

Suplementos de vitamina D reducen riesgo de diabetes tipo 1

16 mar 2008 (prensalatina.com.mx)

(PL) Los niños que toman suplementos de vitamina D presentan un 30 por ciento de menores probabilidades de desarrollar diabetes tipo 1, sugirió un estudio difundido en una publicación especializada.

La investigación desarrollada por expertos del St Mary's Hospital for Women and Children, Manchester, señaló que, al parecer, mientras más alta y frecuente son las dosis de vitamina D, más bajos los riesgos de sufrir diabetes tipo 1.

Los resultados del equipo se basan en la revisión de cinco estudios sobre los efectos de los suplementos de esa vitamina.

Investigaciones previas han encontrado que las personas diagnosticadas con diabetes tipo 1 tienen concentraciones más bajas de esa vitamina en comparación con las que viven sin esa condición.

También han encontrado que esa enfermedad es más común en países donde la exposición a la luz solar -una de las fuentes de vitamina D para el organismo- es baja.

Otros trabajos han vinculado los bajos niveles de vitamina D y la luz solar a enfermedades autoinmunes como la esclerosis múltiple y la artritis reumatoidea.

La diabetes es una enfermedad crónica que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina para controlar de forma efectiva los niveles de azúcar en sangre.

Una enfermedad sin sabor: Diabetes insípida

17 mar 2008 (www3.diariolibre.com)

Sus principales síntomas son una sed excesiva y orina en abundancia

Las enfermedades pueden ser terribles, desastrosas y hasta mortales... También, insípidas. Según la doctora Dolores Mejía, del hospital General de la Plaza de la Salud, "la diabetes insípida es un trastorno en el que los valores insuficientes de hormona antidiurética causan una sed excesiva (polidipsia) y una producción exagerada de orina muy diluida (poliuria)".

Esta enfermedad se caracteriza por provocar que se orine mucho y se produzca mucha sed, e incluso, si el paciente no tiene una ingesta de agua apropiada se puede deshidratar.

Sus causas son por: lesiones producidas durante una intervención quirúrgica, una lesión cerebral (particularmente una fractura de la base del cráneo), un tumor, una obstrucción de las arterias que van al cerebro, infecciones, entre otras. También existen condiciones genéticas heredadas.

La enfermedad se diagnóstica con facilidad: con un examen tan sencillo como el de

la orina se busca un ítem que es la densidad de urinaria. Si ésta está por debajo de 1,010 entonces hay que hacer otras pruebas como sería la determinación de la hormona, electrolito séricos, entre otros para confirmar en definitiva lo que es el diagnóstico, señala Mejía.

Sus tipo son:

Origen central: Ésta se ve frecuentemente en los pacientes politraumatizado que tienen accidente y se pegan muy fuerte en la cabeza. Puede aparecer luego de cirugías craneales o radiación.

Lo singular de esta hormona es que el hipotálamo (parte del cerebro) la produce y luego es almacenada hasta ser liberada en el flujo sanguíneo por la hipófisis posterior. El trastorno puede también aparecer cuando una concentración de hormona antidiurética normal está combinada con una respuesta anormal de los riñones a la hormona, una afección denominada "diabetes insípida nefrógena".

También está la gestacional, esta se da porque en la placenta se producen unas encimas que se llaman desmopresinaza. Esta encima se "come" la hormona antidiurética, por eso la embarazada tiene la diabetes insípida mientras tenga la placenta. Después del parto se elimina.

Sus síntomas pueden comenzar de forma gradual o brusca y a cualquier edad. No discrimina mujer ni hombre.

Un paciente puede beber enormes cantidades de líquido para compensar las pérdidas que se producen en la orina. Cuando esta compensación no es posible, puede producirse rápidamente deshidratación, y en consecuencia, disminución de la presión arterial y shock .

Fracaso mortal en tratamiento de diabetes

25 marzo 2008 (jornada.unam.mx)

investigadores que intentaron reducir infartos entre diabéticos disminuyendo su glucosa encontraron que, al contrario de lo que pensaban, morían más pacientes. El hallazgo, anunciado a principios del mes, provocó que el gobierno detuviera un segmento de un gran estudio sobre diabetes y enfermedades cardíacas.

