



Reprints in DIABETES

Estos resúmenes son reimpresos de la serie de Journal Watch de boletines de supervisión de literatura médica. Los boletines de Journal Watch ayudan a los clínicos a mantenerse informados acerca de los avances clínicos más relevantes en medicina. Nuestros médicos editores revisan la literatura médica, resumen y proporcionan comentarios expertos sobre las investigaciones más significativas. Este número es una compilación de los resúmenes recientes de investigación sobre diabetes cubiertos en los boletines de Journal Watch.

Insulina vs. terapia oral para diabetes tipo 2 de diagnóstico reciente

Los temores sobre efectos adversos del tratamiento temprano con insulina no están necesariamente justificados.

Es típico que los clínicos inicien el tratamiento para pacientes con diabetes tipo 2, de diagnóstico reciente, con agentes orales, y que añadan insulina sólo si el control glucémico permanece inadecuado después de una terapia oral prolongada con múltiples fármacos. En un ensayo en el que participaron 58 pacientes de este tipo (niveles promedio de

hemoglobina glucosilada [HbA_{1c}] en el diagnóstico, 10.8%), investigadores compararon las terapias iniciales insulínica y triple oral.

Después de un periodo introductorio de tres meses durante el cual todos los pacientes recibieron insulina y metformina para normalizar los niveles de HbA_{1c} , los pacientes se distribuyeron al azar para que recibieran insulina (mezcla NovoLog 70/30, dos veces al día) más metformina o una combinación de metformina, gliburida y pioglitazona. A los tres años, el nivel promedio de HbA_{1c} fue de 6% en ambos grupos. El aumento promedio de peso era un poco mayor con la terapia triple oral que con insulina (7.2 vs. 4.5 kg; $P = 0.09$). El número de episodios hipoglucémicos, las evaluaciones de calidad de vida y de satisfacción por el tratamiento no difirieron de manera importante entre los grupos.

COMENTARIO

Este estudio sugiere que la terapia inicial con insulina puede ser bien recibida en pacientes con diabetes tipo 2 de diagnóstico reciente y que los temores de aumento de peso excesivo e hipoglucemia con la terapia inicial con insulina (comparada con agentes orales múltiples) no están justificados necesariamente. No obstante, dado que estos pacientes se ofrecieron

para un ensayo que implicaba el inicio temprano de insulina, es posible que no sean típicos. Los autores promueven una adopción más extensa de la terapia insulínica inicial debido a la evidencia de que este método podría preservar la función de las células β .

— Allan S. Brett, MD

Publicado originalmente en Journal Watch General Medicine

Lingvay I et al. Insulin-based versus triple oral therapy for newly diagnosed type 2 diabetes: Which is better? *Diabetes Care* 2009 Oct; 32:1789.

Control de diabetes entre estadounidenses urbanos de color

Un programa de apoyo intensivo proporcionó poco beneficio.

En EU, las personas de color tienen una probabilidad de más del doble de padecer diabetes mellitus (DM) respecto a las caucásicas, lo mismo que un mayor riesgo de presentar complicaciones diabéticas, incluidas ceguera, amputación de extremidades inferiores y enfermedad renal. Para evaluar si una intervención intensiva mejoraría el control de la diabetes en una población urbana de color, investigadores de Baltimore reclutaron a 542 personas con diabetes tipo 2 (edad promedio, 58; mujeres 73%; nivel promedio de hemoglobina glucosilada [HbA_{1c}] 7.8%; 50% en condiciones de pobreza). Los participantes se asignaron al azar a una intervención intensiva que proporcionaba visitas de enfermeras (≥ 1 visita anual) y trabajadores de salud comunitarios (≥ 3 visitas cada año) y se concentraba en las necesidades sociales y médicas específicas del paciente o a una intervención mínima que proporcionaba recordatorios por correo o telefónicos dos veces al año para consultas de evaluación preventivas.

A los 24 meses, los pacientes en la rama de intervención intensiva no presentaban mejoría significativa respecto al inicio en los niveles de HbA_{1c} y las tasas de hospitalización, comparados con aquellos en la rama de intervención mínima. Los pacientes de la rama de intervención intensiva realizaron menos visitas al departamento de urgencias (relación porcentual, 0.77).

CONTENIDO

Insulina vs. terapia oral para diabetes tipo 2 de diagnóstico reciente	9
Control de diabetes entre estadounidenses urbanos de color	9
La capacitación de competencia cultural no está asociada con mejores resultados en la diabetes	10
Diabetes, depresión y control de la enfermedad ...	10
Patogénesis, clasificación y tratamiento de la polineuropatía diabética	11
El beneficio cardiovascular del control glucémico se limita a aquellos con comorbilidad baja	11
El ácido acetilsalicílico no se ha probado para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en pacientes con diabetes ...	12
Actividad física, índice de masa corporal y riesgo de diabetes en el Physician's Health Study	12
La obesidad en EU: ¿hasta dónde puede llegar? ...	12
Síndrome metabólico en parientes masculinos de mujeres con síndrome ovárico poliquístico ...	13
El diagnóstico del síndrome metabólico pediátrico es problemático	13
Obesidad infantil, intolerancia a la glucosa e hipertensión incrementan el riesgo de mortalidad prematura en adultos	13
Más sobre los efectos adversos de los antipsicóticos en niños	14
La acantosis nigricans identifica a jóvenes con riesgo de diabetes	14
Gliburida superó a metformina en el tratamiento de mujeres con diabetes gestacional	15
Apnea obstructiva del sueño y riesgo de diabetes tipo 2 incidente	15
Terminación del tabaquismo y riesgo de diabetes tipo 2	15
La intervención en el estilo de vida puede prevenir el inicio de la diabetes en por lo menos una década	16

MANAGING EDITOR**Betty Barrer**

Massachusetts Medical Society

MASSACHUSETTS MEDICAL SOCIETY**Christopher R. Lynch**, Vice President for Publishing;
Alberta L. Fitzpatrick, Publisher**Kara O'Halloran**, Copy Editor; **Sioux Waks**, Layout
Matthew O'Rourke, Director, Editorial Operations
and Development; **Art Wilschek**, Advertising Sales;
James Clifton, **Jennifer Badua**, International Sales;
William Paige, Publishing Services; **Bette Clancy**,
Customer Service

Compiled and published by the Publishing Division
of the Massachusetts Medical Society. Send your
questions to Journal Watch, 860 Winter Street,
Waltham, MA 02451-1413, USA, or e-mail to
JWatch@mms.org. Information on our conflict-of-
interest policy can be found at **JWatch.org/misc/
conflict.dtl**

La serie de publicaciones Journal Watch cubren
Cardiology, Dermatology, HIV/AIDS, Emergency
Medicine, Gastroenterology, General Medicine,
Hospital Medicine, Infectious Diseases, Neurology,
Oncology and Hematology, Psychiatry, Pediatrics and
Adolescent Medicine, y Women's Health.

