



Dr. Diego Concha

Médico especialista en Endocrinología, Diabetes y Nutrición, formado en el Hospital Clinic de Barcelona. Fundador de MEVA Salut y Revierte+ Salut en Chile. Trabaja desde 2020 con un enfoque de medicina de precisión —basado en ciencia y estilo de vida— para ayudar a personas con diabetes tipo 2 y prediabetes a lograr la remisión de la enfermedad.

Remisión de la Diabetes Tipo 2: la oportunidad que el sistema no está brindando

Introducción

Desde la formación médica de pregrado nos inculcan el dogma de que la DT2 es una enfermedad crónica, progresiva e irreversible, que en la mayoría de los casos culminará en insulinoaterapia. Esta premisa, útil para contextualizar el pronóstico sin intervención, omite una realidad que la evidencia contemporánea respalda con solidez: cuando la enfermedad se diagnostica en etapas tempranas y se trata con un enfoque dirigido a reducir la carga pancreática y recuperar la sensibilidad insulínica, la remisión es alcanzable.

Chile lidera el ranking de obesidad en América Latina; el 15% de los adultos vive con DT2 y el 50% de quienes tienen prediabetes desarrollará la enfermedad en los próximos cinco años. Se estima que alrededor del 10% del gasto sanitario global se destina al manejo de la diabetes y sus complicaciones. Mantener un abordaje exclusivamente farmacológico constituye, en este contexto, una oportunidad perdida y una carga evitable.

Definición de remisión: un consenso que cumple más de 5 años

El consenso "*Definition and Interpretation of Remission in Type 2 Diabetes*", publicado en *Diabetes Care* (2021), estableció definiciones operativas que siguen sin integrarse sistemáticamente en la práctica clínica:

- Remisión parcial: HbA1c o GMI < 6,5% mantenida al menos 3 meses tras la suspensión de fármacos hipoglicemiantes.
- Remisión completa: HbA1c o GMI < 5,7% mantenida al menos 3 meses tras la suspensión de fármacos hipoglicemiantes.

Que este consenso tenga más de cinco años y no haya permeado la consulta habitual evidencia la profunda resistencia del sistema sanitario a incorporar un enfoque distinto al farmacológico.

La fisiopatología que la práctica clínica ignora

En las etapas iniciales de la DT2, la producción pancreática de insulina está dos a tres veces por sobre lo normal. El problema no es un páncreas incapaz de producir insulina, sino una resistencia periférica tan elevada que la hipersecreción compensatoria resulta insuficiente.

Tratar la hiperglicemia resultante con más insulina exógena, sin revertir la resistencia, equivale a intentar apagar un incendio con combustible.

El enfoque farmacocéntrico actual, que incluye con frecuencia cinco o más medicamentos simultáneos (antihipertensivos,

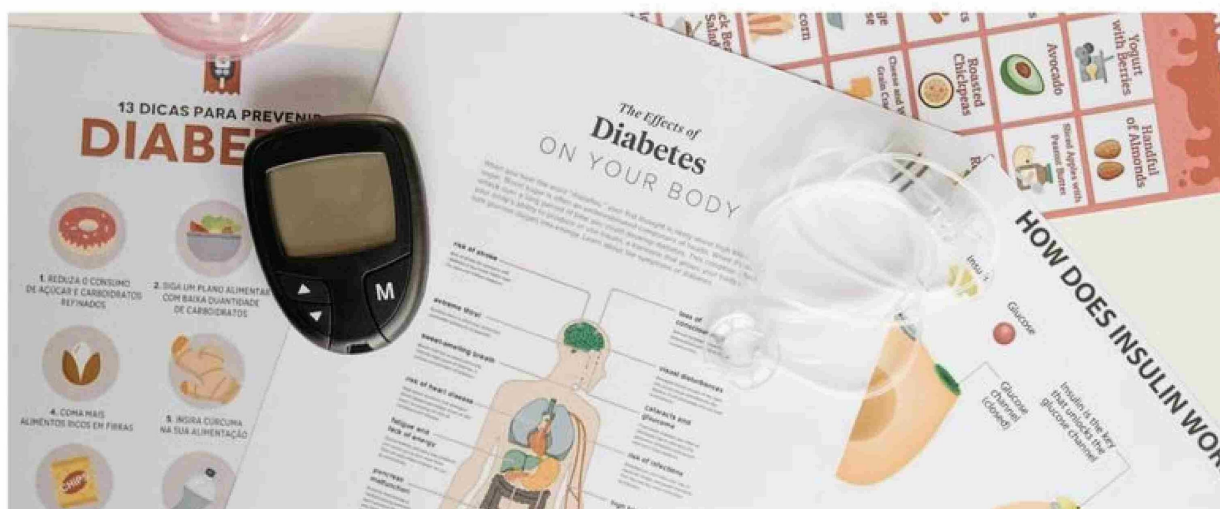
hipolipemiantes, uricosúricos, analgésicos para neuropatía e hipoglicemiantes), aborda los síntomas de la resistencia insulínica severa, pero no su causa. Las guías clínicas, influenciadas en parte por décadas de desarrollo farmacológico y el peso económico de una industria multibillonaria, han perpetuado este paradigma.