Los investigadores dijeron no saber lo que había causado el incremento de los decesos, pero afirmaron que no puede atribuirse al tratamiento con Avandia, que el año pasado se relacionó con un mayor riesgo de infartos, aun cuando algunos voluntarios tomaban ese fármaco.

“Es evidente que no esperábamos estos hallazgos”, señaló la doctora Elizabeth G. Nabel, directora del Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre, en Estados Unidos, que lleva a cabo las pruebas clínicas.

Los perturbadores resultados ponen en duda la teoría popular de que reducir el azúcar en sangre de pacientes con diabetes tipo 2 puede prevenir infartos.

“Tenemos que ser cuidadosos, porque más no es siempre mejor”, expresó el doctor W. Douglas Weaver, presidente electo del Colegio Estadunidense de Cardiología y jefe de cardiología del Sistema de Salud Henry Ford, en Detroit. “La importancia de este estudio es: a veces lo inesperado sucede. En este caso, reducir el azúcar a niveles normales tuvo resultados poco efectivos.”

El estudio de Acción para el Control del Riesgo Cardiovascular en la Diabetes (ACCORD, por sus siglas en inglés) involucró a 10 mil 251 participantes en 77 lugares de EU y Canadá, entre ellos el Centro Médico para Veteranos de Baltimore.

De éstos, 257 del grupo de terapia intensiva fallecieron en el curso de cuatro años, en comparación con 203 del grupo de tratamiento estándar.

Recurriendo a una dieta modificada, ejercicio y medicinas para reducir la glucosa, la meta del grupo de tratamiento estándar era reducir sus niveles de azúcar en sangre a un punto seguro para diabéticos, aunque todavía más alto de lo normal.

En el grupo de tratamiento intensivo los doctores fueron más arriesgados e intentaron llevar los niveles de glucosa por debajo de los encontrados en no diabéticos. Veían más a menudo a esos pacientes, revisaban su glucosa con mayor frecuencia y les prescribían más medicinas, afirmaron los investigadores.

En general, el índice de mortalidad en ambos grupos estuvo por debajo de lo normal para diabéticos tipo 2; probablemente como resultado del cuidado y supervisión adicional que recibieron los pacientes de ACCORD.

El estudio encontró algunos efectos benéficos de la intensa reducción de glucosa. Por ejemplo, hubo 10 por ciento menos acontecimientos cardiovasculares no fatales –como infartos– en el grupo intensivo, a diferencia del grupo de tratamiento estándar.

Estudio a gran escala

“Sin embargo, si ocurría un infarto, era más probable que fuese fatal”, indicó el doctor Guillermo Friedewald, profesor de medicina en la Universidad de Columbia y presidente del comité de dirección del estudio. “Además, el grupo de tratamiento intensivo presentó muertes repentinas más inesperadas, aun sin infarto evidente.”

El doctor Bruce Hamilton, jefe de endocrinología en Baltimore, quien inscribió 180 pacientes en el estudio, señaló que los resultados lo tomaron un poco de sorpresa porque los índices de mortalidad en su hospital eran casi iguales entre los dos grupos de pacientes.

“Nunca nos dimos cuenta de nada”, dijo Hamilton, y resaltó que se requirió un estudio con miles de pacientes para revelar el peligro.

Hamilton especuló que algunos pacientes podrían haber tenido momentos en los que su glucosa bajó hasta niveles de peligro, condición denominada hipoglucemia. Cuando esto sucede, el sistema nervioso responde acelerando el pulso y constriñendo los vasos sanguíneos. Esto, a su vez, puede provocar un infarto o arritmia.

Desde el principio, los voluntarios del estudio de ACCORD eran una población de riesgo elevado: habían tenido diabetes tipo 2 durante un promedio de 10 años, niveles de glucosa por arriba de la media, enfermedades cardíacas y otros factores de riesgo como hipertensión o colesterol alto. Algunos eran obesos o fumadores.

El grupo de tratamiento intensivo seguirá siendo parte del estudio, que también busca reducir la presión arterial y el colesterol. Pero sus metas de glucosa se reducirán durante los 18 meses restantes, aseveraron los funcionarios.

