

Hechos sobre la diabetes

Los Estados Unidos está entre los principales países en su prevalencia de la diabetes: más de 30 millones de estadounidenses han sido diagnosticados con la enfermedad y 84.1 millones más con prediabetes. Aproximadamente la mitad de los adultos estadounidenses tienen diabetes o prediabetes.

En esta mesa redonda de médicos, los doctores de Eisenhower debaten sobre las opiniones y los enfoques actuales sobre la diabetes en la comunidad médica. Incluye su desarrollo, tratamiento e implicancias para la salud en términos generales. En este debate participan la endocrinóloga Helen Baron, MD, Arbatel De la Cuesta, MD, certificado por el consejo de medicina interna, Marielena Cid, MSN, RN, CDE, PHN, gerente, Servicios educativos sobre la diabetes, y Sherri Mason, RD, CDE. El moderador del debate es Justin Thomas, MD, certificado por el consejo en enfermedad pulmonar, medicina interna y medicina de cuidados intensivos.

DR. THOMAS: Comenzaremos con un poco de etimología: ¿De dónde proviene el nombre "diabetes"?

DRA. BARON: "Diabetes" hace referencia a un proceso de enfermedad que fue descrito por primera vez por los médicos de la antigua Grecia, por lo cual "diabetes" tiene origen griego y significa "aumento de micción". Existen dos tipos de diabetes que se describieron en la literatura médica: diabetes mellitus y diabetes insípida. "Mellitus" hace referencia a la miel. Los antiguos griegos identificaron a la diabetes mellitus por primera vez en personas que tenían una enfermedad de desgaste en parte debido a esta micción crónica, pero su orina atraía a las hormigas. De ahí el nombre "diabetes mellitus": orina de miel. "Diabetes insipidus": insipidus significa "sin cesar".

DR. THOMAS: ¿Qué tipos de diabetes mellitus existen?

DRA. BARON: Existen cuatro tipos de diabetes mellitus. La de categoría uno, que es la diabetes autoinmune, también conocida como diabetes tipo 1 o diabetes insulino dependiente. La de categoría dos, la diabetes resistente a la insulina, que solía llamarse "diabetes de inicio adulto".

La categoría tres es la diabetes gestacional, un tipo especial de diabetes que existe solo entre el segundo y el tercer trimestre del embarazo y luego se resuelve.

Y la de categoría cuatro, que incluye todo lo demás: inducida por medicamentos, pancreatitis, cirugía pancreática y otras situaciones médicas como la diabetes relacionada con la fibrosis quística, diabetes postrasplante, etc. Pero algo que comparten todos los tipos de diabetes mellitus es la hiperglucemia (la incapacidad de mantener el control normal del azúcar en sangre). La diabetes es la falta de insulina suficiente en el organismo para poder mantener un buen nivel de azúcar en la sangre.

DR. THOMAS: ¿Cuáles son los síntomas de la diabetes?

DR. DE LA CUESTA: Generalmente, los pacientes no presentan ningún síntoma. La diabetes a menudo se descubre en un control de rutina, con un análisis de sangre. Desafortunadamente, es silenciosa en la mayoría de las personas, excepto que se descontrola y haya estado latente durante un tiempo. El paciente suele decir: "He estado orinando todo el tiempo y no sé por qué. ¿Quizá tenga una infección en el tracto urinario?" En ese momento, iniciamos un chequeo y descubrimos que, en realidad, se trataba de diabetes. Pero en la mayoría de los casos, se detecta en un control general de rutina.

DR. THOMAS: ¿La diabetes es genética?

DRA. BARON: En realidad, depende del tipo de diabetes. La diabetes tipo 2 tiene una gran predisposición genética. La prevalencia de la diabetes en este país es del 10 por ciento: uno de cada 10 estadounidenses adultos tiene diabetes. Básicamente, nuestro riesgo estándar de desarrollar diabetes es del 10 por ciento. Sin embargo, si tienes un padre biológico con diabetes tipo 2, tienes un 25 por ciento de riesgo de desarrollar diabetes. Si tus dos padres biológicos tienen diabetes tipo 2, tienes un 50 por ciento de riesgo de desarrollarla.