Producido por:

Intersistemas, S.A. de C.V.

Aguilar y Seijas 75

Lomas de Chapultepec

11000, México, D.F.

Tel.: (5255) 5520 2073

Fax: (5255) 5540 3764

intersistemas@intersistemas.com.mx

www.intersistemas.com.mx

**COMENTARIO**

Este ensayo aleatorio es uno de un grupo en el cual investigadores evaluaron el alcance de los esfuerzos entre estadounidenses de color de bajos ingresos con diabetes; por desgracia, el beneficio clínico de esta intervención en equipo fue pequeño. No obstante, se conserva la posibilidad de que podrían ser benéficos esfuerzos de apoyo más intensivos.

— **Jamaluddin Moloo, MD, MPH**

Publicado originalmente en Journal Watch General
Medicine

Gary TL et al. *The effects of a nurse case manager and a community health worker team on diabetic control, emergency department visits, and hospitalizations among urban African Americans with type 2 diabetes mellitus: A randomized controlled trial.* **Arch Intern Med** 2009 Oct 26; 169:1788.

La capacitación de competencia cultural no está asociada con mejores resultados en la diabetes

La conciencia de disparidades raciales no se tradujo en mejor control de glucosa, lípidos o presión arterial.

En ocasiones, las instituciones requieren la capacitación en competencia cultural de los clínicos, pero la evidencia que compruebe si esta capacitación mejora los resultados en los pacientes es limitada. En un ensayo aleatorio en Massachusetts que incluyó 124 clínicos de 31 equipos de atención primaria, investigadores evaluaron la manera en que la capacitación de competencia cultural afectaba las disparidades en la atención de la diabetes entre 2 699 pacientes de color y 4 858 pacientes caucásicos. Practicantes de enfermería y asistentes médicos recibieron dos días de capacitación, y los médicos se integraron el segundo día. La capacitación constaba de conferencias, discusiones de grupo y actividades de participación en la comunidad (incluidas reuniones con pacientes de color).

En el inicio, los procesos de atención fueron semejantes para pacientes caucásicos y de color (examen de las cifras de hemoglobina glucosilada [HbA_{1c}], colesterol LDL y presión arterial), pero el buen control de estas medidas era menos común entre los pacientes de color. Después de un año, la intervención no se asoció con diferencias significativas en el control de la enfermedad entre los pacientes caucásicos y de color.

COMENTARIO

En el inicio, la mayoría de los clínicos no se mostraba muy optimista en cuanto a que la capacitación de competencia cultural redujera las disparidades raciales en la atención, y es posible que esta actitud influyera en los resultados de la intervención. No obstante, es probable que la capacitación no fuera suficiente para mejorar los resultados dado que los procesos de atención ya eran semejantes entre los pacientes de color y caucásicos. La lección de este estudio no es que la capacitación de competencia cultural no sea útil, sino que las razones para la disparidad son complejas; eliminarlas requerirá esfuerzos en muchas áreas de parte de clínicos, pacientes y comunidades.

— **Richard Saitz, MD, MPH, FACP, FASAM**

Publicado originalmente en Journal Watch General
Medicine

Sequist TD et al. *Cultural competency training and performance reports to improve diabetes care for black patients: A cluster randomized, controlled trial.* **Ann Intern Med** 2010 Jan 5; 152:40.

Diabetes, depresión y control de la enfermedad

En pacientes con diabetes, la depresión está asociada con un menor cumplimiento de los tratamientos médicos y un peor control de la enfermedad.

La depresión mayor se ha identificado en hasta 18% de los pacientes con diabetes tipo

2, y los pacientes diabéticos con frecuencia también presentan otros padecimientos, como hipertensión arterial y cifras altas de colesterol LDL. Además de implicar una carga sustancial en la salud, la depresión se asocia con un apego deficiente a los regímenes de autocuidado, cifras mayores de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) y aumento en las complicaciones macro y microvasculares, y en la mortalidad. Investigadores efectuaron un estudio prospectivo de cinco años con 4 117 pacientes diabéticos de atención primaria para determinar el efecto de la depresión comórbida sobre el control del paciente respecto a su presión arterial, colesterol LDL y diabetes, y sobre la intensificación del tratamiento (incremento de la dosis o adición o cambio de fármacos) de parte de los médicos de atención primaria (MAP) cuando el control de la enfermedad era malo.

El cumplimiento del tratamiento con medicamentos orales se determinó por las fallas en el resurtido de las prescripciones (apego deficiente, ≥ 20 días). Entre los pacientes con mal control de la enfermedad, la falta de apego al tratamiento farmacológico era significativamente más común en los pacientes deprimidos (intervalo 29 a 39%, de acuerdo con el trastorno), que en los no deprimidos (intervalo, 17 a 24%). En general, los MAP intensificaron los regímenes de tratamiento de 23 a 39% de los pacientes con evidencia de mal control de la enfermedad, y la presencia de depresión no fue un factor significativo. No obstante, cuando se examinó la intensificación del tratamiento sin considerar el cumplimiento de éste por parte del paciente, había más probabilidad de que ocurriera la intensificación del tratamiento para hipertensión arterial entre los pacientes deprimidos que entre los no deprimidos.

COMENTARIO

La prevalencia de diabetes va en aumento tanto en la población general como en la psiquiátrica. El incremento en el riesgo de los pacientes psiquiátricos es en parte producto de los efectos de muchos medicamentos psiquiátricos sobre el peso y la resistencia a la insulina. Los clínicos de salud mental pueden promover el bienestar general de sus pacientes mediante el seguimiento del estado general de salud, las averiguaciones sobre dificultades para el cumplimiento de los tratamientos con fármacos generales y psiquiátricos, y la conservación de contacto estrecho entre los MAP y sus pacientes. Los autores sugieren que es posible que los diabéticos deprimidos con presión arterial elevada hayan recibido mayor intensificación del tratamiento porque es probable que consultaran a sus MAP con mayor frecuencia que los pacientes no deprimidos.

— **Joel Yager, MD**

Publicado originalmente en Journal Watch Psychiatry

Katon W et al. Diabetes and poor disease control: Is comorbid depression associated with poor medication adherence or lack of treatment intensification? *Psychosom Med* 2009 Nov/Dec; 71:965.

Patogénesis, clasificación y tratamiento de la polineuropatía diabética

Un resumen informativo de la nomenclatura, epidemiología, presentación clínica, el diagnóstico diferencial, mecanismo de acción y las opciones de tratamiento.