Enfermedades cardíacas

Más de 20 millones de estadounidenses tienen diabetes tipo 2, y alrededor de 284 mil mueren a causa de ella cada año. Las enfermedades cardíacas y el infarto representan aproximadamente 65 por ciento de esos decesos. Los adultos con diabetes tipo 2 tienen de dos a cuatro veces más probabilidades de sufrir un ataque cardíaco o un infarto, o morir de enfermedad cardíaca, que los no diabéticos.

Un gran organismo de investigación ha demostrado que reducir los niveles de glucosa puede disminuir de manera importante el riesgo de algunas complicaciones derivadas de la diabetes, como enfermedades oculares, nerviosas y de riñón. Otro estudio ha revelado que los pacientes con inicio más reciente de diabetes que los inscritos en el estudio de ACCORD mostraron una tendencia a padecer menos infartos cuando redujeron sus niveles de glucosa.

Pero éste ha sido el primer gran ensayo clínico para estudiar si disminuir los niveles de glucosa de los diabéticos, a los que tienen las personas sanas, reduce el riesgo de enfermedad cardíaca. La respuesta, en este caso, fue no.

“Obviamente nadie habría esperado este resultado”, indicó el doctor Steven Nissen, cardiólogo en la Clínica Cleveland, quien dirigió el estudio sobre Avandia. “Éste es un llamado de alerta, y nos dice que los fármacos tienen efectos complejos.”

“Es lo correcto”

Nissen aseveró que los hallazgos tendrán impacto inmediato en su práctica. Antes, si un diabético con enfermedad cardíaca hubiese llegado a su oficina con un nivel de glucosa de 7.5 por ciento (comparado con menos de 6 por ciento en una persona normal), “yo le habría prescrito un fármaco adicional”, reconoció.

“Hoy tengo que preguntarme si es lo correcto”, afirmó Nissen. Antes habría estado satisfecho si uno de sus pacientes presentara un nivel de glucosa de 6.2 por ciento. Ahora, dijo, se preguntaría: “¿estoy haciendo daño o ayudo?”

Investigadores de ACCORD expresaron que ahora la meta del grupo de tratamiento estándar (en el que se incluyen los antiguos pacientes de tratamiento intensivo) es un nivel de glucosa entre 7 y 8 por ciento. Y aconsejan: no debe presionarse a diabéticos que tienen riesgo de contraer enfermedades cardíacas a reducir sus niveles más allá de eso.

“Estoy agradecido de saber cuál debe ser la meta de glucosa”, comentó la doctora

Sheria Golden, endocrinóloga del hospital Johns Hopkins.

Golden afirmó que siempre ha estado consciente de que reducir demasiado el azúcar puede provocar un episodio de hipoglucemia. "Reduciré la glucosa hasta donde no se complique al paciente con riesgo hipoglucémico", expresó.

Los especialistas tuvieron dificultades en hacer que los niveles de azúcar de los voluntarios se redujeran por debajo de los registrados en personas sanas; sólo alcanzaron un 6.4 por ciento, en vez de su objetivo de menos de 6.

Los doctores dijeron que resultados diversos a lo esperado son una de las razones por las que se llevan a cabo pruebas clínicas.

"En esencia, cuando algo parece ser una buena idea, necesitamos pruebas... para ver si funciona en la vida real", señaló la doctora María M. Newman, internista en Lutherville. "Suena biológicamente plausible, pero eso no significa que funcione de esa manera."

Varones diabéticos, más propensos a tener problemas urinarios

24 mar 2008 (nlm.nih.gov)

(Reuters Health) - Los varones con diabetes corren más riesgo de sufrir molestos síntomas en el tracto urinario inferior y padecer micción nocturna frecuente, según demostraron investigadores.

Esto es especialmente cierto en los hombres diabéticos negros.

Los investigadores examinaron las asociaciones entre la diabetes y los signos de próstata aumentada de tamaño, enfermedad llamada hipertrofia prostática benigna, o HPB, que es bastante común entre los varones mayores y que puede producir síntomas tales como micción frecuente y flujo de orina débil.