La diabetes tipo 1 es diferente. Existe una predisposición genética en una medida mucho menor. Si tienes un solo padre con diabetes tipo 1, tus probabilidades de desarrollar diabetes tipo 1 son menos del cinco por ciento.

DR. DE LA CUESTA: Muchos consideran que la diabetes es provocada por factores del entorno, como la dieta, el ejercicio o incluso la exposición prenatal a niveles altos de insulina, en lugar de la genética.

DRA. BARON: Excelente comentario. La diabetes tipo 2 está grabada en nuestro ADN. Fundamentalmente, se basa en la predisposición genética para una insuficiencia progresiva de la célula beta. Como todo en la vida, es una combinación de los genes y del entorno: cómo nacimos y luego cómo elegimos vivir esa vida.

Para hacer números redondos, digamos que nuestros genes tienen una esperanza de vida genética máxima de cien años. Significa que, si hacemos todo bien, nuestros telómeros [una estructura de protección en el extremo de un cromosoma] viven hasta el máximo y tendrás cien años.

Pero incluso con ese estilo de vida, no podrás tener más de cien años. Lo que puedes hacer con el estilo de vida es vivir menos años si no haces todo bien. La diabetes es un ejemplo.

Imagina que tienes la predisposición genética de una esperanza de vida de cien años, pero también tienes la predisposición genética para una insuficiencia progresiva de la célula beta (las células del páncreas que producen insulina). Esto significa que tus células beta ahora durarán probablemente 80 años. No está nada mal, pero es inferior a tu esperanza de vida máxima.

Si no manejas bien tu estilo de vida, tus células quizá solo vivan 70, 60 o 50 años.

Aquí es donde entramos nosotros: para ayudarte a lograr lo máximo de tu genética. Lo hacemos con cambios terapéuticos en el estilo de vida, como actividad aeróbica diaria, terapia médica nutricional, mantenerte lo más cerca posible de un peso corporal ideal y no fumar: hacer las cosas bien para nuestra salud para aprovechar al máximo lo que podemos lograr de nuestro ADN.

DR. THOMAS: La diabetes tipo 2 parece una combinación de genética, y de elecciones de vida y entorno. ¿Qué hay de la diabetes tipo 1? ¿Qué la provoca?

DRA. BARON: Existe una predisposición genética, una configuración autoinmune que predispondrá a la persona a la diabetes autoinmune. Y, además, existe un evento que la provoca, algo que dispara esta respuesta autoinmune, y no sabemos cuál es el disparador.

DR. THOMAS: ¿A quiénes y cuándo recomendaría un control para saber si tiene diabetes?

DR. DE LA CUESTA: La American Diabetes Association recomienda que todos los adultos de 45 años o más realicen los controles. Los clínicos también deben considerar el control en pacientes más jóvenes con factores de riesgo, como un estilo de vida sedentario, obesidad, historial familiar, diabetes gestacional y etnia de alto riesgo. Yo, a cada paciente nuevo que acude a mi consultorio, le solicito un análisis.

DR. THOMAS: Solemos escuchar sobre la hemoglobina A1c. ¿Podría describir qué es y cómo se utiliza para diagnosticar la diabetes?

DRA. BARON: El examen de hemoglobina A1c es una de las maneras en que podemos diagnosticar la diabetes. Contamos con muchas herramientas para el diagnóstico. Comienza con los valores de laboratorio, los chequeos de azúcar en sangre. Se puede verificar el azúcar en sangre en ayuno y postprandial [después del almuerzo o la cena]. Verificamos la hemoglobina A1c y podemos realizar una prueba oficial de tolerancia a la glucosa oral.

La hemoglobina A1c es un marcador interesante, porque este análisis de sangre único no brinda un promedio de tres meses de azúcares en sangre. Se mide de una manera un poco diferente, por lo cual el 50 por ciento de la A1c refleja los 30 días más recientes. Es un excelente test que nos brinda cifras de control glucémico promedio. Si no tienes diabetes, esa cifra suele ser inferior al seis por ciento. Entre el seis y el seis y medio por ciento es prediabetes. Cuando la cifra es superior, diagnosticamos diabetes manifiesta.

DR. THOMAS: La diabetes es más prevalente en ciertos grupos étnicos. Cuéntenos al respecto.

