

# Monodosis

## La prevalencia de la diabetes en adultos sigue aumentando

Uno de los objetivos globales para las enfermedades no transmisibles es detener, en 2025, el aumento de la prevalencia en adultos de la diabetes, manteniéndola en sus niveles de 2010. Con el fin de conocer cuál es la situación actual, se ha llevado a cabo un análisis global de 741 estudios epidemiológicos, incluyendo a 4,4 millones de participantes, que ha calculado las tendencias mundiales de la diabetes, la probabilidad que tiene cada país de alcanzar el objetivo global, y cómo los cambios en la prevalencia, junto con el crecimiento demográfico y el envejecimiento, están afectando al número de adultos con diabetes.

Lamentablemente, las conclusiones de este estudio son desalentadoras: la prevalencia estandarizada por edad de la diabetes en los adultos ha aumentado desde 1980 o, en el mejor de los casos, se ha mantenido sin cambios, en todos los países. Junto con el crecimiento demográfico y el envejecimiento, este aumento ha llevado a una cuadruplicación del número de adultos con diabetes en todo el mundo. La carga de la diabetes, tanto en términos de prevalencia como de número de adultos afectados, ha aumentado más rápidamente en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.

Para llegar a estas conclusiones, se agruparon los datos de los estudios poblacionales en los que se habían recogido datos sobre la diabetes a través de la medición de sus biomarcadores. Se utilizó un modelo

jerárquico bayesiano para estimar las tendencias de prevalencia de diabetes definida como una concentración de glucosa en plasma en ayunas de 7,0 mmol/L o más, el historial del diagnóstico de la diabetes o el uso de la insulina o fármacos antidiabéticos orales en 200 países y territorios en 21 regiones, analizados por sexo y desde 1980 a 2014. También se calculó la probabilidad posterior de cumplir el objetivo global de la diabetes si las tendencias post-2000 continúan.

Los datos obtenidos mostraron que la prevalencia global estandarizada por edad de la diabetes aumentó de 4,3% (IC<sub>95%</sub> 2,4 a 7,0) en 1980 al 9,0% (IC<sub>95%</sub> 7,2 a 11,1) en el año 2014 en los varones y del 5,0% (IC<sub>95%</sub> 2,9 a 7,9) a 7,9% (IC<sub>95%</sub> 6,4 a 9,7) en las mujeres. El número de adultos con diabetes en el mundo aumentó de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014 (un 28,5% debido al aumento de la prevalencia, el 39,7% debido al crecimiento de la población y el 31,8%, debido a la interacción de estos dos factores). En general, la prevalencia de la diabetes en adultos más baja en 2014 fue en el noroeste de Europa, mientras que la más alta se dio en la Polinesia y la Micronesia, seguido de la Melanesia, el Oriente Medio y el norte de África.

Entre 1980 y 2014 hubo pocos cambios en la prevalencia de diabetes en las mujeres adultas en Europa occidental continental, aunque se apreció un ligero aumento de la incidencia a causa del envejecimiento de la población. Por el contrario, la prevalencia en adultos aumentó en 15 puntos porcentuales en los hombres y las mujeres en la

Polinesia y Micronesia. En 2014, Samoa Americana tuvo la más alta prevalencia nacional de diabetes (> 30% en ambos sexos), con datos de prevalencia en adultos superiores al 25% en algunas otras islas de la Polinesia y Micronesia. Si las tendencias post-2000 continúan, la probabilidad de cumplir la meta mundial de detener el aumento de la prevalencia de la diabetes en el año 2025 en el nivel de 2010 en todo el mundo, es inferior al 1% para los hombres y del 1% para las mujeres. Sólo nueve países para los hombres y 29 países para las mujeres, sobre todo en Europa occidental, tienen una probabilidad del 50% o mayor de cumplir el objetivo mundial.

– **NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC).** Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *Lancet*. 2016; 387(10027): 1513-30. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00618-8.