El estudio estaba constituido por 2.484 varones blancos y negros que estaban participando en estudios proyectados para evaluar la historia natural de la HPB. Su edad promedio era de 56 años y 170 (el 6,8 por ciento) tenían diabetes. Ninguno padecía cáncer de próstata.

La doctora Aruna V. Sarma, de la University of Michigan en Ann Arbor, y colegas hallaron que la diabetes aumentaba significativamente el riesgo de padecer síntomas irritantes tales como micción frecuente -especialmente por la noche- y sensaciones de urgencia por orinar.

La asociación entre la diabetes y síntomas moderados a severos del tracto urinario inferior era mayor en los varones negros que entre los hombres blancos.

No había ninguna asociación significativa entre la diabetes y el volumen de la próstata, lo que indica, según los investigadores, que la "presencia de diabetes estaría menos relacionada con el crecimiento de la próstata y más vinculada con los componentes dinámicos del funcionamiento del tracto urinario inferior".

Diabetes Care, marzo del 2008

La clave de la terapia contra la diabetes tipo 2 es eliminar la obesidad abdominal

15 mar 2008 (elmundo.es)

Buena parte de los que estén leyendo este artículo tendrán diabetes tipo 2 o su médico les habrá dicho que sufren alteraciones en el metabolismo de la glucosa. Para remediarlo, estarán haciendo una dieta más o menos estricta y tomarán medicación antidiabética diaria. Algunos incluso se estarán inyectando insulina. Sin embargo, los datos apuntan que para controlar la enfermedad eso no es suficiente.

Si los lectores que se identifican con esta descripción echan un vistazo a su barriga, seguramente se encontrarán con un perímetro de la cintura bastante más abultado de lo aconsejable. Pues bien, deje de considerar ese michelín como un problema meramente estético y declárele la guerra abierta, ya que esta 'lorza' es la responsable de que todo el metabolismo de la glucosa y la insulina no funcione bien.

Un comentario publicado esta semana en la revista 'The Journal of the American Medical Association' ('JAMA'), escrito por Roger Unger, del Centro para la Investigación de la Diabetes Touchstone de Texas (EEUU), ha puesto el dedo en la llaga.

En opinión de este prestigioso científico, las estrategias actuales para controlar la diabetes tipo 2 (una alteración endocrina que ya afecta a millones de personas en todo el mundo) están condenadas al fracaso si siguen centrándose únicamente en reducir los niveles de glucosa en sangre mediante la administración de medicación antidiabética y de dosis cada vez mayores de insulina (la hormona encargada de metabolizar el azúcar).

Unger se apoya en la gran cantidad de conocimiento acumulado en los últimos años para proponer un «replanteamiento» de la enfermedad, así como de su prevención y tratamiento, dado que la evidencia científica sugiere que cualquier alternativa terapéutica para evitar y controlar la diabetes tipo 2 pasa invariablemente por la reducción de la obesidad corporal; concretamente de la abdominal.

La grasa que se acumula alrededor de las vísceras de esta zona ha ido cobrando protagonismo a la hora de evaluar el riesgo cardiovascular de los pacientes. De esta manera, muchos expertos proponen que en las consultas de cualquier facultativo haya, además del clásico fonendo, un metro para medir el perímetro de la cintura (indicador externo de la cantidad de grasa acumulada en esta zona).

Sin embargo, el papel de la adiposidad abdominal no se queda ahí. Al parecer, también incide decisivamente en la regulación del metabolismo de la glucosa y la respuesta de la insulina ante los hidratos de carbono, es decir, del proceso que conduce a la diabetes del adulto.

Hasta hace menos de una década, se creía que la grasa abdominal era una reserva inerte del exceso de calorías que se ingerían. Este depósito se hace patente en diferentes zonas del cuerpo, dando lugar a una obesidad tipo 'pera' (más común en las mujeres y que se localiza en caderas y muslos fundamentalmente) o a una tipo

'manzana' (habitual en los varones y que se sitúa en la tripa).

Sin embargo, mientras que la morfología de 'pera' no tiene más trascendencia que la meramente estética, la de tipo 'manzana' es mucho más perjudicial, ya que eleva el riesgo de alteraciones metabólicas que, finalmente, conducen a diversas enfermedades.

