

La diabetes mellitus (DM) es un desorden metabólico caracterizado por hiperglucemia crónica que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina (resistencia a la insulina). Es una enfermedad compleja que requiere el cuidado médico permanente con estrategias dirigidas a reducir el riesgo multifactorial que lo acompaña, más allá de sólo el control de la glicemia.

El seguimiento y la educación continua del paciente son críticos para la prevención aguda de complicaciones y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo producidas por la enfermedad.

La DM es uno de los mayores problemas para los sistemas de salud del mundo. La Federación Internacional de Diabetes (IDF,) estimó que su prevalencia en Latinoamérica era de 9.2% entre adultos de 20 a 79 años, mostrando sólo Norteamérica (10.5%) y el Sur de Asia (10.9%) tener tasas mayores. De los 371 millones de adultos que viven con diabetes en el mundo, 26 millones (7%) residen en Latinoamérica. En Venezuela se ha reportado una prevalencia del 6.5% sin embargo algunos expertos opinan que afecta hasta un 10% la población.

El crecimiento en el número de casos esperado para el año 2030 es mayor en nuestros países que lo pronosticado para otras áreas, estimando para entonces 39.9 millones de casos. La expectativa de crecimiento se basa en la alta prevalencia en éstas regiones de condiciones que preceden a la diabetes como son la obesidad y la disglucemia.

De forma preocupante, la prevalencia de DM también ha aumentado en niños, adolescentes y en especial en adultos jóvenes. Factores ambientales influyen en ello, como los cambios en los patrones de alimentación, el incremento en el acceso y consumo de alimentos y bebidas con alta densidad calórica, la disminución del tiempo dedicado a la actividad física y el incremento de los periodos asignados a labores sedentarias, son las causas mayores del incremento en la prevalencia de obesidad y por lo tanto de DM. Cambios en la dinámica de las familias. La depresión y el consumo de alcohol, son otras condiciones involucradas.

Actualmente la DM se encuentra entre las primeras cinco causas de mortalidad a nivel mundial. La principal causa de muerte en la población diabética es la enfermedad cardiovascular (ECV), ya sea cardiopatía isquémica o infarto cerebral. Además, también es la primera causa de ceguera, insuficiencia renal, amputaciones no debidas a traumas e incapacidad prematura, y se encuentra entre las diez primeras causas de hospitalización y solicitud de atención médica.

Aproximadamente $\frac{1}{4}$ de la población de USA puede tener DM no diagnosticada. En Latinoamérica se conoce que 45% de los pacientes con diabetes ignoran su condición.

El diagnóstico de DM usualmente está basado en la determinación de los valores de glucosa en plasma, tanto en ayunas (≥ 126 mg/dl) como glicemia postprandial (>200 mg/dl) Recientemente se adicionó el valor de la hemoglobina glucosilada como otra variable para diagnosticarla (HbA1c $\geq 6,5$ %).

En los últimos años se reconoció un grupo de individuos con niveles de glucosa en sangre que no cumplían con los criterios diagnósticos de DM pero que tenían éstos valores demasiado altos como para considerarlos “normales”. Estos pacientes generalmente tenían valores alterados de azúcar en ayunas (glicemia alterada en ayunas GAA), ó después de una carga de glucosa (tolerancia alterada a la glucosa TAG), sin alcanzar los valores para establecer el diagnóstico definitivo de DM. El término prediabetes ó disglucemia es usado para definir los individuos con GAA y/o TAG, indicando que tienen riesgo aumentado para el desarrollo futuro de DM. Esta condición actualmente se considera un factor de riesgo importante para DM y enfermedad cardiovascular ya que está asociado a obesidad (especialmente abdominal ó visceral), dislipidemia con niveles elevados de triglicéridos y/o disminuídos de HDLc e hipertensión arterial (HTA). Estos pacientes deben ser identificados e informados del riesgo aumentado de DM y eventos cardiovasculares, para aconsejarlos sobre estrategias efectivas para prevenir la enfermedad.

Conociendo la alta asociación entre el exceso de peso con la presencia de DM, es recomendable realizar pruebas de despistaje de la enfermedad en ésta población. Por ello las pruebas para detectar al paciente con DM y disglucemia deben considerarse en todo adulto sin síntomas, de cualquier edad, con sobrepeso u obesos ($IMC \geq 25 \text{Kg/m}^2$) y con algún otro factor de riesgo adicional para DM como: Antecedente familiar de diabetes en primero y segundo grado, antecedente de diabetes gestacional o hijos con peso $> 4 \text{ Kg}$ al nacimiento, HTA, niveles de triglicéridos elevados ó HDLc disminuido, sedentarios, $HbA1c \geq 5,7 \%$, historia de enfermedad cardiovascular, consumo de medicamentos como esteroides ó antipsicóticos, mujeres con síndrome de ovario poliquístico. Si el individuo es obeso, pero sin factores de riesgo para DM, las pruebas sólo deben realizarse en aquellos mayores de 45 años. Si los resultados de las pruebas en los pacientes con riesgo resultan normales, deben repetirse con intervalos de cada 3 años.

