

La diabetes que interesa al cardiólogo

Sara Artola Menéndez¹, Enrique Galve Basilio²

¹Coordinadora de la redGDPS. Centro de Salud Hereza. Leganés (Madrid)

²Servicio de Cardiología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

No debe extrañar que la diabetes mellitus (DM), y especialmente la DM tipo 2 (DM2), haya sido definida y considerada los últimos años como una enfermedad eminentemente cardiovascular (CV) en cuanto a su impacto^{1,2}. La mayor parte de las muertes y complicaciones graves del paciente con DM2 se relacionan con enfermedad cardíaca³. Es bien conocido que los individuos con DM2 presentan un riesgo al menos entre dos y cuatro veces superior de padecer complicaciones CV en comparación con los individuos no diabéticos de similar edad^{1,2}, y este impacto es aún más marcado en mujeres. Incluso desde los primeros estadios de la enfermedad arteriosclerótica o en los sujetos con alto riesgo de padecerla, y en especial en la cardiopatía hipertensiva, se puede detectar un estado de resistencia insulínica.

La hipertensión arterial es común compañera de la DM, y su frecuente combinación aumenta el riesgo CV cuatro veces⁴. La resistencia insulínica, nexos patogénicos comunes de la DM y la obesidad, se considera en general un importante determinante del índice de masa ventricular izquierda, y ello es conocido hace décadas^{5,6}. Desde un punto de vista clínico, el «corazón del diabético» se va a manifestar por una gran predisposición a presentar insuficiencia coronaria aguda (angor, infarto agudo de miocardio y muerte súbita) e insuficiencia cardíaca.

Si bien es cierto que los pacientes diabéticos presentan una mayor prevalencia de factores de riesgo tradicionales de enfermedad coronaria (como hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, etc.), parece comprobado que hay un exceso de riesgo de mortalidad directamente asociado al factor DM. De hecho, el diagnóstico de DM constituye en sí mismo un factor de riesgo independiente e importante de aparición de cardiopatía coronaria y de diversas complicaciones, en especial tras haber padecido ya un evento coronario. Un subanálisis reciente del estudio COURAGE (Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation)⁷ demostró que la DM era un factor independiente de mortalidad o infarto de miocardio

sucesivo, al margen de la estrategia elegida, más o menos intervencionista, en los grupos de pacientes estudiados. La DM no solo es un factor predictor de mal pronóstico tras sufrir un evento, sino que también se ha objetivado peor pronóstico tras la implantación de *stent* coronario.

Todo ello (y muchos otros factores) ha propiciado que la DM se considere de alta implicación cardiológica en todos sus aspectos clínicos, y especialmente en sus vertientes de diagnóstico y estrategia terapéutica, tal y como ha quedado reflejado en las nuevas guías conjuntas de la European Society of Cardiology y la European Association for the Study of Diabetes⁸.

Además, la DM está presente en más del 30 % de los pacientes revascularizados, ya sea de forma percutánea como quirúrgicamente, y los resultados de ambas técnicas no son los mismos (la cirugía es superior en la enfermedad multivascular⁹, lo que indica que el cardiólogo es uno de los profesionales de la medicina más involucrado y cercano a la práctica clínica y terapéutica de los pacientes con DM, y en su toma de decisiones la DM tiene un altísimo peso específico.

Existe claramente un amplio margen de mejora en la prevención CV de los pacientes con DM. Se ha objetivado un descenso en la mortalidad cardíaca en Estados Unidos en los varones (36 %), pero dicho descenso fue mucho menor en pacientes con DM (13 %). En las mujeres los datos son aún de mayor impacto, y la mortalidad incluso se ha incrementado en un 23 % en los últimos años³.

Parece evidente que al cardiólogo, como a otros profesionales de la medicina, le debe interesar conseguir implementar todas las intervenciones que conllevan importantes beneficios en cuanto a prevención de complicaciones en el paciente con DM. Ello afecta indudablemente al control de lípidos, presión arterial y, desde luego, al control de la glucemia, entre otros factores, tales como obesidad, sedentarismo, factores inflamatorios, tabaquismo, etc.

