



O.J.D.: 25074
E.G.M.: No hay datos
Tarifa: 11586 €

EN PORTADA
La enfermedad del olvido

Di@bet.es, la epidemia crece





J.G.

El aumento de la prevalencia de la diabetes concuerda con la tendencia a escala mundial y los expertos calculan que el coste de la diabetes en España por paciente y año multiplica por dos el gasto sanitario medio por habitante, lo que podría representar entre el 15 y el 20% del gasto total.

Los datos preliminares del estudio Di@bet.es fueron presentados hace un año en el Instituto de Salud Carlos III y en aquella ocasión se estimó una prevalencia de diabetes en España del 12% en la población con edad superior a los 18 años, un 4% de ellos con diabetes desconocida. Pero en abril de este año, durante el Congreso de la Sociedad Española de Diabetes y con los datos definitivos en la mano, esos porcentajes han sido corregidos al alza hasta al 13,8% de la población adulta española, de los que un 6% desconocía que tiene la enfermedad. En el reciente número de octubre de la revista *Diabetología* se publica un resumen del mayor estudio poblacional realizado hasta ahora en España, de corte transversal, que ha trabajado sobre una muestra aleatoria representativa de la población española de 5.072 personas, el 41,6% hombres y el 58,4% mujeres, en 100 centros sanitarios repartidos por toda la geografía.

Los participantes fueron invitados a asistir a una visita de exploración única en su centro de salud. La información se recogió mediante un cuestionario estructurado, examen físico y analítica, que incluyeron variables como el nivel educativo, tabaquismo, actividad física diaria, historia familiar de diabetes, peso, talla, índice de masa corporal, cintura y circunferencia de la cadera, presión arterial, niveles de glucosa plasmática, triglicéridos y colesterol. La clasificación se realizó según los criterios de la OMS de 1999, el diagnóstico de diabetes fue hecho mediante la prueba de tolerancia a la glucosa oral en la mayoría de los casos y la prevalencia global se ajustó a la estructura por edad y sexo de la población española.

Proyección de futuro

Con estos parámetros, el estudio Di@bet.es nos ofrece una foto de lo que ya es-

tá sucediendo al medir con exactitud la prevalencia actual de la enfermedad, pero también permite una proyección de futuro, poco tranquilizadora, al mostrar que casi el 30% de la población estudiada tiene alguna alteración relacionada con los hidratos de carbono.

El estudio confirma que la prevalencia de diabetes mellitus y las alteraciones en la regulación de la glucosa aumentan con la edad, es mayor en hombres que en mujeres y se asocia significativamente con la obesidad (28,2% con IMC >30), hipertensión arterial, colesterol HDL bajo y LDL elevado, triglicéridos altos y antecedentes familiares de diabetes. El estudio ha encontrado también que los pacientes con diagnóstico de diabetes tienen un bajo nivel de colesterol LDL, lo que puede explicarse porque recibirán probablemente con mayor frecuencia un tratamiento con estatinas. Por otro lado, los autores constatan los beneficios del consumo habitual de aceite de oliva entre los individuos que tienen un colesterol HDL más elevado frente a los que consumen otro tipo de grasas.

Por último, las personas con bajo nivel educativo tenían un 28% más de riesgo de tener diabetes mellitus después de ajustar otros factores de riesgo estrechamente relacionados con la diabetes, lo que de nuevo confirma lo ya conocido sobre la asociación de un nivel socioeconómico bajo con un peor estado general de salud, mayores tasas de mortalidad y enfermedades cardiovasculares y un aumento en la prevalencia de diabetes.

Círculo azul

El Día Mundial de la Diabetes fue instaurado por la Federación Internacional de Diabetes (FID) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1991, y se incorporó en 2007 al calendario oficial de Naciones Unidas. Desde entonces ha tenido un éxito creciente la campaña del 14 de noviembre que consiste en iluminar monumentos emblemáticos de muchas ciudades del mundo con un círculo azul que representa la unidad en la lucha contra la diabetes.

«El Día Mundial de la Diabetes tiene como finalidad poner en el conocimiento de todos la existencia de la diabetes, que

Muchos monumentos en ciudades de todo el mundo se iluminan con luz azul el 14 de noviembre de cada año, como una forma de hacer visible el Día Mundial de la Diabetes. Esta enfermedad crónica adquiere caracteres de epidemia en los países desarrollados y en España afecta, según los resultados del Estudio Di@bet.es que acaban de ser publicados, al 13,8% de la población adulta. Si el porcentaje resulta preocupante, no lo es menos que casi la mitad de estos enfermos, un 6%, permanece sin diagnóstico.



