

## Cómo evaluar el riesgo cardiovascular en una persona con diabetes mellitus tipo 2

Clara Viñals Domenech<sup>1</sup>, Emilio Ortega Martínez de Victoria<sup>1-3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínic. Barcelona.

<sup>2</sup> Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS).

Barcelona. <sup>3</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de la Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN). Madrid

- **Edad en el momento del diagnóstico:** abordaje intensivo de los factores de riesgo en personas con diabetes mellitus (DM) tipo 2 <50 años.
- **Riesgo lipídico residual y dislipemia aterogénica:** a mayor riesgo basal, mayor beneficio de descenso de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL).
- **Control metabólico:** riesgo en J tanto en la hipoglucemia de repetición o grave como en la hiperglucemia crónica.
- La presencia de **complicaciones crónicas** confiere más riesgo que factores cardiovasculares no controlados, sobre todo la enfermedad renal en la DM.
- **Un tiempo de evolución** superior a 8-10 años podría considerarse un equivalente en riesgo a haber padecido un infarto agudo de miocardio.

## Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica

Factores de riesgo mayores	Factores de riesgo adicionales	Factores de riesgo no tradicionales
Edad	Obesidad, obesidad abdominal	Aumento de lipoproteína(a)
Colesterol total alto	Historia familiar de dislipemia	Aumento de factores de coagulación
Colesterol no HDL alto	Aumento de partículas de c-LDL pequeñas y densas	Aumento de marcadores de inflamación
c-LDL alto	Aumento de ApoB	Aumento de niveles de homocisteína
Diabetes mellitus	Hipertrigliceridemia	ApoE4
Hipertensión arterial	Síndrome del ovario poliquístico	Aumento de ácido úrico
Enfermedad renal crónica	Tríada dislipémica: hipertrigliceridemia, c-HDL bajo, exceso de partículas de c-LDL pequeñas y densas	Aumento de partículas remanentes ricas en triglicéridos
Tabaquismo		
Historia familiar de ECVA		

## Objetivos de tratamiento para la prevención de la enfermedad cardiovascular

<b>Tabaco</b>	No fumar		
<b>Dieta</b>	Dieta saludable baja en grasas saturadas con consumo de productos integrales, vegetales, fruta y pescado. Disminución de las calorías ingeridas en las personas con DM2 o sobrepeso u obesidad. Restricción de alcohol		
<b>Actividad física</b>	3,5-7 h de actividad física moderadamente vigorosa a la semana o 30-60 minutos la mayoría de los días. Combinar actividad física aeróbica y anaeróbica		
<b>Presión arterial</b>	<140/90 mmHg. <130/80 mmHg si hay un RCV mayor. Pero no <120/70 mmHg. Se recomienda tratamiento con IECA o ARA II sobre todo si hay microalbuminuria, albuminuria, proteinuria o hipertrofia del ventrículo izquierdo		
<b>c-LDL Colesterol no HDL ApoB  (guías de la ESC/EAS/EASD)</b>	<b>Riesgo muy alto</b>	Prevención secundaria: ECVA documentada clínica o en imagen. Síndrome coronario agudo (IAM o angina inestable), angina estable, revascularización coronaria, ictus, AIT, enfermedad arterial periférica ECVA documentada por imagen: placas significativas en coronariografía o TC coronarias, ecografía carotídea <b>DM con afectación de órgano diana (microalbuminuria, retinopatía o neuropatía), o ≥3 FR, o DM1 de &gt;20 años de evolución</b> IRC con TFGe <30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> SCORE ≥10 % a los 10 años de ECV mortal HF con ECVA u otro FR	Disminución ≥50 % del c-LDL basal y c-LDL <55 mg/dl Colesterol no HDL <85 mg/dl ApoB <65 mg/dl Si no está con estatinas, es probable que se requieran estatinas de potencia alta Si ya está con estatinas, deberá aumentarse la intensidad del tratamiento (incrementando a estatinas de potencia alta, añadiendo ezetimiba o iPCSK9)
	<b>Riesgo alto</b>	FR único muy elevado: colesterol total >310 mg/dl, c-LDL >190 mg/dl, presión arterial ≥180/110 mmHg HF sin otro FR <b>DM sin lesión de órgano diana, DM ≥10 años de evolución sin otro FR</b> IRC moderada (TFGe = 30-59 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) SCORE ≥5 %-<10 % a los 10 años para ECV mortal	Disminución ≥50 % del c-LDL basal y c-LDL <70 mg/dl Colesterol no HDL <100 mg/dl ApoB <80 mg/dl
	<b>Riesgo moderado</b>	<b>DM1 &lt;35 años, DM2 &lt;50 años con &lt;10 años de evolución sin otro FR</b> SCORE ≥1 %-<5 % a los 10 años para ECV mortal	c-LDL <100 mg/dl, colesterol no HDL <130 mg/dl, ApoB <100 mg/dl
<b>Triglicéridos</b>	No hay objetivo, pero <150 mg/dl indica menor riesgo y niveles más elevados marcan la necesidad de buscar otros FR		
<b>DM</b>	Hemoglobina glucosilada <7 % en general. Individualizar según la duración de la DM, comorbilidades y edad. Evitar las hipoglucemias		

## ¿Qué se hace para la prevención cardiovascular?

- **Remisión de la DM:** la pérdida  $\geq 5$  % de su peso en el primer año tras el diagnóstico de DM2 supone una disminución del 48 % de enfermedad cardiovascular a los 10 años.
- **Estrategia multifactorial** para un control intensivo de glucemia, presión arterial, albuminuria, no fumar y control del c-LDL, ya que disminuye el riesgo cardiovascular de manera global.
- Valor añadido de los **fármacos** hipoglucemiantes que han demostrado disminución del compuesto de eventos cardiovasculares mayores, como los agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1 y los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2.