DRA. BARON: En la población basal en los Estados Unidos, el índice de prevalencia es del 10 por ciento. En los caucásicos, es del siete por ciento. En los nativos norteamericanos, es del 15 por

ciento, y en los afroamericanos, latinos y asiáticos del sudeste es un poco menos, apenas por encima del 10 por ciento.

DR. THOMAS: Usted siente fervientemente que llegaremos a ver cómo la diabetes se convertirá en pandemia, ¿verdad?

DRA. BARON: Sí, viviremos para ver que la epidemia de la diabetes se convertirá en pandemia. Para el año 2050, los CDC predijeron que el índice de prevalencia de la diabetes en este país podría alcanzar el 30 por ciento, lo que significa que uno de cada tres a cuatro estadounidenses adultos padecerá diabetes.

En este momento, hay 30 millones de estadounidenses adultos con diabetes y 85 millones de estadounidenses con prediabetes. ¿Y en qué se convierte la prediabetes cuando crece? Se convierte en diabetes tipo 2 manifiesta [la etapa más avanzada].

DR. THOMAS: Digamos que tengo diabetes. ¿Por qué es importante y qué significa?

DRA. BARON: La diabetes tiene complicaciones, microvasculares y macrovasculares. En otras palabras, complicaciones para la calidad de vida y complicaciones para la esperanza de vida.

La diabetes que no está controlada se relaciona directamente con las complicaciones microvasculares. Es la capacidad de ver, orinar y sentir: retinopatía, nefropatía y neuropatía diabéticas. Y si controlamos el azúcar en sangre, minimizamos enormemente esas complicaciones. Quedar ciego, recibir diálisis o no sentir los pies no te matará, pero afectará significativamente tu calidad de vida, y prevenirlo es válido e importante.

Si hablamos de las complicaciones para la esperanza de vida, nos referimos a las complicaciones macrovasculares de la enfermedad. Es lo que figura como causa de fallecimiento en el certificado de defunción: ataques cardíacos, apoplejías y vasculopatía periférica. Son enfermedades que realmente acortan la esperanza de vida de la persona con diabetes. Por tal motivo, nuestro objetivo es brindar un buen estado de salud: no solo alargar la esperanza de vida, sino mejorar la calidad de vida.

DR. DE LA CUESTA: El mayor problema con la diabetes es que es silenciosa. Los pacientes no sienten cuando están hiperglucémicos. Como no duele ni provoca otro daño notable al principio, para nosotros es fácil descuidarnos y subestimar la gravedad de lo que sucede.

MARIELENA CID: Es increíble cuando vemos a los pacientes en el hospital con glucosa de más de 800, que es extremadamente alta, y no tienen ningún síntoma. A menudo, ingresan por otra cosa y dicen que se sienten bien.

SHERRI MASON: A veces, cuando hablamos con los pacientes después de que acudieron en busca de información, dicen que se sentían cansados o más sedientos que lo habitual, o que estaban orinando con mayor frecuencia últimamente. Muchos no reconocen los síntomas más

comunes de la diabetes. También quizá hayan tenido visión borrosa intermitente; la visión se desenfoca y luego mejora.

DR. THOMAS: ¿La diabetes también hace que uno corra mayor riesgo de tener infecciones?

DRA. BARON: Sin duda alguna. El azúcar en sangre debe estar en dos lugares: en las células, alimentándolas para que puedan realizar su función, o en el hígado. Esos son los únicos sitios donde debería estar el azúcar.

Cuando la glucosa tiene un patrón circulante, si la circulación no se dirige al hígado ni a las células, entonces es cuando ocurre el problema. La insulina es la llave que abre la puerta a la célula que permite el ingreso de glucosa. Y si no tienes suficiente insulina en el organismo debido a una deficiencia absoluta (autoinmune) o una deficiencia relativa (demasiada resistencia a la insulina), no puedes abrir la puerta a la célula y no permites el ingreso del flujo de glucosa. Por lo cual, termina en este patrón persistente de circulación.