Toda persona con diabetes debe llevar a cabo cambios terapéuticos en el estilo de vida dirigidos a corregir hábitos que incrementan el riesgo de ECV, como el hábito de fumar, la ingesta excesiva de grasas saturadas, la pobre ingesta de grasas mono y poliinsaturadas, la ingesta excesiva de sal y el sedentarismo. Además el diabético debe procurar alcanzar y mantener las metas adecuadas de peso corporal, niveles de HbA1c, de presión arterial, de lípidos plasmáticos y no debe fumar. La meta general de HbA1c en pacientes con DM debe ser menos de 7.0%. En pacientes con disglucemia debe existir énfasis en esta intervención no farmacológica para lograr la prevención de la diabetes como terapia inicial costo-efectiva.

Se recomienda limitar el consumo de sal a menos de 4 g al día en personas con DM. Los edulcorantes no calóricos (sacarina, sucralosa, estevia, acesulfame K, aspartame) se pueden emplear en pacientes con diabetes. La ingesta diaria de fructosa no debe superar los 60 gr, por lo que se recomienda ingerir solo la fructosa presente en las frutas. Los productos dietéticos o “light” sólo tienen el potencial de brindar beneficios cuando sustituyen (no cuando se adicionan), a otros alimentos que ofrecen un mayor aporte calórico. Deben consumirse al menos 30 gramos de proteínas en cada comida, así como 3^a 5 raciones de frutas

y 3 a 5 raciones de vegetales, y 30 gramos de fibra, además de disminuir el consumo de grasas saturadas e hidratos de carbono de elevado índice glicémico.

El consumo de alcohol nunca se debe recomendar a personas con DM. Sólo se podrá permitir hasta un trago por día en mujeres y hasta dos tragos por día en hombres (1 trago equivale a 12 oz de cerveza, 4 oz de vino 1 ½ oz de destilados; 1 oz=30 ml). La ingesta de alcohol puede aumentar el riesgo de hipoglucemia en personas que utilizan hipoglucemiantes orales e insulina.

Se recomienda realizar al menos 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico, con una intensidad moderada (60 a 70% de la FC máxima), en no menos de tres sesiones, y con un intervalo entre sesiones no inferior a 48 horas. La realización simultánea de ejercicios de resistencia al menos 2-3 veces por semana, es también recomendable para preservar la masa muscular. La práctica de actividad física regular se ha asociado a reducciones en mortalidad cardiovascular.

El tratamiento farmacológico se debe iniciar al momento del diagnóstico de DM, simultáneamente con el inicio de las modificaciones en el estilo de vida. Para la selección del agente que disminuya la glicemia se debe considerar la meta de la terapia para cada paciente, las limitaciones impuestas por la edad u otros factores y los atributos específicos, efectos adversos y potencial de cada droga antidiabética.

Existen varios tipos de antidiabéticos orales (ADO), con similar poder hipoglicemiante y efectos adversos distintos, que pueden usarse solos (monoterapia,) o combinados entre ellos o con insulina. Estos fármacos estimulan la secreción endógena de insulina ó aumentan la sensibilidad de los tejidos a la acción de la misma.

La insulina es el fármaco más efectivo para el control de la glicemia en pacientes diabéticos. Desde su aislamiento, la insulina ha avanzado desde preparaciones en animales (insulina porcina,) hasta formas biosintéticas humanas (insulina humana), y análogas (de acción rápida, lenta ó bifásica), tratando de simular en estructura y comportamiento a la insulina fisiológica, tanto en ayunas como en respuesta a la comida. El inicio del tratamiento con insulina no debe retardarse y debe considerarse en todo paciente inestable (con hiperglucemia extrema, cetosis o pérdida rápida de peso), o que no alcance las metas de valor de HbA1c desde de 2 a 3 meses de tratamiento con dos ADO. El control de la glicemia se debe lograr en el menor tiempo posible y mantener en forma permanente.

Además, no es suficiente con normalizar la glicemia, deben controlarse y llevarse a las metas todos los otros factores de riesgo cardiovascular: colesterol, triglicéridos, presión arterial .

El régimen de tratamiento seleccionado debe ser discutido y explicado detalladamente al paciente, aclarando dudas o preocupaciones, con la finalidad de motivar al mismo y lograr su adherencia al tratamiento.

La Sociedad Venezolana de Medicina Interna trabaja intensamente en PREVENCIÓN , y nuestro lema es "GUIANDO LA SALUD DEL VENEZOLANO DEL NUEVO MILENIO"

Sintiendonos ORGULLOSOS DE SER INTERNISTA , los invitamos a seguirnos por nuestras redes sociales : Página web: www.svmi.web.ve, Facebook: Sociedad Venezolana de Medicina Interna, Twiteer: SVMI_nacional e Instagram : SVM Inacional.