Eucreas VILDAGLIPTINA

NOVARTIS

Ver fichas técnicas en págs. 34 y 36

SE DEBE EVITAR LA DESHIDRATACIÓN Y COMENZAR CON UN APORTE DE HIDRATOS DE CARBONO

La práctica de ejercicio actúa contra la diabetes previniendo la de tipo 2 y controlando la de tipo 1

Redacción

El ejercicio físico es una de las formas más efectivas para actuar contra la diabetes: previene la diabetes tipo 2 y mejora el control en la diabetes tipo 1. Según Jaume Picazos, licenciado en Educación Física, entrenador nacional de Atletismo y patrono de la Fundación para la Diabetes, "la realización de ejercicio físico aeróbico de forma regular hace que disminuyan las necesidades de insulina y reduce los niveles de glucosa en sangre, de forma que es un elemento fundamental en el control de la diabetes".

Por ello, sin lugar a dudas, la práctica de deporte es una de las herramientas más importantes que se deben destacar hoy, en el Día Mundial de la Diabetes, que

tiene por lema *Actuemos contra la diabetes. ¡Ya!*

Consciente del papel que desempeña la práctica de ejercicio físico en la prevención de la diabetes tipo 2, así como de las complicaciones asociadas a un mal control de la enfermedad en la diabetes tipo 1, la Fundación para la Diabetes colabora en distintos proyectos relacionados con el ejercicio.

Así, contribuyó como asesor en la organización de la Maratón de Montseny, en Cataluña, que se celebró el pasado 6 de noviembre. Esta carrera transcurrió por el Parque Natural del Montseny, pasando por las tres cumbres más emblemáticas que engloba: Turó de l'Home, Les Agudes y Matalgalls. Su distancia fue de 42 kilómetros y su desnivel

acumulado de 5.200 metros.

Debido a que el ejercicio, o en este caso una maratón, y los entrenamientos que preceden a él requieren de una alta resistencia física a nivel fisiológico, el especialista destaca que "se tenga diabetes o no, todos los participantes deben realizarse una revisión médica de forma previa que incluya una prueba de esfuerzo".

En cuanto al asesoramiento realizado, este especialista en ejercicio físico y salud explica que "se ha orientado en cuanto a la situación de los avituallamientos, así como sobre la necesidad de hidratación y de tener un nivel de glucosa en sangre adecuado, se tenga o no esta patología". En concreto, para las personas con diabetes, la Fundación aconseja llevar

un control más estricto de lo habitual, tanto antes como durante y después de haber corrido la maratón.

Control más estricto

"Antes de una prueba física como una maratón, las personas con diabetes deben adoptar un control más estricto, ya que los propios entrenamientos previos repercuten en que se tengan que bajar las dosis de insulina y a veces aumentar el aporte de hidratos de carbono en las comidas", explica el entrenador Picazos.

Durante el ejercicio se debe evitar siempre la deshidratación, comenzar con un aporte extra de hidratos de carbono y prevenir avituallamientos con agua e ingesta de azúcares o hidratos de carbono de absorción rápida



Debe controlarse la glucosa en sangre durante la carrera.

para evitar los bajos niveles de glucosa que se puedan producir.

En relación con la maratón Picazos añade que "deben realizarse controles de glucosa en sangre durante la carrera para evitar posibles hipoglucemias".

Durante el transcurso de las 24-48 horas después de la

maratón, además, pueden presentarse hipoglucemias o bajadas de la glucosa en sangre por la noche, de manera que, en palabras del patrono de la fundación, "hay que seguir controlando la glucosa en sangre de forma estricta, observando el ajuste de hidratos de carbono y de dosis de insulina".

LAS OPCIONES TERAPÉUTICAS EN DIABETES SON NUMEROSAS, PERO HAY QUE ELEGIRLAS TENIENDO EN CUENTA UNA SERIE DE CARACTERÍSTICAS

Escoger el tratamiento en función del paciente

→ Es muy difícil que un paciente con diabetes se controle con un solo medicamento; la gran mayoría necesitan una combinación de fármacos que actúan de forma diferente. La elección de ellos debe ser muy sopesada e in-

dividualizada. Ésta ha sido una de las ideas expresadas por Enrique Caballero, del Centro de Diabetes Joslin, en Boston, en las III Jornadas Nacionales de Actualización en el Tratamiento de la Diabetes.