Un nuevo artículo de revisión emplea el caso de una mujer con neuropatía diabética como la piedra angular para una discusión de la nomenclatura, epidemiología, presentación clínica, el diagnóstico diferencial, mecanismo de acción y las opciones de tratamiento para este padecimiento.

Como señala el autor, las neuropatías diabéticas focales implican un nervio, mientras que las neuropatías difusas implican más de un nervio. La neuropatía diabética difusa más común es la polineuropatía diabética, con una prevalencia de entre 28 y 55%. En la polineuropatía diabética, las fibras sensoriales se ven afectadas más que las motoras. Algunos pacientes con polineuropatía diabética permanecen como asintomáticos, pero muchos se presentan con ardor doloroso en los pies o adormecimiento o debilidad en extremidades inferiores.

El autor también analiza el diagnóstico diferencial, el cual incluye padecimientos ortopédicos como fascitis plantar y también neuropatía asociada con otros padecimientos médicos o con quimioterapia. La evaluación de padecimientos médicos subyacentes o deficiencias nutricionales es un paso razonable. Las pruebas de conducción nerviosa y electromiografía son útiles si la presentación es asimétrica, de progresión rápida o implica más las extremidades superiores que las inferiores o si predomina la debilidad.

Las neuropatías diabéticas se tratan con diversos medicamentos, incluidos aquellos dirigidos a las causas subyacentes y los empleados para el alivio de los síntomas. El artículo incluye un cuadro que compara la eficacia de numerosos fármacos para el dolor neuropático, que emplea el índice de "número necesario a tratar" (NNT). El tratamiento protector incluye un control glucémico y de ácido alfa lipoico estricto. La base del tratamiento es el alivio de los síntomas. Los antidepresivos tricíclicos son más eficaces para el alivio del dolor a corto plazo que cualquiera de los anticonvulsivos más nuevos y caros como pregabalina, o antidepresivos como duloxetina.

COMENTARIO

Éste es un artículo de resumen informativo. El cuadro del artículo combina datos de pacientes tratados para neuropatía diabética producto de diversas etiologías, pero aun así es bastante instructivo. Duloxetina y pregabalina, que fueron aprobadas por la FDA para neuropatía diabética, parecen no ser más eficaces para el control del dolor que otros medicamentos. De hecho, el índice NNT revela que algunos antidepresivos tricíclicos y anticonvulsivos más antiguos y baratos (es decir, carbamazepina y fenitoína) son de hecho más eficaces que pregabalina. Este artículo bien escrito debe ayudar a guiar a los clínicos en el tratamiento de la neuropatía diabética dolorosa.

— **Barbara E. Shapiro, MD, PhD**

Publicado originalmente en Journal Watch Neurology

Rutkove SB. A 52-year-old woman with disabling peripheral neuropathy: Review of diabetic polyneuropathy. *JAMA* 2009 Oct 7; 302:1451.

El beneficio cardiovascular del control glucémico se limita a aquellos con comorbilidad baja

¿Aún es un objetivo apropiado un nivel de hemoglobina glucosilada de 7%?

El objetivo del control glucémico en la prevención de eventos cardiovasculares adversos ha sido difícil de demostrar, quizá debido a que tales efectos se limitan a subgrupos particulares de pacientes. Para determinar si lograr objetivos de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) de 7 vs. 6.5% tenía efectos diferenciales por comorbilidad, investigadores financiados por la industria estudiaron a 2 613 pacientes italianos con diabetes tipo 2 que recibieron atención de

médicos generales o en clínicas de diabetes. La comorbilidad se midió por medio de un cuestionario y se dicotomizó a un nivel que estaba asociado con mortalidad excesiva. Las comorbilidades incluían enfermedad cardíaca, pulmonar, artritis, enfermedad genitourinaria, pérdida de la visión, condiciones gastrointestinales adversas y enfermedad en pies.

Entre pacientes que tenían niveles de $HbA_{1c} \leq 6.5\%$, la incidencia en cinco años de eventos cardiovasculares adversos era menor para aquellos con baja comorbilidad (razón de riesgos, 0.6) que para aquellos con alta comorbilidad (RR, 0.9) en análisis ajustados por edad y sexo. Se observó lo mismo para un nivel a lograr de HbA_{1c} de 7% (es decir, menor incidencia de eventos cardiovasculares adversos sólo entre aquellos con baja comorbilidad).

COMENTARIO

Cuando se han analizado ensayos aleatorios individuales en revisiones sistemáticas, el control intensivo ($HbA_{1c} < 7$ pero no $< 6.5\%$) redujo de manera modesta la incidencia de eventos cardiovasculares adversos (sobre todo infarto de miocardio no fatal) con un costo de hipoglucemia grave excesiva. Los resultados de este estudio observacional sugieren que los beneficios cardiovasculares podrían redituarse sólo para aquellos sin comorbilidad sustancial. Un editorialista concluye que 7% es todavía un objetivo apropiado para prevenir eventos adversos microvasculares, neurológicos y, quizá, cardiovasculares. No obstante, para muchos pacientes con comorbilidad sustancial, los beneficios generales de incluso un objetivo de 7% podría no exceder las cargas o los daños asociados con tratar de alcanzar tal objetivo.