UNA GLÁNDULA MÁS

Pero ¿cuál es el motivo de que los michelines sean, en realidad, tan peligrosos? Pues que los adipocitos (células grasas) abdominales, al estar aumentados en número y tamaño, tienen la capacidad de generar sustancias (adipocitoquinas) implicadas en varios procesos metabólicos que, a su vez, inciden en el gasto calórico, la ingesta de alimentos y en el funcionamiento de los lípidos y los azúcares

Por otro lado, los adipocitos de los pacientes obesos presentan menos receptores de insulina, además de más cantidad de receptores beta adrenérgicos que repercuten en una liberación mayor de ácidos grasos libres.

Este excedente repercute en un mayor nivel de radicales libres que también interactúan con determinadas adipocitoquinas, lo que acaba en la apoptosis (muerte celular) de la células beta del páncreas (órgano encargado de segregar la insulina endógena).

Este proceso, denominado lipotoxicidad, perjudica el metabolismo de la glucosa y la insulina. «Esta es una prueba irrefutable de que la diabetes tipo 2 tiene un origen lipocéntrico», afirma el documento de 'JAMA' que señala la necesidad de modificar la perspectiva «glucocéntrica» predominante hasta el momento y conceder más importancia al estudio de la grasa abdominal y el papel de los adipocitos, hasta ahora «unos grandes desconocidos».

Tanto es así que los especialistas en endocrinología no dudan en hablar de órgano adiposo, en lugar de tejido graso. «Desde que en 1994 se descubrió la leptina [una de las adipocitoquinas implicadas en varios procesos fisiológicos, como la regulación del apetito] no han cesado los hallazgos y publicaciones al respecto de nuevas proteínas de este tejido que eran capaces de influenciar sobre diversos parámetros relacionados con la diabetes del adulto y de las enfermedades cardiovasculares», resume Xavier Formiguera, presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)'.
'

Por otra parte, en muchos trabajos se ha constatado que una reducción del peso y, en consecuencia, de la grasa abdominal repercute positivamente en varios factores de riesgo cardiovascular y, de manera muy especial, en la normalización del metabolismo de la glucosa, que aparece alterado en los diabéticos tipo 2 y en aquellos pacientes que acaban padeciéndola. Un estudio publicado hace mes y medio, también en 'JAMA,' demostraba que la cirugía bariátrica (reducción de la capacidad del estómago para combatir la obesidad) tenía efectos muy positivos sobre la diabetes tipo 2 de los pacientes reclutados para el seguimiento.

De hecho, el 73% de la muestra logró una remisión total de la patología. Ante semejante éxito, el editorial que acompañaba a esta investigación postulaba este tipo

de intervención como tratamiento futuro de la diabetes del adulto; eso sí, siempre para personas a las que no les quedase otra alternativa.

«Este descubrimiento ha abierto un horizonte muy esperanzador para este tipo de pacientes», escribían sus autores, a pesar de reconocer que todavía quedaban trabajos por hacer en este terreno y advertir de que la operación bariátrica no está exenta de riesgos.

Sin embargo, y dados los pobres resultados que se obtienen en el tratamiento de la diabetes del adulto, no parece descabellado añadir todas las alternativas terapéuticas posibles al arsenal disponible, sobre todo teniendo en cuenta los buenos rendimientos que se logran adelgazando, incluso sin llegar al quirófano.

Buena prueba de ello es otro trabajo, recogido en el número de enero de 'Archives of Internal Medicine.' Este seguimiento concluyó que los diabéticos tipo 2 que recibían consejo médico encaminado a que modificasen su estilo de vida para bajar de peso (mediante dieta y ejercicio) lograban controlar mejor su patología que aquellos que se limitaban a seguir la terapia convencional, basada sobre todo en fármacos.

En esta ocasión, el comentario adjunto al artículo hacía hincapié en que incluso una reducción modesta de la grasa abdominal podría ejercer beneficios considerables y no sólo en lo referente al control de la diabetes (aunque esta patología es la más destacada) y la enfermedad cardiovascular derivada de la aterosclerosis.