La insulina inhalada vuelve a la carga

En marzo de 2010, científicos de la biofarmacéutica estadounidense MannKind Corporation describieron en la CCXXXIX Reunión Anual de la Sociedad Americana de Química, celebrada en San Francisco, una nueva insulina de acción ultrarrápida para las horas de las comidas. El fármaco se inhala de forma oral mediante la absorción a través del pulmón. "Todavía no está aprobada, pero posiblemente en 2012 llegue al mercado Afrezza, esta nueva insulina inhalada", ha comentado a DM Enrique Caballero. "Para aprobarlo, la FDA está esperando unos estudios sobre la seguridad pulmonar de este fármaco. Desgraciadamente, la primera insulina inhalada, *Exubera* (producida por Pfizer), albergaba dudas en este aspecto y se retiró". Aquel fármaco sólo estuvo unos meses en el mercado español. Otra ventaja de *Afrezza* es el tamaño reducido del dispositivo, "que cabe en la palma de la mano".

■ Ana Callejo Mora

Hoy en día los pacientes con diabetes tipo 2 disponen de numerosas opciones de tratamiento. Se trata de una ventaja que se puede volver en contra. Por eso, para alcanzar el éxito en las estrategias terapéuticas individuales hay que tener en cuenta las características personales, familiares, sociales, económicas y culturales de cada paciente, sin olvidar sus necesidades. Ésta es una de las ideas expuestas por Enrique Caballero, endocrinólogo y director médico de Educación Profesional del Centro de Diabetes Joslin, en Boston (Estados Unidos), que más ha calado entre los ponentes de las III Jornadas Nacionales de Actualización en el Tratamiento de la Diabetes Mellitus, celebradas en el Hospital Infanta Leonor de Madrid, con la colaboración de Novo Nordisk.

Las jornadas, organizadas por el Servicio de Endocrinología y Nutrición y la Sección de Formación, Docencia, Investigación y Calidad del citado hospital, han contado con la participación de más de 200 especialistas en Endocrinología, Medicina Interna, Cardiología, Nefrología y médicos de atención primaria.

"La diabetes, junto con la obesidad, representa un gran problema de salud tanto en España como en Estados Unidos. Desafortunadamente, la mayoría de las personas diabéticas tipo 2 no están bien controladas, ya que no han alcanzado las metas en el nivel de glucosa, de presión arterial ni en el colesterol", ha explicado Caballero a DM.

"Actualmente, existen estrategias no farmacológicas y farmacológicas para abor-



Jesús Reviriego.

Entre las opciones terapéuticas disponibles ya existen nuevas insulinas de acción más prolongada que ayudan a adaptar las opciones terapéuticas a las necesidades del paciente y no al revés

dar de forma adecuada esta patología. El primer grupo estratégico se refiere a los cambios en el estilo de vida que ayudan a que el diabético se controle mejor. Específicamente, se trata de llevar una alimentación equilibrada, hacer ejercicio de forma regular y controlar el peso corporal".

Repaso de las terapias

Por otro lado, según el endocrinólogo del Centro Joslin, que fundó la Iniciativa en Diabetes para los Latinos, "ahora disponemos de muchos fármacos, en concreto once tipos. Nunca antes habíamos tenido tantas opciones. Algunos medicamentos ayudan a que el páncreas sea



Francisco Javier del Cañizo.

En algunas poblaciones se han hecho estudios que han mostrado que los suplementos de vitamina D pueden ayudar a prevenir la aparición de la diabetes y mejorar el control en caso de padecerla

capaz de producir una mayor cantidad de insulina para regular los niveles de glucosa, como las sulfonilureas. Otros -como la metformina- hacen que esa hormona, la insulina, funcione un poco mejor, mientras que otra clase de fármacos ayuda a que el hígado produzca menos glucosa. Otro de los tipos de tratamiento -los inhibidores de la DPP-4- facilitan el trabajo de algunas hormonas (las incretinas) que se producen en el intestino y así ayudan a equilibrar el funcionamiento de la insulina".

En cuanto a las novedades terapéuticas, Caballero ha adelantado que otra clase de fármacos, que aún no están

aprobados, van a disminuir la cantidad de glucosa absorbida por los riñones. Se trata de los fármacos inhibidores selectivos de SGLT-2. Otros, los análogos de GLP-1, actúan en el sistema nervioso central para regular el ritmo en el que se producen algunas hormonas que tienen relación con el metabolismo de la glucosa.