## Prebióticos y probióticos descontrolados

El concepto de **probiótico** se define como una preparación que contiene microorganismos vivos que y que, cuando se administra en cantidades adecuadas a una persona, confieren un beneficio para la salud de ésta. Por su parte, los **prebióticos** son ingredientes no digeribles de la dieta que estimulan el crecimiento o la actividad de uno o más tipos de bacterias en el colon. Lamentablemente, el uso inapropiado (abuso) del término probiótico es muy común y, según la regulación legal relativa a la declaración de las propiedades saludables, ésta no es valorada favorablemente por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (AESAs) para los

prebióticos y los probióticos. Por este motivo, se echa de menos que las sociedades científicas no hayan establecido hasta el momento guías de orientación a los consumidores y a los profesionales sanitarios sobre el uso de estos productos para el tratamiento y la prevención de diversas enfermedades. Resulta particularmente extraña la ausencia de una recomendación positiva por parte de las sociedades médicas científicas internacionales para utilizar prebióticos o probióticos para el tratamiento de la alergia a los alimentos u otras manifestaciones alérgicas, así como para la prevención de la alergia a determinados alimentos, la rinitis alérgica y el asma; aunque se han publicado algunas recomendaciones de los probióticos para la prevención del eczema en los bebés de alto riesgo, resultan discrepantes entre sí.

– Koletzko S. Probiotics and Prebiotics for Prevention of Food Allergy: Indications and Recommendations by Societies and Institutions. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016; 63 Suppl 1: S9-S10. doi: 10.1097/MPG.0000000000001220.

### ¿Stents convencionales o con medicamentos?

Los *stents* son prótesis internas (endoprótesis) vasculares consistentes en un pequeño tubo cilíndrico hueco de malla metálica con forma de muelle que se expande dentro de vaso sanguíneo, y que ayudan a corregir el estrechamiento de éste

(y, por tanto, la limitación para el flujo sanguíneo), tanto de las arterias coronarias del corazón como de arterias o venas de otras regiones del cuerpo (aorta, arterias de las piernas, venas del tórax...). Básicamente, hay tres tipos: los convencionales o de metal desnudo (*bare-metal*, generalmente de acero o cromo-cobalto), los liberadores de fármacos citotóxicos (*drug-eluting*, mayoritariamente everolimus o paclitaxel), que proporciona el mismo soporte estructural que los anteriores, pero que liberan lentamente pequeñas cantidades de agentes con capacidad antiproliferativa de la íntima vascular, contribuyendo a prevenir la reestenosis del vaso; finalmente, los *stents* farmacoactivos bioabsorbibles son similares a estos últimos, pero tienen la peculiaridad de que su estructura física es reabsorbida, permitiendo – al menos, teóricamente – una restauración completa de todas las funciones de la pared de la arteria, evitando problemas mecánicos tardíos y facilitando la visualización y la valoración no invasiva durante el seguimiento de los segmentos coronarios tratados. Sin embargo, este último tipo de *stent* es el menos común, debido a su incorporación a la clínica relativamente reciente.

Por desgracia, hay pocos datos comparativos disponibles sobre los efectos a largo plazo de los *stents* liberadores

de fármacos frente a los metálicos convencionales. Por ello, resultan particularmente interesantes los resultados de un amplio ensayo clínico sobre 9013 pacientes con enfermedad coronaria estable o inestable sometidos a una intervención coronaria percutánea en la que se implantó alguno de estos dos tipos de *stents*. Los resultados mostraron que, a los 6 años de la implantación, las tasas de muerte por cualquier causa o de infarto de miocardio espontáneo no fatal fueron el 16,6% en el grupo que recibió *stents* liberadores de fármacos y el 17,1% en el grupo que recibió *stents* convencionales (razón de riesgo, HR=0,98; IC<sub>95%</sub> 0,88 a la 1,09; p=0,66); es decir, no hubo diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, las tasas de revascularización fueron del 16,5% con los *stents* liberadores de fármacos y del 19,8% con los convencionales (HR=0,76; IC<sub>95%</sub> 0,69 a la 0,85; p <0,001) y las de trombosis de la endoprótesis fueron de 0,8% y 1,2%, respectivamente (p=0,0498), siendo las diferencias estadísticamente significativas en ambos casos. Los parámetros de calidad de vida no fueron significativamente diferentes entre los dos grupos.

– Bønaa KH, Mannsverk J, Wiseth R, Aaberge L, Myreng Y, Nygård O, et al; NORSTENT Investigators. Drug-Eluting or Bare-Metal Stents for Coronary Artery Disease. *N Engl J Med.* 2016 Aug 29. [Epub ahead of print].