— **Richard Saitz, MD, MPH, FACP, FASAM**

Publicado originalmente en Journal Watch General Medicine

AUTORES QUE CONTRIBUYERON EN ESTA EDICIÓN

Wendy S. Biggs, MD, profesora asociada, Departamento de Medicina Familiar, Michigan State University College of Human Medicine; directora asociada, Midland Family Medicine Residency Program, Midland, Michigan. **Allan S. Brett, MD**, profesor de medicina y director, División de Medicina Interna General, University of South Carolina School of Medicine. **Mary Wu Chang, MD**, directora, Pediatric Dermatology of New England, West Hartford, Connecticut; profesora clínica asociada de dermatología y pediatría, University of Connecticut School of Medicine. **Robin Drucker, MD**, jefe, Departamento de pediatría, Palo Alto Medical Foundation, Palo Alto, California. **Barbara Geller, MD**, profesora emérita de psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Washington University in St. Louis. **Harlan M. Krumholz, MD, SM**, profesor Harold H. Hines junior, de Medicina, Sección de Medicina Cardiovascular, Yale University School of Medicine. **Jamaluddin Moloo, MD, MPH**, profesor asistente de medicina y radiología, University of Colorado Health Sciences Center, Aurora. **Paul S. Mueller, MD, MPH, FACP**, director de la División de Medicina General Interna, profesor asociado del Mayo Clinic College de Rochester, Minnesota. **Robert W. Rebar, MD**, director ejecutivo, American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama. **Richard Saitz, MD, MPH, FACP, FASAM**, profesor de medicina y epidemiología, Clinical Addiction Research and Education (CARE) Unit, Section of General Internal Medicine, Boston Medical Center and Boston University Schools of and Public Health; director asociado, Oficina de Investigación Clínica, BU Medical Center; y director, División de Recursos de Investigación Clínica, BU Clinical Translational Sciences Institute. **Barbara E. Shapiro, MD, PhD**, directora de investigación neuromuscular, University Hospitals Case Medical Center; Associate Professor of Neurology, Case Western Reserve University School of Medicine, Cleveland. **Bruce Soloway, MD**, profesor asociado y vicepresidente, Departamento de Medicina Familiar y Social, Albert Einstein College of Medicine and Montefiore Medical Center, Bronx, New York. **F. Bruder Stapleton, MD**, profesor Ford/Morgan y presidente, Departamento de Pediatría, University of Washington School of Medicine. **Joel Yager, MD**, profesor, Departamento de Psiquiatría, School of Medicine, University of Colorado; profesor emérito, Departamento de Psiquiatría, University of New Mexico School of Medicine; profesor emérito, Departamento de Psiquiatría y ciencias bioconductuales, David Geffen School of Medicine in the UCLA.

Greenfield S et al. Comorbidity affects the relationship between glycemic control and cardiovascular outcomes in diabetes: A cohort study. *Ann Intern Med* 2009 Dec 15; 151:854.

Nathan DM. The role of glycemia management in the prevention of cardiovascular disease — Starting over? *Ann Intern Med* 2009 Dec 15; 151:888.

El ácido acetilsalicílico no se ha probado para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en pacientes con diabetes

Los resultados cuestionan las recomendaciones en los lineamientos para el uso de rutina de ácido acetilsalicílico.

Los lineamientos (*Circulation* 2007; 115:114) recomiendan el uso de acetilsalicílico para la prevención primaria de eventos cardiovasculares (CV) en pacientes con diabetes. Sin embargo, la evidencia en apoyo de esta recomendación es escasa. En este metanálisis de seis ensayos controlados aleatorios que incluyeron más de 10 000 pacientes, investigadores determinaron los efectos del ácido acetilsalicílico (las dosis variaban de 100 mg cada tercer día a 650 mg diarios) en pacientes con diabetes, pero sin enfermedad CV preexistente.

Comparado con placebo o la ausencia de tratamiento, el ácido acetilsalicílico no redujo el riesgo de eventos CV mayores (infarto de miocardio [IM], evento vascular cerebral o muerte CV) ni la mortalidad por todas las causas. Cuando se evaluaron los resultados de manera individual, el ácido acetilsalicílico no redujo el riesgo de IM, evento vascular cerebral ni muerte CV. No obstante, después de la estratificación por sexo, el ácido acetilsalicílico redujo el riesgo de IM en hombres

(riesgo relativo, 0.57), pero no en mujeres. El ácido acetilsalicílico no elevó el riesgo de ningún sangrado, de hemorragia gastrointestinal ni de síntomas GI.

COMENTARIO

Estos resultados no apoyan el uso de rutina de ácido acetilsalicílico para la prevención primaria de eventos CV mayores, muerte CV ni mortalidad por todas las causas en pacientes con diabetes, excepto para la prevención de IM en hombres diabéticos. Los editoriales recomiendan que los clínicos se concentren en minimizar el riesgo CV (es decir, restringir la dieta, hacer ejercicio, perder peso, dejar de fumar, controlar la presión arterial, tomar fármacos reductores de lípidos) en sus pacientes con diabetes antes de recomendar ácido acetilsalicílico para prevenir eventos CV. Los editorialistas también observan que otros estudios han mostrado asociaciones entre la terapia con ácido acetilsalicílico y el riesgo excesivo de sangrado. Por tanto, los beneficios potenciales de la terapia con ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes debe sopesarse respecto a posibles daños.

— **Paul S. Mueller, MD, MPH, FACP**

Publicado originalmente en *Journal Watch General Medicine*

De Berardis G et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: Meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009 Nov 6; 339:b4531. (<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b4531>)

Haynes R et al. Aspirin for primary prevention of vascular disease in people with diabetes. *BMJ* 2009 Nov 6; 339:b4596. (<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b4596>)

Actividad física, índice de masa corporal y riesgo de diabetes en el Physician's Health Study

El ejercicio reducía el riesgo de diabetes, pero los pacientes obesos sólo obtenían beneficios significativos si se ejercitaban cinco días a la semana.

La actividad física disminuye el riesgo de diabetes, mientras que presentar sobrepeso u obesidad aumenta el riesgo. En un análisis prospectivo del *Physician's Health Study*, investigadores evaluaron las asociaciones entre niveles de actividad, el índice de masa corporal (IMC) y la diabetes incidente en 20 000 hombres (edad promedio al ingresar, 53 años) sin diabetes en el inicio, a quienes se dio seguimiento durante una mediana de 23 años.

En general, 9% de la cohorte desarrolló diabetes. Las tasas de diabetes incidente entre hombres con peso normal (IMC, < 25 kg/m²), con sobrepeso (IMC, 25 a 29) y obesos (IMC, ≥ 30) fueron de 2.4, 6.1 y 15 casos por

1 000 años-persona, respectivamente. Entre los hombres de peso normal y con sobrepeso, los investigadores observaron una tendencia significativa hacia una menor incidencia de diabetes con intensidades progresivamente mayores de ejercicio. En contraste, entre los hombres obesos, el riesgo de diabetes se atenúa de manera significativa sólo en aquellos que se ejercitaban ≥ 5 veces por semana (razón de riesgo, 0.48), comparados con los que hacían ejercicio en raras ocasiones o nunca. De igual manera, en el caso de hombres de peso normal o con sobrepeso que se ejercitaban ≥ 5 veces por semana, la RR fue de 0.59 y 0.57, respectivamente.

COMENTARIO

Los resultados de este gran estudio prospectivo confirman los resultados de estudios previos que mostraban los efectos benéficos del ejercicio sobre la incidencia de diabetes. No obstante, entre individuos obesos, el beneficio sólo se observaba en el mayor nivel de ejercicio (≥ 5 veces por semana).

— **Jamaluddin Moloo, MD, MPH**

Publicado originalmente en *Journal Watch General Medicine*

Siegel LC et al. Physical activity, body mass index, and diabetes risk in men: A prospective study. *Am J Med* 2009 Dec; 122:1115.

La obesidad en EU: ¿hasta dónde puede llegar?

Un tercio de los adultos en EU son obesos, y los últimos datos a escala poblacional no indican reversión alguna de la tendencia creciente.