"También están en desarrollo algunas insulinas inyectables, como degludec, la insulina de acción lenta de Novo Nordisk, que llegará pronto al mercado y posiblemente se administre sólo tres veces por semana, en lugar de la inyección diaria que se hace ahora con glargina y detemir".



Enrique Caballero.

Disponemos de muchos fármacos, once tipos. Nunca habíamos tenido tantas opciones. Algunos ayudan a que el páncreas produzca más insulina y otros hacen que esa hormona funcione mejor

Jesús Reviriego, gerente del Departamento Médico de Lilly, ha dado a DM algún detalle más sobre los nuevos fármacos llegados al campo de la diabetes. "En la próxima década nos vamos a encontrar con nuevos fármacos, un abanico que permitirá individualizar el tratamiento. Entre estas nuevas alternativas tenemos los agonistas del receptor de GLP-1. En concreto, Lilly ya tiene aprobado por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA, en inglés) un análogo de acción prolongada que permitirá administrar este fármaco de forma semanal. También existen nuevas insulinas de acción más prolongada que ayudan a adaptar las opciones terapéuticas a las necesidades del paciente y no al revés".

PAPEL DE LA VITAMINA D Y LA GLUTAMINA EN LA EVOLUCIÓN

Otro tema que ha centrado el debate en las III Jornadas Nacionales de Actualización en el Tratamiento de la Diabetes Mellitus ha sido la influencia de la alimentación en esta enfermedad, donde se ha pasado revista al papel de la vitamina D, los ácidos grasos, los antioxidantes y la glutamina en la evolución de la enfermedad. Francisco Javier del Cañizo, jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital Infanta Leonor, de Madrid, ha comentado que "en algunas

poblaciones se han hecho estudios que han mostrado que los suplementos de vitamina D pueden ayudar a prevenir la aparición de la diabetes y mejorar el control, en caso de padecerla". Además, ha señalado que la glutamina ofrece ventajas en términos de recuperación en pacientes diabéticos crónicos.

Los expertos reunidos en el Infanta Leonor también han abordado el daño que produce la patología en los órganos más relacionados con la

enfermedad cardiovascular.

Por su parte, Javier Díez, de la Universidad de Navarra, ha hablado del daño orgánico que presentan los diabéticos, afirmando que el uso de fármacos bloqueantes del sistema renina-angiotensina en el nivel tisular es más útil para controlar la hipertensión que otro tipo de medicamentos. A lo largo de las mesas redondas y ponencias también se ha analizado el tratamiento de la neuropatía, la retinopatía y el pie diabético.

La adherencia terapéutica

Caballero, profesor de la Universidad de Harvard en Boston, Massachusetts, ha señalado que el 50 por ciento de los pacientes con enfermedades crónicas, como es el caso de la diabetes, se adhieren adecuadamente a su tratamiento. Está convencido de que "la adherencia mejoraría adaptando los tratamientos a la situación personal del diabético".

MENOR NÚMERO DE HIPOGLUCEMIAS ENTRE DOS Y CINCO AÑOS

Insulina detemir en niños con diabetes tipo 1

→ El Comité de Medicamentos de Uso Humano aprobó el uso de insulina detemir en niños de dos a cinco años con diabetes tipo 1 basándose en datos que revelaban una disminución de hipoglucemias con esta insulina.

Redacción

El pasado mes de septiembre el Comité de Medicamentos de Uso Humano (CMUH) dio su opinión positiva a ampliar el uso del análogo de insulina basal de Novo Nordisk, insulina detemir, en niños de dos a cinco años con diabetes tipo 1.

Los datos en los que se basó demostraron que la insulina detemir es también una opción de tratamiento beneficiosa para los niños de estas edades con el tipo 1, comparada con la terapia con insulina NPH (*Neutral Protamine Hagedorn*). Así, los niños de dos a cinco años tratados con insulina detemir y un análogo de insulina de acción rápida, insulina aspart, experimentan un menor porcentaje de hipoglucemias, tanto durante todo el día como por la noche, en comparación con aquéllos tratados con insulina basal humana NPH en combinación con insulina aspart.