Esto no es bueno para el cuerpo, porque la glucosa se adhiere a todo lo que se mueva, y se adherirá al interior de la vascularización. Se adherirá a las plaquetas, a los glóbulos rojos y a los glóbulos blancos, las células de tu cuerpo que combaten las infecciones. Las células blancas se cubren tanto de glucosa que enloquecen y no pueden generar eficazmente una respuesta autoinmune.

De hecho, si tienes el azúcar en sangre elevado, reduces la respuesta autoinmune y estás más susceptible a las infecciones.

MARIELENA CID: También quiero destacar que las infecciones vaginales recurrentes pueden indicar glucosa alta. Muchas veces, los pacientes tienen diabetes y no lo saben. Las mujeres con infecciones vaginales recurrentes deberían solicitar a su médico un examen de diabetes.

DRA. BARON: Y ese es exactamente el propósito de esta charla sobre la diabetes. Puedes tener esta enfermedad y llevar una vida feliz, saludable y fructífera. La clave es mantener el control del azúcar en la sangre.

DR. THOMAS: Es una transición perfecta para mi próximo tema, que es el tratamiento de la diabetes. ¿Cuál es el tratamiento general o paradigma para el control de la diabetes?

DRA. BARON: Nosotros abogamos por los cambios terapéuticos en el estilo de vida (TLC en inglés) que son la dieta, la ejercitación y bajar de peso. Cuando esto no basta para manifestar un buen control glucémico (lo cual sucede con frecuencia), entonces consideramos los agentes farmacológicos.

La diabetes tipo 1 es una forma de diabetes muy particular con la cual no produces la cantidad de insulina suficiente a través de un proceso autoinmune, por lo cual acudimos desde el comienzo a una terapia de insulina.

Con la diabetes tipo 2, necesitamos saber cuánta insulina tienes en el organismo y cuánta resistencia a la insulina entra en conflicto con esa insulina. Intentamos minimizar la resistencia a la insulina lo más posible con la terapia médica, con sensibilizadores como la metformina, el medicamento recetado más frecuente para todas las diabetes tipo 2.

El siguiente nivel de sensibilizadores de insulina son otras terapias como la cirugía bariátrica, en particular el procedimiento de Roux-en-Y, que es el único procedimiento de cirugía bariátrica significativo que en verdad influye en el control de azúcar en la sangre.

DR. THOMAS: Además de los medicamentos, ¿qué otras opciones existen para los pacientes con diabetes?

DR. DE LA CUESTA: Primero hablamos sobre la dieta y los ejercicios. Es lo básico. Existen muchas ideas diferentes sobre la dieta más adecuada para los pacientes con diabetes. Para la mayoría, recomiendo que comiencen a eliminar el azúcar simple, en particular el jarabe de maíz con alto contenido de fructosa. Estos azúcares se han tornado tan presentes en nuestras bebidas y alimentos procesados que deberían ser considerados una toxina ambiental, particularmente para los pacientes diabéticos.

Luego, sugiero que implementen una dieta de alimentos integrales a base de plantas, rica en fibras y proteínas. Debes descubrir activamente una manera más saludable de comer pero, en el proceso, también debes disfrutar la vida y disfrutar lo que comes. Es todo un desafío, pero es totalmente posible cuando te enfocas en ello.

Además, les recomiendo ejercitar regularmente; cuanto más, mejor. El objetivo debería ser una hora por día de ejercicios de intensidad leve a moderada o 40 minutos diarios de ejercitación de intensidad moderada a intensa seis días a la semana. Para muchas personas, es difícil comenzar a este nivel, por lo cual les sugiero que lo intenten y prueben diferentes actividades hasta hallar una que disfruten. Con estas intervenciones en el estilo de vida, muchos pacientes no solo controlan la diabetes, sino que también reducen el riesgo de padecer cáncer, enfermedad coronaria y la mortalidad general por diferentes causas.

DR. THOMAS: ¿Existen otros desequilibrios metabólicos con la diabetes, como problemas de colesterol u otros factores que puedan llevar a algunas de estas enfermedades, como ataques cardíacos o apoplejías, que podemos controlar?