Las comunidades de salud pública y cuidado de la salud han aumentado sus esfuerzos para incrementar la conciencia sobre la epidemia de obesidad en EU. ¿Existe alguna evidencia de que el incremento en la prevalencia de la obesidad se haya abatido? Para determinarlo, investigadores de los *Centers for Disease Control* emplearon datos de la *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) para caracterizar las tendencias en obesidad entre estadounidenses de 1999 a 2008. La obesidad se definió como un índice de masa corporal (IMC) de 30 kg/m² o más.

De acuerdo con la NHANES de 2007 a 2008, la prevalencia ajustada por edad de la obesidad es de 32.2% entre los hombres y de 35.5% entre las mujeres. La prevalencia de la obesidad aumenta con la edad, pero incluso entre adultos de entre 20 a 39 años, 27.5% de los hombres y 34.0% de las mujeres son obesos. Las tasas alcanzan el máximo para hombres de color no hispanos (37.3%) y mujeres de color no hispanas (49.6%). Ha ocurrido un aumento lineal significativo en la obesidad



**Journal
WATCH®**

MEDICINA QUE IMPORTA

**¡Visite Journal Watch
en línea!**

Revise el contenido en 13 áreas de atención primaria y especializada; inscríbese para alertas gratuitas diarias, semanales o mensuales por correo electrónico; presente cómodos exámenes CME en línea —todo en *Journal Watch Online*.

Visite **JWatch.org** hoy y aproveche al máximo su *Journal Watch*.

en los últimos 10 años, y es especialmente preocupante que uno de cada 20 estadounidenses tenga un IMC mayor a 40 kg/m².

COMENTARIO

Este análisis descriptivo proporciona información muy aleccionadora sobre la epidemia de obesidad en EU. A pesar del énfasis reciente sobre este problema, hay poca evidencia de una disminución en el tamaño de cintura de los estadounidenses. En este momento, uno de cada tres de ellos es obeso, ¿hasta dónde puede subir esta proporción?

— **Harlan M. Krumholz, MD, SM**

Publicado originalmente en Journal Watch Cardiology

Flegal KM et al. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA* 2010 Jan 20; 303:235.

Gaziano JM. Fifth phase of the epidemiologic transition: The age of obesity and inactivity. *JAMA* 2010 Jan 20; 303:275.

Síndrome metabólico en parientes masculinos de mujeres con síndrome ovárico poliquístico

La obesidad es responsable de la alta prevalencia de síndrome metabólico en los padres y hermanos de mujeres con síndrome ovárico poliquístico.

El síndrome ovárico poliquístico (SOPQ) es una endocrinopatía común en mujeres. Las afectadas presentan un riesgo del doble de padecer síndrome metabólico respecto a mujeres de edad semejante en la población general, pero el riesgo de síndrome metabólico en los parientes masculinos de mujeres con SOPQ se desconoce. Investigadores evaluaron la prevalencia de síndrome metabólico entre 211 padres (edad promedio, 57 años) de mujeres con SOPQ comparado con el de 1 153 hombres (edad, ≥ 40 años) de la *Third National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III), y en 58 hermanos (edad promedio, 29 años) de mujeres con SOPQ comparadas con la de 582 hombres (intervalo de edad, 18 a 40 años) de la NHANES III.

Comparados con los hombres de la NHANES III, una cantidad sustancialmente mayor de padres y hermanos de mujeres con SOPQ era obesa; asimismo, más padres (42 vs. 32%) y hermanos (22 vs. 9%) tenían síndrome metabólico. Los parientes masculinos con síndrome metabólico tenían un índice de masa corporal (IMC) significativamente mayor que los parientes masculinos sin síndrome metabólico. Después de ajustar para el IMC, las tasas de síndrome metabólico tanto en padres como en hermanos de mujeres con SOPQ eran semejantes a los de los hombres de la NHANES III.

COMENTARIO

La mayor tasa de síndrome metabólico en mujeres con SOPQ no se explica tan sólo por un IMC más alto, lo cual sugiere que otras anormalidades están presentes en las mujeres afectadas. No obstante, el IMC juega un papel importante en el origen del SOPQ —y los parientes masculinos de mujeres con SOPQ también tienden a tener IMC mayores que los hombres en la población general. Los clínicos deben tener en mente que los parientes en primer grado de mujeres con SOPQ podrían estar en riesgo excesivo de obesidad, enfermedad cardiovascular y diabetes.

— **Robert W. Rebar, MD**

Publicado originalmente en Journal Watch Women's Health

Coviello AD et al. High prevalence of metabolic syndrome in first-degree male relatives of women with polycystic ovary syndrome is related to high rates of obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 2009 Nov; 94:4361.

El diagnóstico del síndrome metabólico pediátrico es problemático

Las características del síndrome metabólico no son estables en niños.

El síndrome metabólico en adultos se define como una circunferencia de cintura grande, nivel anormal de glucosa en ayunas, hiperlipidemia e hipertensión. En adultos, estos factores presentan estabilidad a largo plazo (75% durante tres años) y se asocian con un riesgo excesivo de enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2. En niños, sin embargo, el síndrome metabólico no está bien definido, y algunos estudios longitudinales muestran mala estabilidad de las características del síndrome metabólico en niños. Estos autores definieron el síndrome metabólico pediátrico como tres o más de las siguientes características: circunferencia de cintura, presión arterial sistólica o diastólica y triglicéridos en ayunas $\geq 90^{\circ}$ percentil; colesterol HDL $\leq 10^{\circ}$ percentil, glucosa en ayunas ≥ 100 mg/dL.

Se examinó la estabilidad a corto plazo en 220 pacientes obesos (índice de masa corporal [IMC] $\geq 95^{\circ}$ percentil; intervalo de edad, 6 a 17 años). Los niños elegibles (intervalo de edad, 6 a 11 años) también tenían hiperinsulinemia, y los adolescentes (intervalo de edad, 12 a 17 años) tenían uno de los siguientes: hiperinsulinemia, hiperlipidemias, apnea del sueño, pruebas elevadas de función hepática, glucosa anormal en ayunas o hipertensión. La mayoría de los participantes eran mayores de 12 años, mujeres y de color. En el inicio, 38 pacientes (17%) presentaron síndrome metabólico, y, en un seguimiento promedio de 20 días,

70 pacientes (32%) mostraron síndrome metabólico. Cerca de un tercio de los pacientes con síndrome metabólico en el inicio no cumplieron con los criterios en el seguimiento.