La reducción de hipoglucemias durante las 24 horas fue de 50,6 frente a 78,3 episodios por paciente al año y, en el caso de las hipoglucemias nocturnas, de 8 frente a 17,4 episodios por

Los niños menores de seis años tienen un mayor riesgo de sufrir una hipoglucemia severa y otras complicaciones graves de la diabetes

paciente al año.

Aunque, debido al reducido número de pacientes que integraban el grupo no fue considerado como un análisis estadísticamente significativo, la diferencia del riesgo de hipoglucemia mantuvo el mismo patrón que en otros grupos, donde las diferencias sí fueron estadística-



Reducir el riesgo de hipoglucemia es imprescindible en el manejo de la diabetes en los niños.

mente significativas. Ninguno de los pacientes tratados con insulina detemir presentó episodios de hipoglucemia severa, mientras que sí se reportaron seis casos en tres pacientes tratados con insulina basal humana.

"La seguridad es el aspecto más importante a tener en cuenta en el tratamiento de los niños con diabetes ti-

po 1. Reducir el riesgo de hipoglucemia -particularmente durante la noche- es una parte imprescindible en el manejo moderno de la diabetes en los más pequeños. Los niños menores de seis años son, además, quienes tienen mayor riesgo de sufrir una hipoglucemia severa y otras complicaciones graves de la diabetes, por lo que

cualquier tratamiento que suponga una mejora en la seguridad -en especial en este grupo- es bienvenido", según Nandu Thalange, del Hospital Universitario de Norfolk y Norwich, en Reino Unido, que ha coordinado un estudio con detemir.

Por su parte, Juan Pedro López Sigüero, presidente de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, ha señalado que "en este grupo de pacientes es fundamental una disminución del número de hipoglucemias, especialmente las graves, ya que, además del posible efecto neurológico y metabólico sobre el niño, producen una importante alteración funcional sobre la familia, principalmente sobre la madre". Por lo tanto, disponer de una pauta insulínica con detemir es una alternativa positiva en estos pacientes antes de la indicación de infusión continua.

ENSAYO SOBRE DETEMIR CON LIRAGLUTIDA

A raíz de los resultados de este ensayo clínico, el CMUH adoptó una opinión positiva sobre el uso conjunto de ambos. Este estudio, que duró 52 semanas, se planteó con el objetivo de evaluar la seguridad y eficacia de añadir *Levemir* (nombre con el que Novo Nordisk comercializa detemir), una vez al día, al tratamiento con *Victoza* (liraglutida, de Novo Nordisk) 1,8 mg y metformina. Durante 12 semanas, todos los pacientes fueron tratados con *Victoza* y metformina. En las 26 semanas siguientes, los pacientes que alcanzaron

una hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor al 7 por ciento se mantuvieron con este tratamiento y al resto se les añadió *Levemir* al tratamiento o siguieron con el mismo.

El 61 por ciento de los pacientes que combinaron ambos medicamentos alcanzaron las cifras de glucosa en sangre recomendadas por la Asociación Americana de Diabetes y lograron una reducción adicional del 0,5 por ciento en la HbA1c, mientras que ésta permaneció estable en el grupo tratado sólo con *Victoza* y metformina.

EL RIESGO DE DESARROLLAR CEGUERA EN EL DIABÉTICO ES 25 VECES SUPERIOR AL DE LA POBLACIÓN GENERAL

Las revisiones oculares son básicas para evitar perder visión

Redacción

Más de cuatro millones de personas conviven con la diabetes en España, cifra que representa aproximadamente el 12 por ciento de la población. Estas personas presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas oculares. Se estima que el riesgo de ceguera en el diabético es 25 veces mayor que el de la población general.

Con motivo del Día Mundial de la Diabetes, se hace un especial llamamiento para que las personas con diabetes se concienticen de lo imprescindible que son las revisiones periódicas, ya que la detección y el tratamiento tempranos pueden limitar la posibilidad de pérdida de visión.

Pero las revisiones perió-

Los diabéticos presentan un mayor riesgo de retinopatía, cataratas, glaucoma, edema macular y desprendimiento de la retina

dicas no sólo son útiles para detectar las complicaciones oculares de la diabetes, sino que, además, pueden ser claves para detectar la propia diabetes, tal y como advierte Juan Carlos Martínez Moral, presidente del Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas. "En ocasiones, los primeros signos de diabetes se descubren durante un examen ocular rutinario".