Y es que otras investigaciones también han relacionado las adipocitoquinas producidas por la grasa abdominal con la aparición y progresión de determinadas neoplasias (cánceres) por su influencia sobre la mitosis celular y la angiogénesis (formación de red vascular que alimenta a los tumores); con trastornos sanguíneos (por su incidencia sobre la diferenciación y proliferación de las células hematopoyéticas); con la osteosíntesis (dificultan la cicatrización de los huesos) y con funciones inmunológicas.

Estos datos no implican que todas las patologías se deban únicamente a una rebeldía inusitada de las adipocitoquinas presentes en los michelines.

Pero sí, en lo que a la diabetes se refiere, implican que «la terapia más racional será la que reduzca el excedente calórico responsable de la hiperinsulinemia [exceso de glucosa en sangre] y la lipogénesis [formación y acumulación de grasa]. Si mejoran estos factores, la glucemia seguirá el mismo camino progresivamente [...]. En el caso de que después de todas estas intervenciones la glucosa siga alta, se requerirá medicación antidiabética; pero como último recurso», vaticina el autor deo comentario de 'JAMA'

Test de saliva reemplazarían los análisis de sangre

25 mar 2008 (newspuntocom.com)

Un grupo de investigadores de Estados Unidos identificó las 1,116 proteínas que se encuentran en las glándulas salivales de los seres humanos, un descubrimiento que podría permitir el desarrollo de pruebas diagnósticas en base a saliva, sin usar una

gota

de

sangre.

El 20 por ciento de las proteínas que se hallan en la saliva también se encuentran en la sangre, dijo Fred Hagen, investigador del Centro Médico de la University of Rochester, en Nueva York, quien trabajó en el estudio.

"Este es potencialmente un campo amplio con muchas implicancias clínicas en el área de diagnóstico de enfermedades", señaló Hagen, cuyo trabajo fue publicado en Journal of Proteome Research.

Los investigadores dijeron que esperan que las pruebas en base a saliva puedan ser usadas para diagnosticar el cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes y muchas otras condiciones.

EL

ESTUDIO

Los expertos recolectaron la saliva de 23 hombres y mujeres saludables de varias razas. Luego, evaluaron las muestras salivales usando alguna forma de espectrometría de masas, que establece la identidad de las proteínas a partir de las mediciones de su masa y carga.

El equipo comparó sus hallazgos con los mapas de proteínas recientes de la sangre y las lágrimas.

Análisis previos ya revelaron la existencia de una serie de proteínas que jugarían roles claves en las enfermedades de Alzheimer, Huntington y Parkinson, el cáncer de mama, colorrectal y de páncreas y la diabetes.

La mayoría de las proteínas eran parte de senderos de indicadores que son cruciales en la respuesta del organismo a las enfermedades sistémicas.

Aunque ya existen exámenes de anticuerpos salivales para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana, o VIH, y las infecciones por hepatitis, se espera que con este trabajo se acelere el desarrollo de nuevas herramientas para controlar las enfermedades en todo el cuerpo.

Otros grupos están trabajando en pruebas en base a saliva para detectar un fragmento de la proteína HER2 en el cáncer de pecho. Hagen consideró que este tipo de exámenes podría, finalmente, reemplazar las incómodas y costosas mamografías.

Una alimentación sin mitos

23 mar 2008 (elmundo.es)

Mitos: "Tomar mucho azúcar provoca diabetes", "Estar delgado es sinónimo de estar bien alimentado", "Con esta dieta, perderás cinco kilos en una semana sin problemas"... Los mitos que rodean a la alimentación son innumerables. Y, según ha constatado la Asociación de dietistas americanos (ADA), también muy dañinos, ya que confunden a la población y restan importancia al hecho de comer de una forma sana, completa y equilibrada.

Para acabar con ellos, esta sociedad ha decidido lanzar una campaña directa en la que se desmienten algunos de los mitos más extendidos. ¿Su objetivo? Desenmascarar la ficción con datos reales. Aquí van algunos ejemplos:

* Estar delgado es un indicador fiable de buena nutrición. Nada más falso. Aunque los kilos de más no son buenos, no tenerlos no significa necesariamente estar bien alimentado; ni siquiera es sinónimo de un buen estado físico. "Nadie tiene la misma composición corporal. Y para medir la salud hay que tener en cuenta una combinación de factores que incluye el peso", recuerdan desde ADA. La importancia está en comer de todo con moderación, remarcan.