EN PORTADA

Di@bet.es, la epidemia crece

es una enfermedad de muy alta prevalencia y que, controlándola bien, se pueden evitar males mayores en el futuro», explica la Dra. Sonia Gatzambide Sanz, jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario de Cruces, profesora de la Universidad del País Vasco (UPV-EH) y actual presidenta de la Sociedad Española de Diabetes.

Los últimos datos sobre la diabetes en España revelan que estamos en línea con el aumento de la prevalencia de la diabetes a escala mundial. En nuestro entorno, el estudio DECODE recogió los datos de 13 estudios de nueve países europeos, tres de los cuales correspondían a España, con la participación 7.680 hombres y 9.251 mujeres de entre 30 a 89 años. La conclusión fue que en la mayoría de los países europeos la prevalencia de la diabetes y los problemas relacionados con la regulación de la glucosa es moderada o baja, inferior al 10% en personas menores de 60 años y entre el 10 y 20% en personas de 60-80 años.

A pesar de que conocer la prevalencia de la diabetes es esencial para realizar una adecuada planificación de los recursos y para el desarrollo de estrategias en los sistemas sanitarios, los datos disponibles sobre prevalencia de la diabetes en distintos países son limitados. La variabilidad que se aprecia en Europa entre los estudios de prevalencia de la diabetes obedece a distintas razones, pero se relacionan principalmente con las distintas metodologías empleadas. Además del realizado en España, solamente hay dos estudios de ámbito nacional en Islandia y Portugal.

En los estudios europeos sobre la prevalencia de diabetes mellitus, los datos se obtienen a partir de los registros de casos o de entrevistas estructuradas, pero no con la prueba de tolerancia a la sobrecarga oral de glucosa. En otros casos, los estudios locales se extrapolan a todo el territorio nacional, y esto puede o no poder representar a la prevalencia en el conjunto del país. También pueden existir diferencias importantes entre los países en la prevalencia de la obesidad, en la actividad física de la población y en los

patrones nutricionales, que en parte podrían explicar la variación en la prevalencia de la diabetes. Los autores del estudio Di@bet.es señalan que en un estudio reciente portugués, utilizando la misma metodología, la prevalencia total de diabetes mellitus en el país vecino fue del 11,7%, próxima a la de la población española.

todavía, pero se va haciendo camino. Es importante también caracterizar a las personas con diabetes para que, cuando aparezca un nuevo tratamiento, podamos ver si es el más adecuado para el perfil genético del paciente. Lo que sí es presente es la posibilidad que tenemos de tratar adecuadamente a las personas con diabetes, y que es muy importante la investigación».



Tratamiento

La presidenta de la Sociedad Española de Diabetes considera que «todos los tratamientos actuales favorecen el control de la diabetes y nos pueden dar un margen para que aparezcan otros nuevos que nos lo faciliten todavía más. Se sigue investigando mucho en diabetes, en nuevos fármacos orales, en nuevas insulinas y también, cómo no, en la posible curación de la enfermedad. Es muy importante estar preparados». «Se investiga en trasplante de páncreas y de hecho en este momento obtienen resultados mucho mejores», puntualiza la Dra. Gatzambide, que prosigue explicando que «los trasplantes de islotes pancreáticos son una realidad, pero lógicamente hay una limitación en el número de células disponibles y es necesario volver a trasplantar, pero son un punto de partida. Se está investigando en otras líneas, en células madre y otro tipo de células a las que, modificándolas, se les puede hacer caminar en una dirección, hacia la producción de insulina. Esto es futuro, no es una realidad

Este año, el equipo de la Dra. Gatzambide es el anfitrión en Bilbao de la 4.ª Jornada de divulgación científica que organiza el Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM). Su objetivo es dar a conocer entre la población general y especialmente entre los pacientes con diabetes los métodos, líneas y frutos que ofrece la investigación. «Es importante dar a conocer al público que la diabetes es una enfermedad muy común que nos puede tocar a todos, y que modificando el estilo de vida se obtiene un gran beneficio. Ya hay estudios que nos dicen que con la prevención se puede lograr que la diabetes no aparezca en un 50% de la población de riesgo. ¿Qué mejor tratamiento que ese?».