Se examinó la estabilidad a largo plazo en 146 niños (intervalo de edad, 6 a 12 años) que se encontraban en riesgo de obesidad en la edad adulta debido a que eran obesos (IMC $\geq 95^{\circ}$ percentil para la edad) o tenían un progenitor obeso (IMC ≥ 25 kg/m²). Ninguno tenía condiciones comórbidas. La mayoría de los participantes era menor de 11 años, de sexo femenino y de raza caucásica. En el inicio, 39% era obeso y 8% presentaba síndrome metabólico. En un seguimiento promedio de seis años, 47% era obeso y 9% presentaba síndrome metabólico. Cerca de la mitad de los pacientes con síndrome metabólico en el inicio no cumplía con los criterios en el seguimiento. Ningún componente individual del síndrome metabólico demostró estabilidad a corto o largo plazo.

COMENTARIO

Este estudio demuestra la dificultad de diagnosticar el síndrome metabólico en una población pediátrica, incluso en pacientes con alto riesgo de la enfermedad. Quizás el síndrome metabólico no es una entidad estable hasta que los niños pasan la pubertad, o quizá los criterios correctos que definen el síndrome metabólico en niños aún no se han identificado. Hasta que el síndrome metabólico pediátrico se defina mejor, es necesario continuar con la vigilancia de los niños y adolescentes obesos en busca de las anormalidades individuales del síndrome metabólico, y tratarlos de acuerdo a esto.

— **Robin Drucker, MD**

Publicado originalmente en Journal Watch Pediatrics and Adolescent Medicine

Gustafson JK et al. The stability of metabolic syndrome in children and adolescents. *J Clin Endocrinol Metab* 2009 Dec; 94:4828.

Obesidad infantil, intolerancia a la glucosa e hipertensión incrementan el riesgo de mortalidad prematura en adultos

Una asociación posible entre la obesidad infantil y la muerte prematura puede estar mediada en parte por la intolerancia a la glucosa y la hipertensión en niños.

Todavía no se ha documentado con claridad si la obesidad, hipertensión, intolerancia a la glucosa e hipercolesterolemia infantiles están asociadas con la mortalidad prematura en adultos. Investigadores examinaron si estos factores de riesgo predecían la muerte prema-

tura en una cohorte longitudinal prospectiva de 4 857 niños indígenas americanos de Arizona que nacieron entre 1945 y 1984. En el inicio, los niños tenían edades de 5 a 19 años (promedio, 11 años) y no padecían diabetes.

Durante un seguimiento promedio de hasta 24 años, 559 participantes murieron antes de los 55 años. De éstos, 166 muertes se consideraron como endógenas (debidas a enfermedad o lesiones autoinfligidas), incluidas 59 muertes atribuidas a enfermedad hepática alcohólica, 22 a padecimientos cardiovasculares, 21 a infecciones, 12 a cáncer y 10 a diabetes. El índice de masa corporal se asoció de manera positiva con muerte endógena prematura, pero no con muerte por causas exógenas (es decir, accidentes ni homicidio). Los niños en el cuartil más alto de IMC tenían una tasa de mortalidad endógena de más del doble respecto con los niños del cuartil más bajo de IMC, y los niños en el cuartil más alto de intolerancia a la glucosa presentaron un riesgo significativamente mayor de muerte endógena (relación porcentual de incidencia, 1.73) que aquellos en el cuartil más bajo. La hipertensión infantil también se asoció de manera importante con la muerte endógena prematura (RRI, 1.57). Ni la presión arterial infantil ni los niveles de colesterol se asociaron con muerte prematura en adultos.

COMENTARIO

En una población selecta, la presencia en la infancia de algunos, pero no todos, los factores de riesgo cardiovascular para adultos se asoció con muerte prematura en la edad adulta. Dado que la población indígena americana posee un perfil único de salud (es decir, tasas altas de obesidad y diabetes), la aplicabilidad de los resultados a una población heterogénea es incierta. No obstante, este estudio proporciona un punto inicial para predecir los resultados a largo plazo y los costos asociados con la obesidad, la intolerancia a la glucosa y la hipertensión infantiles.

— **F. Bruder Stapleton, MD**

Publicado originalmente en *Journal Watch Pediatrics and Adolescent Medicine*

Franks PW et al. Childhood obesity, other cardiovascular risk factors, and premature death. *N Engl J Med* 2010 Feb 11; 362:485.

Más sobre los efectos adversos de los antipsicóticos en niños

Un estudio observacional detalla los cambios metabólicos después de 12 semanas de tratamiento con antipsicóticos atípicos.

Durante la década pasada, las prescripciones pediátricas de antipsicóticos atípicos (AA) se incrementaron cinco veces, y más de 80% era

para diagnósticos no psicóticos (*Pediatrics* 2008; 121:1002, *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:679, y *N Engl J Med* 2002; 347:314), a pesar de los informes sobre un aumento extremo de peso a edades tempranas (*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:337). Estos investigadores evaluaron los efectos del uso de AA en 272 pacientes sin tratamiento previo con estos agentes procedentes de medios clínicos (intervalo de edad, 4 a 19 años; edad promedio, 14) a quienes se prescribió olanzapina, risperidona, quetiapina o aripiprazol; los controles fueron 15 participantes que rechazaron el tratamiento o dejaron de cumplir con él.

En este estudio abierto, no aleatorio, de 12 semanas, los investigadores midieron peso, estatura, índice de masa corporal, niveles de lípidos y glucosa, resistencia a insulina, masa de grasa y circunferencia de cintura en el inicio y después de la exposición a AA. Los diagnósticos incluyeron esquizofrenia, trastornos afectivos y agresión. Los médicos que administraban el tratamiento podían cambiar la dosis y prescribir otros fármacos.

Con una mediana de 11 semanas, el aumento promedio de peso era significativo en los pacientes bajo medicamentos (4.4 a 8.5 kg) pero no en los controles (0.2 kg). Todos los AA, excepto aripiprazol, se asociaron con anomalías de las cifras de lípidos. En la mayoría de los pacientes bajo medicamentos se dio un aumento de peso de 7% o más respecto al peso inicial (intervalo: quetiapina, 56% de los pacientes; olanzapina, 84%).

COMENTARIO

Estos datos concuerdan con informes sobre efectos adversos muy dañinos y permanentes de los AA sobre el desarrollo de los niños. El sentido común debe guiar a los clínicos a proporcionar asesoría sobre nutrición y ejercicio. No obstante, los niños bajo AA, con frecuencia, se presentan con apetitos voraces que son difíciles de manejar por medidas dietéticas. Algunos estudios (*Am J Psychiatry* 2006; 163:2072) han mostrado resultados prometedores con metformina, la cual podría ayudar a algunos niños. Ni metformina para el aumento de peso inducido por AA ni los AA para muchos trastornos psiquiátricos en niños son indicaciones aprobadas por la FDA. Los pediatras y médicos familiares deben considerar con cuidado la obtención de consultas psiquiátricas para los niños antes de prescribir AA. Es necesario que los clínicos consideren con precaución intervenciones de primera línea tanto sin fármacos como sin AA para los trastornos no psicóticos en niños.