Los diabéticos presentan

un mayor riesgo de retinopatía diabética, cataratas, glaucoma, edema macular y desprendimiento de la retina.

Cambios en la graduación

Además de dichas complicaciones, en estos pacientes las fluctuaciones en los niveles de glucemia provocan cambios refractivos, que se traducen en aumentos o disminuciones de la agudeza visual.

Ante un episodio de hiperglucemia, el cristalino experimenta variaciones que desembocan en miopía, con lo que el paciente tendrá dificultades para ver de lejos. Al controlar rápidamente la glucemia, se produce justo el efecto contrario.

Todos estos cambios son

Los cambios refractivos continuos pueden ser una señal de que la persona padece diabetes y pueden reflejar un descontrol metabólico

transitorios hasta la estabilización de la glucemia.

Tanto es así que los cambios refractivos continuos pueden ser una señal de que la persona padece diabetes, mientras que en los pacientes ya diagnosticados pueden reflejar un descontrol metabólico.

En estos periodos en los que se experimentan cambios refractivos por un descontrol glucémico, es recomendable el uso de lentes

de contacto desechables.

Para detectar a tiempo las posibles complicaciones oculares de las personas con diabetes, conviene realizar revisiones oculares atendiendo a la etapa vital. Así, entre los 10 y los 29 años se debe realizar un examen completo, como mínimo, entre los tres y los cinco años posteriores al diagnóstico de la diabetes y, luego, una vez al año. Los mayores de treinta años deben acudir al especialista en el diagnóstico de la diabetes y, posteriormente, una vez al año, las embarazadas en estado prediabético deben someterse a una revisión ocular durante el primer trimestre de gestación y los diabéticos con complicaciones oculares deben examinarse con mayor frecuencia.

EL 42 POR CIENTO DE LOS PACIENTES OLVIDA TOMAR LA MEDICACIÓN Y EL 15 POR CIENTO SIGUE SIN CONSIDERAR SU ENFERMEDAD COMO GRAVE

Insuficiente información sobre la amenaza

→ Por primera vez en España se han recopilado datos sobre la diabetes gracias a una encuesta de percepción que se está realizando a médicos y pacientes. Los primeros resultados han puesto de manifiesto que la informa-

ción, con la que cuentan tanto profesionales como personas afectadas, es insuficiente para el abordaje de la diabetes tipo 2, que está estrechamente ligada a la obesidad.

■ Ester Crespo

En la campaña de concienciación sobre la importancia de seguir unos hábitos saludables para prevenir la diabetes tipo 2, se han presentado datos de la encuesta *es-Diabetes, Tomatela en serio*, todavía abierta, y avalada por las principales sociedades de médicos y pacientes implicados en esta enfermedad.

Entre los 500 médicos encuestados, el 83 por ciento considera que se podía haber prevenido la diabetes; el 50 por ciento, que la información sobre la patología no es suficiente, y por último, el 52 por ciento de los facultativos creen que los pacientes diabéticos no están recibiendo un control adecuado, ha explicado José Ángel Díaz Pérez, secretario de la Sociedad Española de Diabetes (SED).

Entre los pacientes que participaron en la encuesta, el 15 por ciento sigue sin considerar su enfermedad como grave, el 42 por ciento olvida tomar la medicación, el 25 por ciento consume bebidas alcohólicas y el 16 por ciento continúa fumando. Además, es importante resaltar que un tercio de ellos estima que no ha recibido suficiente información, ha añadido Díaz Pérez, que apunta que los profesionales sanitarios deberían reflexionar sobre este último dato.

Carpas informativas

La campaña cuenta con carpas informativas para concienciar sobre la importancia de mantener una alimentación sana, practicar deporte o alejarse de malos hábitos como el alcohol, si se padece o se está en riesgo de padecer diabetes tipo 2. La primera carpa, donde se ha inaugurado la campaña, ha estado situada en el madrileño mercado de La Paz, que ha ofrecido la posibilidad de realizar pruebas para evaluar el riesgo de padecer esta patología. Después, la campaña se trasladará a Valencia, Sevilla y, finalmente, a Barcelona, donde previsiblemente se cerrará la campaña en febrero.



Mercedes Maderuelo, responsable de comunicación de la Federación de Diabéticos Españoles, Sara Artola, José Ángel Díaz, Ricardo Gómez y Verónica Forqué, actriz.