En la actualidad, la diabetes es una de las patologías crónicas que representa una mayor carga para los sistemas sanitarios. Según los expertos, el gasto sanitario inducido por la diabetes multiplica por 2 veces el de la población general y se sitúa en torno a los 3.000 euros anuales, lo que representa entre el 15 y el 20% del gasto total sanitario de España. Pero estas cifras se disparan con el tratamiento de las complicaciones. Según datos de la Federación Internacional de Diabetes, cada 7 segundos muere alguien en el mundo a causa de la diabetes. Las últimas cifras de este organismo indican que hay 336 millones de personas con diabetes, que la enfermedad causa 4,6 millones de fallecimientos y que el coste global se aproxima a los quinientos mil millones de dólares. El anterior dato, de 2009, había contabilizado 285 millones de personas con diabetes, por lo que la epidemia crece exponencialmente. ■



EN PORTADA

Di@bet.es, la epidemia crece

En diabetes hay que invertir sobre todo en educación

Dra. Sonia Gaztambide Sanz
Presidenta de la Sociedad Española de Diabetes



-¿Qué papel tiene la atención primaria en el diagnóstico de la diabetes?

—El estudio Di@bet.es nos dice que hay una prevalencia del 13,8% y, de este porcentaje, un 6% es diabetes no conocida. Esta diabetes no conocida es la que tenemos que tratar de aflorar a la superficie porque son los que se pueden beneficiar más. Una vez hecho el diagnóstico, controlando bien la enfermedad, las complicaciones pueden disminuir en el futuro como en un 40%. Por eso es muy importante el diagnóstico temprano y yo creo que los médicos de atención primaria de toda España están muy sensibilizados. Esa es la puerta de entrada para el diagnóstico. En el futuro hay que caminar hacia una atención continuada. El paciente no es de nadie, tiene que ser atendido por el médico de atención primaria cuando sea necesario y por el especialista sobre todo si ya presenta complicaciones. Pero lo importante es que sea atendido desde el primer momento para tratar de evitar llegar a males mayores.

-¿Cuáles son los objetivos en el control de la diabetes?

—La mayor parte de la diabetes es de tipo 2, y el grueso de esa población va a ir al médico de atención primaria. Los objetivos de control son iguales en términos generales para todos, pero habría que individualizarlos porque no pueden ser los mismos para un niño que para una persona de 80 años. Los consensos internacionales hablan de una hemoglobina glucosilada por debajo del 7%, pero incluso hay algunos grupos europeos que dicen que debe estar por debajo del 6,5%. Hay que controlar la presión arterial y los niveles de colesterol y de triglicéridos. Evidentemente, no hay que olvidarse del tabaco, que a veces nos olvidamos, pero lo más importante es que tenemos que tratar por igual, con el mismo mimo, a todos los factores de riesgo.

-¿Cómo valora la calidad de la atención al paciente diabético en España?

—En mi opinión, la asistencia sanitaria al paciente con diabetes es muy variable a nivel nacional, aunque los principios mínimos se cubren. Me explico: cada co-

munidad tiene su propio sistema en cuanto al reparto de tiras reactivas que ayudan al control de la diabetes, en alguna comunidad existe una tira, en otra existen cuatro pero no en todas existen esas mismas cuatro tiras, sino que en una son cuatro y en otra son cuatro diferentes, lo que dificulta la movilidad. Tendría que existir un consenso entre todas las comunidades para hacer en todas lo mismo. Está prevista una reunión para el seguimiento de la Estrategia Nacional de la Diabetes y allí se verá cuál es la situación en este momento, si se ha avanzado, porque en la primera reunión se vio que había muchas desigualdades. No en todos los sitios hay educación diabetológica ni en todos los niveles. A veces se llama educación diabetológica a cosas que son demasiado puntuales, no a una educación estructurada, que es lo importante. Sobre todo, yo creo que la educación tiene que estar incluida en la agenda de la atención, y mientras no sea así, la educación diabetológica va a ser la hermana pobre. Lo importante es que el paciente siga unos preceptos y que todos digamos lo mismo, desde el médico de atención primaria al especialista en diabetes o a la enfermera educadora o al farmacéutico que le atiende cuando va a recoger sus fármacos. Creo que la educación no está bien contemplada en la agenda de atención al paciente diabético y esa es una de las carencias fundamentales.

-¿Y en cuanto al progreso de los tratamientos?

—En los últimos años hemos asistido a una explosión de fármacos y cada uno pone su granito de arena en la mejora del control de la diabetes, tanto en los fármacos orales como en las insulinas y en los medidores de glucosa, con memorias que se pueden descargar en el ordenador y dan perfiles. Lo que quiere la persona con diabetes es la cura de la enfermedad, aunque hoy por hoy no existe. Pero sí que tenemos sistemas para mejorar el control y, por lo tanto, para disminuir las complicaciones. Cuanto más disminuyan estas, más tiempo de vida hay, más calidad de vida en el momento y más tiempo para que se puedan aplicar novedades. ■