DR. DE LA CUESTA: Sí. Es por eso que me enfoco principalmente en una dieta de alimentos integrales a base de plantas. El colesterol solo se observa en los animales, no en las plantas. Cuando comemos animales o productos derivados de animales como queso, huevos y lácteos, ingerimos colesterol extra. En estudios en la población, la diferencia entre una dieta vegana y

una omnívora corresponde aproximadamente a una diferencia del 20 por ciento en los niveles de colesterol total. Y lo que es más importante, también notamos una importante reducción del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, ataques cardíacos y apoplejías con una dieta a base de plantas.

DRA. BARON: En cuanto a las dietas, no creo que haya una dieta para todo el mundo. Existen distintos programas dietarios, y me parece que el mejor es el que ofrezca las opciones más saludables y mayor longevidad para el paciente.

Una dieta que tiene la mayor aclamación médica universal, desde endocrinología y cardiología, es la dieta mediterránea, a base de plantas. Incorpora muy poca proteína de fuentes animales y en verdad se enfoca en lo que llamamos "alimentos de un solo ingrediente", que son los alimentos no procesados.

Realiza elecciones saludables, como recorrer el perímetro del supermercado. No ingreses a los pasillos; allí están los alimentos procesados. Compra alimentos de un solo ingrediente. Si puedes, compra productos orgánicos.

Minimiza los alimentos procesados. En particular, minimiza la fructosa, que se encuentra en bebidas dulces, jugos, *frappuccinos* y postres envasados. Encontrarás fructosa en muchos alimentos. Si está envasado, probablemente contenga jarabe de maíz con alto contenido de fructosa. Mi preocupación con muchos de estos endulzantes artificiales es que los consumes y tu cuerpo cree que está recibiendo comida de verdad. Tu cuerpo genera una pequeña reacción de insulina al percibir algo dulce y algo de comida que ingresa a tu cuerpo. Seguramente tendrás más hambre que si no lo hubieras ingerido.

DRA. BARON: Tendemos a no ver un pico en el azúcar en sangre, pero estimulas una respuesta ante el hambre. La lengua se comunica con el cerebro y te preparas para una secreción de insulina. Pero no hay azúcar.

DR. DE LA CUESTA: Cuando les digo a las personas que realizaremos un cambio en la dieta, les digo: "Quiero que realice un esfuerzo consciente un día por semana. Buscará una receta nueva, algo saludable que le guste. Pruébalo. Si le gusta, lo incorpora a su régimen semanal. Si no le gusta, probará otra cosa. Pero debe realizar ese esfuerzo de probar algo nuevo todas las semanas". Si lo haces y comienzas a probar esos alimentos que en verdad disfrutas, podrás crear una dieta más saludable que no sea restrictiva.

DR. THOMAS: ¿Un médico de atención primaria puede atender la diabetes de un paciente?

DR. DE LA CUESTA: Cuando un paciente viene a verme, no suele ser solo por la diabetes. Tiene cuatro o cinco inquietudes más. A pesar de esto, para la mayoría de los pacientes con diabetes, el médico de atención primaria puede hacer un trabajo excelente; sin embargo, para pacientes complejos y para quienes no puedes lograr un control adecuado, la ayuda de un endocrinólogo puede marcar una enorme diferencia.

DRA. BARON: Estoy de acuerdo. Estoy muy agradecida por trabajar en sintonía con mis colegas de atención primaria, porque me da la oportunidad, dentro del contexto de una visita clínica, de enfocarme en un 100 por ciento en su diabetes. No podría hacerlo sin mis colegas de atención primaria. Creo que ofrecemos un paquete excepcional para nuestros pacientes.

DR. THOMAS: ¿Con qué frecuencia los pacientes deberían visitar a su doctor?

DRA. BARON: La primera vez que vemos a un paciente, quizá su control de glucemia sea inferior al que deseamos, por lo cual lo veremos con más frecuencia. Podemos ver a una persona semanalmente, dos veces por mes, una vez por mes, una vez cada tres meses, con cualquier frecuencia hasta una vez al año. El seguimiento es personalizado según las necesidades del paciente y su control de glucemia.

DR. THOMAS: La diabetes es realmente compleja. El paciente tiene muchas cosas en las cuales pensar, como las recomendaciones de dietas, medicamentos y más. Existen reducciones de factores de riesgo. ¿El paciente cuenta con más apoyo, además de las visitas al médico?