* Comer hidratos de carbono engorda. Lo que causa un aumento de peso es una ingesta excesiva de calorías. Si consumimos más energía de la que quemamos, ésta se acumulará en nuestro cuerpo, sea cual sea su procedencia. Y tomar carbohidratos es necesario para llevar una alimentación equilibrada.

* Si cenas justo antes de irte a la cama, ganarás más peso. "Lo que importa es lo que comes, no cuándo lo comes", explican los expertos de la Sociedad americana. "Las calorías tienen el mismo efecto en el cuerpo, sin que influya el momento en que se consuman", remarcan. Eso sí, recuerdan que las evidencias sugieren que mantener un ritmo de comidas regular ayuda a reducir el exceso de peso ya que minimiza el impulso de picar entre horas.

* Tomar mucho azúcar causa diabetes. La diabetes se produce por una falta de insulina en el cuerpo, ya sea por un trastorno de origen genético (tipo 1) o por un problema adquirido (tipo 2). Este mito tiene su origen en que los alimentos ricos en glucosa suelen tener también muchas calorías, por lo que abusar de estos productos suele conducir a un aumento de peso. Y el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2.

* Seguir una 'dieta milagro' de vez en cuando no es malo para la salud. Además de que, generalmente, tras seguir una de estos regímenes suele recuperarse el peso perdido de una forma igualmente 'milagrosa', muchos de ellos están diseñados por personas no expertas en nutrición, por lo que pueden resultar incluso perjudiciales para la persona que los sigue. Lo ideal si se quiere perder peso es ponerse en contacto con un nutricionista o un médico de atención primaria que puede proporcionar pautas para adelgazar de forma progresiva, alimentándose de manera equilibrada y sin poner en ningún momento en riesgo la salud del paciente.

Esta campaña es una de las múltiples iniciativas que la Asociación de dietistas americanos ha puesto en marcha durante el mes de marzo, la fecha elegida por esta sociedad para promocionar una nutrición adecuada. "Queremos llamar la atención de la gente sobre la importancia que tiene elegir una alimentación adecuada y fijar buenos hábitos alimenticios y de actividad física", remarcan.

Complicaciones de la diabetes pueden aumentar el riesgo de caída

17 mar 2008 (diariosigloxxi.com)

(Reuters Health) - Los diabéticos mayores con complicaciones y los usuarios de insulina con control estricto del azúcar en sangre correrían más riesgo de caerse,

según indicaron los resultados de un nuevo estudio.

Los investigadores hallaron que entre 446 adultos diabéticos de entre 70 y 80 años, los que sufrían complicaciones de la diabetes, tales como daño nervioso en los pies y las piernas, problemas de visión e insuficiencia renal, presentaban un aumento del riesgo de sufrir una caída en un período de cinco años.

Lo mismo ocurría con los que tenían el azúcar en sangre bajo un estricto control con tratamiento insulínico, informaron los investigadores en la revista Diabetes Care.

En general, se recomienda que los diabéticos mayores tengan niveles de A1C -una medida del control de la glucemia a largo plazo- inferiores al 7 por ciento.

En este estudio, los usuarios de insulina cuya A1C era del 6 por ciento o menor tenían una probabilidad más de cuatro veces mayor de sufrir una caída que los que tenían niveles del 8 por ciento o superiores.

Sin embargo, el riesgo de caída no aumentaba en pacientes con niveles bajos de A1C que no usaban insulina.

Es probable que el aumento del riesgo se deba a episodios de hipoglucemia (estado en el que el azúcar en sangre baja demasiado), explicó la investigadora principal, la doctora Ann V. Schwartz, de la University of California en San Francisco.

Los hallazgos, dijo la autora a Reuters Health, ilustran el "compromiso" al que se enfrentan pacientes y médicos a la hora de decidir cuán estrictamente controlar el azúcar en sangre.

Un buen control de la glucemia disminuye el riesgo de complicaciones, lo que también puede reducir el riesgo de caída, dijo Schwartz. Pero el logro de niveles de A1C muy bajos con insulina puede contribuir a caídas en algunos casos.