— **Barbara Geller, MD**

Publicado originalmente en *Journal Watch Psychiatry*

Correll CU et al. Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medications during first-time use in children and adolescents. *JAMA* 2009 Oct 28; 302:1765.

Varley CK and McClellan J. Implications of marked weight gain associated with atypical antipsychotic medications in children and adolescents. *JAMA* 2009 Oct 28; 302:1811.

La acantosis nigricans identifica a jóvenes con riesgo de diabetes

Frecuente en jóvenes obesos, este padecimiento podría señalar la presencia de resistencia a insulina o una enfermedad más avanzada.

Es común que la acantosis nigricans (AN) se asocie con obesidad y resistencia a insulina. Se presenta en cerca de uno de cinco jóvenes de color y latinos, su prevalencia aumenta con la puntuación z del índice de masa corporal (IMC). Se ha determinado que la resistencia a insulina llega hasta 90% en jóvenes con diabetes mellitus tipo 2. Además, se ha visto que los jóvenes con diabetes tipo 2 se encuentran en alto riesgo cardiovascular con hipertensión y perfiles lipídicos aterogénicos.

Investigadores estudiaron la prevalencia de una homeostasis anormal de glucosa y factores de riesgo cardiovascular en niños con AN. Entre los niños, de 8 a 14 años de edad, reclutados de una comunidad urbana de consultorios pediátricos, 236 se identificaron como AN+ (puntuación Hale en cuello, ≥ 2 ; puntuación z de IMC, 2.3 kg/m^2); se reclutaron 51 niños sin AN en cuello, pero con una puntuación z de IMC por arriba del 85° percentil como población de referencia. La mayoría de los pacientes eran obesos, principalmente latinos o de color, las madres tenían un nivel de instrucción de bachillerato o menor, contaban con recursos financieros limitados y tenían un progenitor o abuelo diabético.

En el grupo de AN+, los investigadores identificaron homeostasis anormal de glucosa en 29%, presión arterial sistólica por arriba del 95° percentil en 27%, y colesterol HDL en el 5° percentil o menor en 50%. Incluso después de la corrección para sexo, etapa de desarrollo de la pubertad, nivel de instrucción materna y puntuación z de IMC, la relación de AN con resistencia a insulina y homeostasis anormal de glucosa se mantuvo a un nivel significativo. La AN confería un riesgo de resistencia a insulina más allá del conferido por la sola adiposidad. Los autores señalan que los cuatro pacientes (2%) del grupo AN+ en los que se detectó diabetes no cumplían con los criterios típicos y no se habrían identificado por la prueba estándar de evaluación de glucosa sanguínea en ayunas.

COMENTARIO

La AN se observa con frecuencia, y casi siempre es ignorada, en adolescentes obesos. Estos datos muestran que muchos jóvenes obesos presentan resistencia a insulina y que más de uno de cada cuatro ya presenta homeostasis anormal de glucosa. Las evaluaciones e intervenciones dirigidas en estos adolescentes pueden atenuar o prevenir la diabetes mellitus, hipertensión y otros trastornos metabólicos.

— **Mary Wu Chang, MD**

Publicado originalmente en Journal Watch Dermatology

Brickman WJ et al. *Acantosis nigricans identifies youth at high risk for metabolic abnormalities.* J Pediatr 2010 Jan; 156:87.

Glibenclamida superó a metformina en el tratamiento de mujeres con diabetes gestacional

Comparada con glibenclamida, metformina se asoció con un doble riesgo de mal control glucémico.

La diabetes gestacional (DMG) afecta a cerca de 4% de los embarazos. La insulina es una terapia estándar para DMG que no se puede controlar con la dieta; sin embargo, se desconoce el agente oral óptimo para controlar la glucosa en sangre. Investigadores en Nuevo México asignaron al azar 149 pacientes de DMG (86% latinas) para recibir metformina o glibenclamida y compararon la eficacia de los medicamentos para mantener el control glucémico (definido como nivel de glucosa en sangre en ayuno ≤ 105 mg/dL y glucosa posprandial de 2 horas ≤ 120 mg/dL).

Las participantes que recibieron glibenclamida tenían una probabilidad mayor del doble de alcanzar el control glucémico que las usuarias de metformina (35 vs. 16%; razón de momios, 2.7). No obstante, el peso promedio al nacer de los neonatos en el grupo de metformina era menor que el de los neonatos de glibenclamida ($P = 0.02$). La incidencia de preeclampsia, hipoglucemia materna y macrosomía fetal era semejante en ambos grupos.

COMENTARIO

Estos resultados muestran que glibenclamida proporciona mejor control de glucosa en sangre que metformina, no obstante, el tamaño reducido del estudio limita nuestra capacidad para comparar resultados secundarios (es decir, resultados neonatales, tasa de nacimientos por cesárea). Asimismo, podría suceder que no fuera posible generalizar los resultados a todas las pacientes, dado que la mayoría de las participantes en este estudio son latinas. Aunque se desconocen los posibles efectos de la raza sobre los resultados, la

tasa de fallas de metformina concuerda con la observada en el *Metformin in Gestational Diabetes Trial* (N Engl J Med 2008;358:1991). Los autores señalan que los pesos menores al nacer en el grupo de metformina podrían reflejar los posibles beneficios de este agente como sensibilizador de insulina que puede cruzar la placenta. Dado que las pacientes tienen mayor probabilidad de preferir y cumplir con un tratamiento oral de DMG, un fármaco oral para el control eficaz de la glucosa sanguínea durante el embarazo sería muy deseable. Si estudios más grandes confirman estos resultados, glibenclamida podría ser el agente oral de elección para el tratamiento de mujeres con DMG.

— **Wendy S. Biggs, MD**

Publicado originalmente en Journal Watch Women's Health

Moore LE et al. *Metformin compared with glyburide in gestational diabetes: A randomized controlled trial.* Obstet Gynecol 2010 Jan; 115:55.

Apnea obstructiva del sueño y riesgo de incidencia de diabetes tipo 2

Los pacientes con apnea del sueño grave tuvieron mayor probabilidad de desarrollar diabetes que aquellos con síntomas menos graves.

En estudios previos, investigadores encontraron asociaciones entre la apnea del sueño y la intolerancia a glucosa o resistencia a insulina. No obstante, no está claro si la apnea del sueño confiere de manera independiente el riesgo de desarrollar diabetes. En un estudio observacional de cohorte, los investigadores reclutaron a más de 500 pacientes consecutivos sin diabetes que se refirieron para la evaluación de la apnea del sueño; se dio seguimiento a los participantes por un promedio de 2.7 años para diabetes incidente.