DRA. BARON: Afortunadamente, contamos con todo un equipo. Las personas tienen acceso a su proveedor de atención primaria, al especialista en diabetes y, quizá lo más importante, a nuestro equipo de educación sobre diabetes. Contamos con instructores certificados y dietistas acreditados. Aquí en Eisenhower, contamos con un equipo excepcional, excelentes recursos y un apoyo increíble para nuestros pacientes, no para ayudarlos a sobrellevar el proceso, sino para caminar codo a codo para alcanzar y mantener el control de la glucemia.

MARIELENA CID: Quisiera destacar que Sherri es instructora certificada en diabetes, que se diferencia de los dietistas regulares que quizá no sepan tanto sobre la diabetes. Para nosotros, es importante ayudar a nuestros pacientes a comprender la diabetes y ayudarlos a administrar sus medicamentos. Administrar la dieta, evitar complicaciones y trabajar con los médicos es vital. Y Sherri es un gran recurso, gracias a su experiencia.

SHERRI MASON: Todos los miembros del equipo sienten pasión por lo que hacen. En verdad nos preocupamos por nuestros pacientes. Las personas también deberían saber que lo que ofrecemos es un beneficio cubierto por la mayoría de los proveedores de seguros y los ayudaremos en el proceso.

MARIELENA CID: Si no tienen cobertura, ofrecemos clases gratuitas en inglés y en español para la comunidad.

DRA. BARON: ¿Y no ofrecemos un programa para personas que tienen prediabetes?

MARIELENA CID: Sí. Los CDC nos reconocieron por nuestros servicios de prevención de la diabetes. Medicare lo reembolsa y estamos intentando que otras aseguradoras también lo

cubran. Pero si el seguro no lo cubre, de todas maneras los ingresamos al programa, porque el objetivo es prevenir o demorar la diabetes tipo 2.

El programa dura 12 meses. Los participantes tienen el objetivo de bajar entre el cinco y el siete por ciento de su peso al comenzar. Nos reunimos semanalmente para brindar apoyo y para que mantengan el compromiso. Tenemos pacientes que comenzaron hace dos años, que nos dicen que han continuado con los cambios en su estilo de vida y han bajado hasta 48 libras (21 kilos), cuando solo necesitaban bajar entre 10 y 14 libras (4.5 y 6.3 kilos), o el cinco por ciento.

Nos enfocamos en los cambios del estilo de vida que funcionan bien. Los pacientes notan los resultados bastante rápido.

DRA. BARON: Como todos trabajamos juntos, puedo ver a un paciente al principio de un mes, el mes siguiente ve a Sherri y el próximo mes consulta a otro miembro del equipo. Y luego vuelve a visitarme a mí. Es un excelente enfoque de equipo para brindarles a los pacientes el alcance total de los recursos.

MARIELENA CID: Los enfermeros deben tener certificación como asesores de estilo de vida para liderar el Programa de prevención de la diabetes. Presentamos informes a Medicare cada seis meses para mantener el reconocimiento. Las personas pueden autoderivarse al programa si tienen prediabetes o glucemia en ayunas alterada. Agradecemos las derivaciones de los médicos. Volvemos a enviar a los pacientes con sus médicos para demostrarles qué están haciendo y cómo lo están haciendo, y así los médicos pueden correr la voz y motivar a otros pacientes.

DR. DE LA CUESTA: Creo que las personas tienen expectativas poco realistas sobre la forma de bajar de peso. Yo considero un éxito si alguien baja el 10 por ciento de su peso y lo mantiene durante un año. Es muy difícil convencer a los pacientes que, en realidad, de eso se trata el éxito.

MARIELENA CID: Por ese motivo este programa dura 12 meses; para que puedan tener tiempo de cambiar su estilo de vida. Medicare ahora exige que continúe durante 12 meses más para realizar seguimientos mensuales para mantener el nuevo peso. Queremos que tengan un cambio de estilo de vida permanente, y no que hagan una dieta rápida y bajen de peso repentinamente. De esa manera, volverán a subir de peso. Queremos que realicen cambios a largo plazo.