La buena noticia, revelaron los investigadores, era que el control estricto de la glucemia con medicamentos orales no aumentaba el riesgo de caídas.

En general, observó Schwartz, las personas en tratamiento con medicamentos antidiabéticos orales no tienen tantos episodios hipoglucémicos como los que están en tratamiento con insulina.

Los hallazgos parecen indicar que lograr incluso niveles de A1C muy bajos con agentes orales es seguro en lo que se refiere al riesgo de padecer caídas.

Investigadores de la USC estudian el riesgo cardiovascular y de diabetes en mujeres postmenopáusicas

17 mar 2008 (diariosigloxxi.com)

Investigadores de la Unidad de Enfermedades Tiroideas y Metabólicas del Departamento de Medicina de la Universidad de Santiago (USC) estudian el riesgo cardiovascular y de diabetes en mujeres postmenopáusicas.

El equipo parte de la hipótesis de que tienen más posibilidades las que acumulan una mayor cantidad de grasa abdominal. La causa, según apuntaron, radica en una alteración condicionada genéticamente que desencadenaría el déficit de estrógenos y sería diferente en las distintas regiones corporales.

La investigación pretende definir estrategias que permitan caracterizar en detalle los diferentes subgrupos que constituyen la población afectada.

El trabajo, coordinado por el profesor David Araújo-Vilar, fue galardonado con el III Premio en Salud de la Mujer, categoría sanitaria que concede la Fundación Pfizer, y que está dotado de 6.000 euros. El docente donó esta cantidad económica a la Sociedad Española de Lipodistrofias.

Según explicó, el establecimiento de dos subgrupos de mujeres permitirá hacer una caracterización fenotípica "más fina" mediante la identificación de marcadores antropométricos y bioquímicos. También facilitará líneas de prevención de diabetes mellitus tipo 2 y de las dolencias cardiovasculares aterosclerosas más agresivas.

Además, identificados estos agrupamientos, se planearán estudios de intervención terapéutica "más eficaces" y se identificarán "posibles dianas terapéuticas".

Otro de los objetivos de los científicos radica en presentar a la Consellería de Sanidade un plan de prevención de la diabetes mellitus y de las enfermedades cardiovasculares aterosclerosas dirigido especialmente a las mujeres postmenopáusicas de alto riesgo.

Prevención de diabetes tipo 2 por lactancia materna

15 mar 2008 (noticias.espanol.yahoo.com)

(Reuters Health) - Los bebés que reciben lactancia materna tendrían menos probabilidades de desarrollar diabetes tipo 2 cuando alcanzan la adolescencia, según hallazgos publicados en la revista médica Diabetes Care.

"Los espectaculares aumentos de la obesidad infantil y el surgimiento de diabetes tipo 2 en la juventud motivan la investigación para identificar abordajes de estilo de vida de prevención primaria de ambas enfermedades", escribió el equipo de la doctora Elizabeth J. Mayer-Davis.

Para investigar los factores relacionados con la aparición de diabetes tipo 2 en individuos de edades comprendidas entre los 10 y los 21 años, los investigadores utilizaron un subconjunto de los datos de un estudio mayor.

El análisis incluyó a 80 sujetos con diabetes tipo 2 que se compararon con 167 "controles" sin diabetes.

La tasa de lactancia materna era menor en los sujetos con diabetes tipo 2 comparado con los sujetos del grupo de control, con un 20 frente a un 27 por ciento en los afroamericanos; un 50 frente a un 84 por ciento en los hispanos y un 39 frente a un

78 por ciento en los blancos no hispanos, respectivamente.

Independientemente del grupo étnico, análisis adicionales indicaron que el efecto protector de la lactancia materna contra la diabetes tipo 2 era atribuible en gran parte a su efecto de moderador del peso infantil en el momento.

Sin embargo, la lactancia materna en sí misma tenía un efecto protector, según encontraron Mayer-Davis y colegas, de la Universidad de Carolina del Sur.

"Dadas las otras razones bien establecidas para la lactancia materna, esfuerzos renovados para fomentarla en poblaciones con alto riesgo de diabetes tipo 2 pueden ser útiles", concluyeron los investigadores.