Ésta es una de las partes de la campaña para concienciar a la población del desarrollo alarmante de la diabetes. La segunda consiste en divulgar folletos en carpas informativas situadas en diferentes mercados. El primero ha sido el Mercado de la Paz, en Madrid.

Abordaje integral

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya ha alertado sobre la pandemia de la obesidad y la diabetes: "O cambiamos el estilo de vida o está en peligro la supervivencia económica de los países desarrollados", según Ricardo Gómez, coordinador del grupo de diabetes y obesidad de la Fundación Espa-

ñola de Medicina Interna (FEMI).

Desde la Sociedad Española de Medicina Interna se realiza un abordaje integral de los pacientes. Gómez ha precisado que es el enfoque más adecuado, pues la patología puede afectar a cualquier órgano. "En estos pacientes es entre dos y tres veces mayor el riesgo de sufrir un infarto de miocardio, cerebrovascular o una amputación no traumática de miembros inferiores; además de sufrir lesiones de pequeño vaso, que afectan a la retina y al riñón".

Por todas las complicaciones que pueden producirse en los pacientes diabéticos, el especialista ha señalado

que nos encontramos ante un desafío social. "El 10 por ciento del gasto sanitario sería atribuible a la diabetes, pero no a la enfermedad en sí, sino a las complicaciones que se derivan de ella".

Ligada a la obesidad

Otro aspecto que hay que resaltar de la diabetes tipo 2 es que afecta al 90 por ciento de todos los diabéticos, y que está ligada a la obesidad. "Si controláramos la obesidad, la diabetes desaparecería en el 80 por ciento de los casos", según Gómez, que añade que la obesidad, principal causa de la diabetes, es más alta en los individuos de clase sociocultural baja, por lo que es un problema que

La obesidad, principal causa de la diabetes, es más alta en los individuos de clase sociocultural baja

trasciende del ámbito médico al sociocultural.

La obesidad, ha resaltado Sara Artola, coordinadora de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (RedGDPS), sobre todo está aumentando en niños. "Esta patología en los niños españoles es la más alta de Europa, después de Malta. Tal situación llevará a que los niños tendrán un mayor riesgo de padecer diabetes en alguna fase de su vida".

Para Artola, sin embargo, los facultativos deben centrarse en los casos de diabetes ignorada, pacientes con 40 años que presentan obesidad abdominal.

Por último, los especialistas han destacado la importancia de una dieta saludable, comida mediterránea, y el ejercicio físico, actividades sencillas como caminar 30 minutos al día, para prevenir esta enfermedad, que padecen cinco millones de personas en España y un millón de ellas desconocen que la tienen.

LA FALTA DE VIGILANCIA ELEVA EN TRES VECES MÁS EL RIESGO DE SUFRIR PERIODONTITIS

Un tratamiento periodontal adecuado puede mejorar el control de la glucemia en diabéticos

■ S. M. B.

Existe una creciente evidencia científica y clínica que vincula a la diabetes con las enfermedades de las encías, y viceversa. La relación es bidireccional. Como explica David Herrera, profesor de Periodoncia en la Universidad Complutense de Madrid, "un gran número de estudios han mostrado que las enfermedades periodontales son más frecuentes y suelen estar más avanzadas en diabéticos (tanto de tipo 1 como tipo 2) respecto a no diabéticos. De igual manera, estos trastornos de las encías progresan más rápidamente en los pacientes dia-

béticos y el mal control de la glucemia en pacientes con diabetes también se asocia con un incremento significativo del riesgo de pérdida de nivel de inserción y hueso alveolar".

Herrera es vicepresidente de la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA), entidad que, junto con la Fundación de la Sociedad Española de Diabetes (Fundación SED), ha puesto en marcha una campaña de concienciación sobre la estrecha interacción entre diabetes y enfermedades periodontales, y ha publicado un documento con las principales evidencias científicas que confir-

man dicha asociación. En el Estudio *Nhanes III* realizado en Estados Unidos, los adultos con diabetes mal controlada mostraron un riesgo 2,9 veces más alto de tener enfermedad periodontal que aquéllos con buen control de la diabetes.