En nuestros programas, los participantes están motivados. No quieren tener diabetes y aquí es donde pueden revertirla. Cuando se trata de prediabetes, puedes lograr que tu nivel de azúcar en sangre vuelva a estar normal, pero debes hacer cambios y nosotros podemos ayudarte.

DR. THOMAS: ¿Cómo hacen los médicos para derivar a sus pacientes al programa?

MARIELENA CID: Los médicos pueden ingresar una derivación para los Servicios educativos sobre la diabetes. Si no son médicos de Eisenhower, pueden enviar la derivación por fax. Nos comunicamos con el paciente y vemos si califica para el plan, ya sea para el programa de autocontrol de la diabetes o el programa de prevención de la diabetes. Y luego comenzamos a trabajar.

DR. THOMAS: Mencionaron que la prediabetes puede revertirse. ¿Cuál es la tasa promedio de éxito en un programa para revertir la prediabetes?

MARIELENA CID: Muchas veces, solo hace falta un cambio en el estilo de vida, bajar de peso. Cuando bajan de peso, pueden mejorar el azúcar en la sangre. Su A1c baja y las cifras vuelven a la normalidad. Entonces es cuando demoran o previenen la diabetes tipo 2. Pero si no hacen ningún cambio, en tres años puede avanzar a la diabetes tipo 2.

Desafortunadamente, vemos a muchas personas con prediabetes que ya tienen neuropatía o retinopatía diabética. Tienen problemas con la prediabetes porque tuvieron el azúcar en sangre elevada durante muchos años. Ni siquiera deben tener diabetes para sufrir esas complicaciones.

DR. DE LA CUESTA: Veo bastantes pacientes que se presentan con neuropatía. A menudo, saben que tienen leves elevaciones de su glucosa en ayunas, pero no notan que esas elevaciones pueden provocar la neuropatía.

MARIELENA CID: Por eso la prevención es tan importante. La diabetes tipo 2 no puede revertirse, aunque las cifras estén controladas. Siguen teniendo diabetes.

DRA. BARON: La prediabetes es cuando los TLC (cambios terapéuticos en el estilo de vida a través de dieta, ejercicios y bajar de peso) tienen el impacto más significativo en el control de la glucemia.

No me gusta utilizar el término "retroceso de la diabetes", sino que decimos que es "un intervalo sin enfermedad" o que has ingresado en un período donde puedes controlar tu propio nivel de azúcar en sangre.

Esto le indica al paciente que ha hecho algo bueno e importante para permitir que su cuerpo se encargue de la situación. Pero debe recordar, y es muy importante, que este proceso sigue allí, gestándose bajo la superficie. Si se descarrila, el azúcar en sangre volverá a subir.

SHERRI MASON: El Dr. Thomas mencionó el índice de éxito. Con el estudio original, ¿no hubo un 58 por ciento de éxito con el cambio de estilo de vida?

MARIELENA CID: Sí, y los resultados fueron mejores que con la metformina. El grupo que usó metformina para la prediabetes tuvo un índice de éxito del 31 por ciento, mientras que el grupo

que realizó cambios en su estilo de vida tuvo una tasa de éxito del 58 por ciento. Y las personas de más de 60 años tuvieron un índice de éxito del 71 por ciento.

DRA. BARON: Después de todo, tenemos la capacidad de tomar nuestra salud en nuestras manos en una mayor medida. La farmacología, la manipulación médica, es muy importante, pero si podemos tomar el control de nuestra salud y hacer lo correcto intentando comer bien y hacer la mayor cantidad de ejercicio posible, en verdad podemos mantener a raya muchas de estas enfermedades crónicas durante mucho tiempo.

DR. THOMAS: ¿Alguna conclusión?

DRA. BARON: El grupo y todos los miembros con los que contamos son excelentes. Creo que nuestros pacientes no reconocen la cantidad de recursos que tenemos a su disposición. Somos muy afortunados de formar parte de este sistema.

Para encontrar un médico de atención primaria de Eisenhower, llame al 760.773.1460. Para saber más sobre los Servicios educativos sobre la diabetes de Eisenhower y las clases y capacitaciones, visite EisenhowerHealth.org/Diabetes o llame al 760.773.1403.

Healthy Living es una publicación de Eisenhower Health · © Copyright 2021 Todos los derechos reservados