Los participantes se clasificaron en cuartiles de acuerdo con el índice de apnea/hipopnea (IAH); el cuartil más bajo (IAH, < 8) sirvió como el grupo de comparación normal. Después de ajustar por factores múltiples, incluidos la edad inicial, el nivel de glucosa en ayunas y el índice de masa corporal (IMC), y el cambio de IMC durante el seguimiento, se asociaron cuartiles de apnea del sueño más grave con un riesgo progresivamente mayor de desarrollar diabetes (aumento en la razón de riesgo, 1.43 por cuartil). En análisis posteriores, el uso regular ($> 60\%$ del tiempo de sueño) de presión positiva continua de vías aéreas (PPVA) se asoció de manera significativa con la reducción del riesgo de desarrollar diabetes (RR, 0.53).

COMENTARIO

Estos investigadores encontraron una asociación entre el incremento de la gravedad de la apnea del sueño y un mayor riesgo de diabetes. Un mecanismo postulado es que la hipoxemia persistente y el despertar promueven el estrés oxidativo y activan rutas hormonales que conducen a hiperglucemia. En este estudio, la diabetes incidente fue menor entre personas que usaban de manera regular PPVA, lo cual concuerda con los resultados de un estudio previo sin control (Arch Intern Med 2005; 165:447) pero no con los de un pequeño ensayo aleatorio (Thorax 2007; 62:969), que no mostró diferencia significativa entre los usuarios y los no usuarios. Una limitación de este análisis es la falta de ajuste para la actividad física, una variable que podría ser un factor de confusión y mediar en la asociación entre la apnea del sueño y el metabolismo de la glucosa.

— **Jamaluddin Moloo, MD, MPH**

Publicado originalmente en Journal Watch General Medicine

Botros N et al. *Obstructive sleep apnea as a risk factor for type 2 diabetes.* Am J Med 2009 Dec; 122:1122.

Terminación del tabaquismo y riesgo de diabetes tipo 2

El riesgo excesivo de diabetes en aquellos que dejan de fumar está mediado en parte por el aumento de peso.

Fumar es un factor de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2. Es evidente que dejar de fumar tiene muchos beneficios, pero puede ocurrir un aumento de peso subsiguiente. Investigadores evaluaron el riesgo de diabetes tipo 2 que se asociaba con fumar y dejar de fumar en una cohorte de base poblacional de 10 892 adultos (intervalo de edad, 45 a 64; 55% era fumador al ingresar) sin diabetes inicial.

Durante los primeros nueve años de seguimiento, 1 254 participantes desarrollaron diabetes. El fumar, comparado con nunca haber fumado, se asociaba con un riesgo excesivo de diabetes. Las razones de riesgo, ajustadas por factores de riesgo de diabetes, eran de 1.1 (insignificantes) para los que fumaron ≤ 13 paquetes año y 1.4 para los que fumaron > 13 paquetes año. Comparados con los que nunca habían fumado, los antiguos fumadores tenían riesgo elevado de diabetes (RR, 1.2; significativos en el límite), lo mismo que los fumadores que dejaron el tabaco durante los primeros tres años de seguimiento (RR, 1.7) y los fumadores continuos (RR, 1.3). Ajustar los análisis para el aumento de peso explicaba en parte el riesgo observado para diabetes entre aquellos que dejaron de fumar. El exceso de riesgo alcanzó su

máximo en los primeros tres años después de dejar el tabaco y no existía a los 12 años.

COMENTARIO

Dejar de fumar se asocia con el aumento de peso, así que no debe sorprendernos que se pudiera asociar también con diabetes tipo 2 incidente. Desde luego, este riesgo no es razón para seguir fumando, pero la asociación es una buena razón para atender un posible aumento de peso entre las personas que dejan el tabaco, en particular entre aquellas que ya se encuentran en alto riesgo de diabetes.

— **Richard Saitz, MD, MPH, FACP, FASAM**

Publicado originalmente en Journal Watch General Medicine

Yeh H-C et al. Smoking, smoking cessation, and risk for type 2 diabetes mellitus: A cohort study. *Ann Intern Med* 2010 Jan 5; 152:10.

La intervención en el estilo de vida puede prevenir el inicio de la diabetes en por lo menos una década

Los cambios en el estilo de vida retrasaron el desarrollo de diabetes en un estudio de cohorte grande.

En 2002, el *Diabetes Prevention Program* (DPP) informó que, comparada con un placebo, la intervención intensiva en el estilo de vida o metformina en 3 200 adultos con sobrepeso y metabolismo deficiente de glucosa reducía la incidencia de diabetes durante tres años en 58 y 31%, respectivamente (*N Engl J Med* 2002; 346:393). Para determinar los efectos a largo plazo de estas intervenciones, los investigadores reclutaron a la mayoría de los pacientes que habían completado el DPP en el *DPP Outcomes Study* (DPPOS) de seis años y abierto. Durante un periodo puente de un año, se ofreció a todos los pacientes un currículo de estilo de vida de 16 sesiones, semejante al empleado en el DPP. A continuación, todos los pacientes recibieron sesiones de refuerzo trimestrales. Los pacientes asignados al azar inicialmente a la intervención del estilo de vida recibieron ocho sesiones anuales de apoyo sobre el estilo de vida, y los asignados en un inicio a metformina continuaron recibiendo metformina dos veces al día en un estudio abierto.

Durante los seis años de seguimiento del DPPOS, la incidencia de diabetes de diagnóstico reciente fue semejante en los tres grupos.

No ocurrió rebote en la incidencia de diabetes en los grupos de estilo de vida y metformina durante el seguimiento —más bien, la extensión de la intervención del estilo de vida a los receptores de metformina en placebo pareció reducir la incidencia de diabetes en esos grupos. La reducción relativa neta en incidencia de diabetes durante los 10 años completos fue de 34% en el grupo de estilo de vida y 18% en el de metformina, comparados con el de placebo. Los tres grupos registraron pequeñas pérdidas promedio de peso (1 a 2.5 kg) durante 10 años.

COMENTARIO

Este estudio demuestra que las intervenciones en el estilo de vida pueden reducir la incidencia de diabetes por muchos años. El seguimiento adicional determinará si estas intervenciones también atenúan los resultados microvasculares/neuropáticos y la mortalidad relacionada con diabetes.

— **Bruce Soloway, MD**

Publicado originalmente en Journal Watch General Medicine

Diabetes Prevention Program Research Group. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. Lancet 2009 Nov 14; 374:1677.