

# La “Diabetes Mellitus, la enfermedad de los excesos”

**La Federación Internacional de Diabetes (IDF)** estima que existen 250 millones de adultos con diabetes mellitus. La incidencia está aumentando en proporciones pandémicas y se calcula que dentro de 15 años, 380 millones de personas padecerán esta enfermedad.

Esto se desarrolla en paralelo con la epidemia de obesidad que tal vez sea la causa primaria de esta pandemia; en el año 2005 se calculaba la existencia de 400 millones de obesos con previsiones de duplicarse en el año 2015, afectando no sólo a los países industrializados como ocurrió inicialmente, sino también a las naciones con economías menos desarrolladas. Se estima en 22 millones el número de niños obesos que se asocian con diabetes DM tipo II de inicio precoz y con un fenotipo más agresivo que las formas clínicas de la población adulta. La DM es responsable del 7% de la mortalidad global y el 50% de las muertes se deben a eventos cardiovasculares, lo que llevó a varios autores a sugerir que “la DM es en realidad una enfermedad cardiovascular con la glucemia elevada”.

Existen numerosas disparidades étnicas en el inicio y la evolución de esta enfermedad, como por ejemplo en el sudeste asiático donde se desarrolla a una edad más precoz y en Estados Unidos donde las poblaciones Afro-americana e Hispana son afectadas en forma desproporcionada al resto.

Los trabajos de De Fronzo y colaboradores sugieren que en el momento del diagnóstico de DM Tipo II los pacientes han perdido el 80% de la función de sus células beta y cuando un individuo tiene intolerancia a la glucosa en ayunas se ha destruido el 50% del volumen de las mismas.

El conocimiento más profundo y detallado de la fisiopatología de la DM ha permitido el desarrollo en los últimos años de varias drogas que podrían ejercer un efecto protector sobre esta población celular y existen en distintos estadios de investigación clínica varios grupos de fármacos con novedosos mecanismos de acción sobre distintos blancos metabólicos.

Sin embargo, la reciente publicación de los resultados de los estudios Accord y Ad-

vance justifican algunas reflexiones. La importancia de ambos se debe al gran número de pacientes con seguimientos prolongados entre 3.5 y 5 años y a las características basales de los participantes que reproducen a la población adulta habitual con DM Tipo II, edades entre 62 y 66 años, con 8 años de duración previa de la enfermedad y HBA1C con valores promedio entre 7,5% y 8,1%. En ninguno de los 2 estudios se puso énfasis en modificaciones dietéticas y/o cambios en el estilo de vida.

El mensaje más contundente fue que el control intensivo de la glucemia en valores “casi normales” durante 3,5 y 5 años no redujo los eventos cardiovasculares. En el Advance se reconfirmó la evidencia previa sobre la disminución de la microalbuminuria y la consiguiente nefropatía diabética. El dato más preocupante y controvertido del Accord resultó el incremento significativo de la mortalidad general y cardiovascular en la rama de control intensivo que en su diseño inicial trataba justamente de prevenir. Es probable que episodios de hipoglucemia hayan contribuido con estos resultados. El uso de tiazolidindionas (92% en la rama intensiva y 58% en la de tratamiento estandar) y de insulina probablemente expliquen el incremento de 3,5 kg. de peso promedio en la rama intensiva de este estudio con un subgrupo que aumento más de 10 kg. (28%). En el Advance, el cambio de peso corporal no fue significativo.

Estos datos deben sin duda ayudarnos a reflexionar sobre la importancia del cuidado integral del paciente y el énfasis que debe ponerse en el control de la epidemia de obesidad y por otro lado en el paciente con diagnóstico de DM el uso de aspirina, estatinas y el adecuado control de la HTA se asocian con reducciones sustanciales del riesgo cardiovascular.

Se podría concluir que como casi siempre ocurre en medicina “lo mejor es enemigo de lo bueno” y “exceso” en el control de los valores de glucosa plasmática probablemente distorsionen las reales metas a obtener que son un adecuado descenso del peso corporal, revertir el sedentarismo y el control de los factores de riesgo cardiovasculares verdaderos responsables del desarrollo y las complicaciones de esta enfermedad.

**Julio E. Bruetman<sup>1</sup>**

I- Jefe de servicio de Clínica Médica