En el otro sentido

Y viceversa: también la presencia de inflamación en las encías va a repercutir negativamente en el control y riesgo de complicaciones en el diabético. En diabéticos con periodontitis, la incidencia de microalbuminuria es dos veces mayor y la enfermedad renal terminal es

cinco veces mayor que en los diabéticos sin periodontitis; de la misma manera, los diabéticos con periodontitis avanzada tienen tres veces más riesgo de mortalidad cardiorenal que sin periodontitis.

Herrera alude, entre otros estudios, a las recomendaciones de la Federación Internacional de Diabetes (IDF 2009), donde se recuerda que la educación de los diabéticos debe incluir la información puntual sobre la salud bucal, especialmente la periodontal. Y añade que un tratamiento periodontal oportuno podría mejorar el control de la glucemia en los afectados.



David Herrera, vicepresidente de la SEPA.

"La clínica dental puede servir, como ya se ha evidenciado en trabajos científicos, para diagnosticar la diabetes no detectada; por su parte, los endocrinólogos tienen en su mano la capacidad de ayudar a controlar y prevenir las enfermedades periodontales", concluye Herrera.

EL MANEJO DEL PACIENTE DIABÉTICO DEBE SER MULTIDISCIPLINAR Y HAN DE IMPLICARSE DIFERENTES SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Diferencias que marcan el nivel de cuidados

→ Cualquier individuo que sienta la obesidad y la diabetes como problemas sanitarios de primer orden se tiene automáticamente que preguntar: por qué. El Grupo de Trabajo sobre Diabetes de la Sociedad Española de Endo-

crinología y Nutrición nació con el objetivo de garantizar una buena formación a los profesionales dedicados a esta patología y de fomentar la prevención de riesgos asociados a la diabetes.

■ C. Simón

La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición ha constituido un grupo de trabajo sobre diabetes, dirigido por Martín López de la Torre, del Hospital Virgen de las Nieves, en Granada; Pedro Mezquita, en el Hospital Torre Cárdenas, de Almería, y Óscar Moreno, del Hospital General Universitario de Alicante. Entre sus prioridades está la formación, tal y como ha comentado a DIARIO MÉDICO López de la Torre.

¿Cuáles son los objetivos prioritarios del grupo de diabetes de la SEEN?

El Grupo de Diabetes de la SEEN se ha propuesto como objetivos primarios el desarrollo de proyectos de formación continuada e investigación clínica en diabetes, así como la colaboración con otras sociedades científicas e instituciones que también tengan por objetivo la diabetes.

¿Con qué recursos cuentan para llevarlos a cabo?

Es un grupo integrado en la SEEN y, por tanto, cuenta con toda su infraestructura en bien del desarrollo de sus proyectos, en estrecha colaboración con la fundación de esta sociedad científica.

¿Cómo se debe abordar el manejo del paciente diabético?

Es fundamental un abordaje multidisciplinar y, en este sentido, sociedades, instituciones y profesionales

deben colaborar al unísono en un objetivo común: el paciente diabético. Cuanto antes sepamos coordinar nuestros esfuerzos, antes conseguiremos resultados valiosos. No hay tiempo que perder, porque esta enfermedad nos va invadiendo.

¿Con qué otras especialidades se debe contar para el manejo integral?

Deben colaborar no sólo especialidades médicas que asisten cotidianamente al diabético (Endocrinología y Nutrición, Medicina de Familia, Medicina Interna, Oftalmología, Cirugía Vascular, Cardiología, etc.), sino también otros muchos profesionales sanitarios (diplomados en enfermería, podólogos, psicólogos, educadores, etc.). No creo importante definir qué especialistas deban atender al diabético; lo importante es ofertar un lugar común de participación a cualquier profesional capaz de ayudar.

¿Qué diferencias hay entre el control de la diabetes en las distintas edades?

La coordinación del tratamiento con hábitos de vida y autocontrol hace al paciente diabético el centro de las actuaciones. En este sentido, el cuidado de un niño de corta edad totalmente dependiente de sus padres es radicalmente diferente al del adolescente que busca su independencia e identidad, o al del adulto con hábitos establecidos que co-



Martín López de la Torre.

mienza con una diabetes aparentemente leve, o al del anciano frágil dependiente de sus cuidadores. Ni siquiera se parece la situación de un diabético adulto que debutó en su infancia y acumula conocimientos y actitudes (y también defectos) desde la infancia, con el cansancio y el estigma de una enfermedad crónica durante años, a la del adulto que comienza de forma asintomática con una enfermedad

que controla con un tratamiento oral bien tolerado.