Perspectiva histórica del paradigma farmacocéntrico

El descubrimiento de la insulina por Frederick Banting en 1921 marcó un quiebre histórico. Antes de esa fecha, el manejo de la diabetes se basaba en la restricción de carbohidratos y el ayuno terapéutico. La disponibilidad de insulina liberó a pacientes y médicos del manejo dietético, sentando las bases del modelo farmacológico dominante.

Durante décadas, la Diabetes Tipo 1 y la Tipo 2 fueron tratadas de forma idéntica. Fue recién a finales de los noventa cuando se reconoció formalmente que ambas condiciones tienen fisiopatologías distintas y, por tanto, requieren estrategias terapéuticas diferenciadas.

Lamentablemente, el desarrollo de fármacos cada vez más potentes para el control de la glucosa, como los inhibidores de SGLT-2 y los agonistas del receptor de GLP-1/GIP/Glucagon, ha reforzado que el eje del tratamiento continúe siendo farmacológico antes que conductual.



"El problema no es un páncreas incapaz de producir insulina, sino una resistencia periférica tan elevada que la hipersecreción compensatoria resulta insuficiente".

La brecha entre evidencia y práctica clínica

Múltiples publicaciones¹, incluyendo el ensayo DiRECT (Lean et al., *The Lancet*, 2018), han demostrado la eficacia de intervenciones de estilo de vida para lograr remisión sostenida. Sin embargo, en la consulta habitual persisten las siguientes brechas:

- El tiempo de consulta es insuficiente para impartir educación terapéutica efectiva.
- Las pautas nutricionales continúan incluyendo carbohidratos en cada tiempo de comida, con alta frecuencia de ingestas, incrementando la demanda pancreática.
- El ejercicio de fuerza para recuperar masa muscular —clave en la sensibilización insulínica— raramente se prescribe de forma sistematizada.
- No existe derivación sistemática a equipos interdisciplinarios especializados en reversión metabólica.

Un enfoque alternativo: restauración metabólico-hormonal

El modelo de restauración metabólico-hormonal propone abordar la causa de la DT2 recuperando la sensibilidad insulínica mediante tres pilares con respaldo en la literatura:

- **Reducción terapéutica de carbohidratos:** disminuye la demanda pancreática y reduce la hiperinsulinemia crónica.
- **Entrenamiento de fuerza:** incrementa la masa muscular, el principal tejido consumidor de

glucosa, mejorando la sensibilidad insulínica de forma sostenida.

- **Transformación del estilo de vida:** integra herramientas educativas que fomentan la autonomía del paciente y la adherencia a largo plazo.

Este es el enfoque implementado en **Revier+ Salud** revier+temas.com, una estrategia terapéutica dirigida a personas con DT2 y prediabetes que buscan un control óptimo o incluso la remisión (cuando hay suficiente reserva pancreática) de su enfermedad de forma sostenible, sin dependencia de medicamentos ni insulina.

Conclusión

La remisión de la DT2 no es un fenómeno excepcional: es una meta alcanzable cuando se actúa de manera oportuna y con el enfoque correcto.

La evidencia existe, el consenso internacional la respalda y la tecnología disponible —incluyendo los monitores continuos de glucosa— permite un seguimiento preciso del proceso.

Lo que falta es voluntad de actualización profesional y la disposición del sistema sanitario público y privado a incorporar modelos terapéuticos centrados en la causa, no solo en el síntoma.

Los pacientes con DT2 merecen saber que su salud está, en una proporción significativa, en sus propias manos. **El primer paso es que sus médicos también lo sepan.**

[Ver bibliografía aquí](#)