En cuanto a las medidas preventivas, ¿cuáles son las estrategias marcadas?

Por el gran desarrollo de la diabetes 2, tan dependiente de la obesidad, la medida más importante de prevención es sin duda el control de la obesidad ya desde la infancia, tanto en la promoción de hábitos de vida saludables fomentando una dieta adecuada, como de ejerci-

La prevención comienza desde que la embarazada conoce los beneficios de la lactancia materna. Hay que conseguir una educación nutricional

cio físico, para lo que es imprescindible mejorar los conocimientos de la población mediante la educación sanitaria.

¿Cuándo empieza la prevención? ¿En la infancia?

Por supuesto, e incluso antes, desde que la madre embarazada conozca los beneficios de la lactancia materna. Hay que conseguir que la educación nutricional y de hábitos de vida forme parte integral del individuo, desde todos los ámbitos y desde el primer momento de la vida, ya que es en edades tempranas donde adquirimos inadvertidamente un arsenal de conocimientos y actitudes de las que viviremos el resto de nuestra vida.

¿Qué supone la celebración del Día Mundial de la Diabetes?

Tomar conciencia de la diabetes como problema sanitario de primera magnitud que debe preocuparnos a todos, y donde todos hemos de colaborar en la medida de nuestras posibilidades (que son más de los que creemos).

EL AUMENTO DE LOS OMEGA-3 EN LAS CÉLULAS MUSCULOESQUELÉTICAS MEJORA LA SENSIBILIDAD A LA INSULINA

Comer pescado ayuda a disminuir el riesgo de diabetes

■ Redacción

Una investigación ha analizado el patrón dietético de la población adulta española con alto riesgo cardiovascular. Sus resultados han revelado un consumo elevado tanto de carne roja como de pescado. Pero mientras que comer mucho embutido se asocia con mayor peso y tasa de obesidad, el consumo de pescado se vincula con una menor concentración de glucosa y un menor riesgo de diabetes.

Este análisis se realizó en Valencia a 340 hombres y 605 mujeres de entre 55 y 80 años con alto riesgo cardiovascular y su objetivo era

conocer el patrón de consumo de carne y pescado, la relación con la dieta mediterránea y su asociación con factores de riesgo cardiovascular. Los resultados obtenidos se publican en el último número de *Nutrición Hospitalaria*.

Mercedes Sotos Prieto, investigadora de la Universidad de Valencia, ha explicado que "en los países mediterráneos el consumo de alimentos característicos de su dieta ha disminuido en las últimas décadas para aumentar el de grasas saturadas, procedentes sobre todo de carnes rojas y bollería industrial".

Según la investigadora, la población consume carne roja una vez al día, de media, lo que resulta elevado en comparación con las recomendaciones alimentarias. Esto podría estar influenciado por las sugerencias de consumir ternera a la plancha que indican muchas dietas para perder peso.

Los autores han afirmado que, a pesar de tratarse de un estudio que no determina una relación causal, son varios los trabajos que coinciden en que el consumo de pescado, tanto el blanco como, en mayor grado, el azul, se asocia con un menor riesgo de diabetes tipo 2. "Se

han sugerido varias hipótesis que explican por qué comer pescado podría estar relacionado con menor riesgo de diabetes". Esto se debe a que el aumento de los omega-3 en las células del músculo-esquelético mejora la sensibilidad a la insulina.

Resulta importante conocer el patrón dietético de la población española para saber si los hábitos están cambiando y, por tanto, debemos reforzar la educación alimentaria", ha subrayado Prieto. Para ello, "habría que instaurar programas de intervención dietética para evitar alejarse del patrón tradicional mediterráneo, es

decir, disminuir el consumo de carne roja y mantener el de pescado".

Comparando el sexo, se demostró que el consumo elevado de grasas saturadas procedentes de la ingesta de carne roja y embutidos fue mayor en los hombres. Las mujeres demostraron comer más carne blanca, en concreto pavo y pollo. En relación a la ingesta de pescado, no se encuentran diferencias significativas. En general, las mujeres presentaron un mayor número de casos que seguían "patrones dietéticos sanos" o "dietas prudentes", en comparación con los hombres.