Si bien es cierto que el control estricto de la glucemia no previene a corto plazo de forma rotunda la afectación macrovascular más propia de la coronariopatía, las evidencias de beneficio multiorgánico, y en especial de beneficio cardiológico a medio y largo plazo, hacen que la implicación del cardiólogo en el óptimo manejo del paciente con DM sea inexcusable. Conviene, si acaso, recordar que la metformina en monoterapia redujo la incidencia de infarto de miocardio en pacientes con DM y obesidad y que el beneficio se comprobó cuando la metformina se asoció a otros antidiabéticos, y también existe beneficio del control glucémico a largo plazo en el reconocido contexto de la «memoria metabólica».

Nadie pone en duda que nos encontramos en una etapa en la que el incremento de la prevalencia de la DM2, así como de la obesidad, adquiere unas proporciones de auténtica epidemia en los países desarrollados y también en los que se encuentran en vías de desarrollo. El informe anual de la American Heart Association destaca que la prevalencia de la DM ha aumentado un 61 % en EE. UU. en las dos últimas décadas. En nuestro país nos encontramos

en una situación de alta prevalencia de DM¹⁰. El interés del cardiólogo por la DM ha sido hasta fechas recientes muy marginal, pero ello necesariamente ha de cambiar, pues no solo es lógico y racional, sino que además se hace totalmente necesario en épocas en que hay que sumar esfuerzos para mejorar el pronóstico de este importante grupo de pacientes.

En la presente monografía se analizan y se discuten algunos aspectos cruciales en la aproximación al manejo de la hiperglucemia en el paciente diabético, tanto en la intervención global en estimación y prevención del riesgo CV como en el tratamiento del paciente con DM y cardiopatía establecida.

Podemos concluir, sin duda, que en los últimos años se ha puesto en evidencia de forma rotunda que el cardiólogo debe tener especial atención e interés en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la afección CV del paciente diabético, y, en coordinación con otros profesionales, poner en práctica todas las evidencias disponibles que pueden mejorar el pronóstico CV de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grundy SM, Benjamin IJ, Burke GL, Chait A, Eckel RH, Howard BV, et al. Diabetes and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 1999;100(10):1134-46.
2. Cordero A, Bertomeu-Martínez V, Mazon P, Fácila L, Cosin J, Galve E, et al. Trends in hypertension prevalence, control and guidelines implementation in Spain through last decade. *J Am Coll Cardiol* 2011;57(Suppl 1):E591.
3. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2011;123:e18-209.
4. Mogensen CE. New treatment guidelines for a patient with diabetes and hypertension. *J Hypertens Suppl* 2003;21:S25-30.
5. Modan M, Halkin H, Almog S, Lusky A, Eshkol A, Shefi M, et al. Hyperinsulinemia: a link between hypertension obesity and glucose intolerance. *J Clin Invest* 1985;75:809-17.
6. Pyörälä M, Miettinen H, Halonen P, Laakso M, Pyörälä K. Insulin resistance syndrome predicts the risk of coronary heart disease and stroke in healthy middle-aged men: the 22-year follow-up results of the Helsinki Policemen Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2000;20:538-44.
7. Maron DJ, Boden WE, Spertus JA, Hartigan PM, Mancini GB, Sedlis SP, et al. Impact of metabolic syndrome and diabetes on prognosis and outcomes with early percutaneous coronary intervention in the COURAGE (Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation) trial. *J Am Coll Cardiol* 2011;58:131-7.
8. Rydén L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Consentino F, Danchin N, et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: *Eur Heart J* 2013. [Epub ahead of print].
9. Magnuson EA, Farkouh ME, Fuster V, Wang K, Vilain K, Li H, et al. Cost-effectiveness of percutaneous coronary intervention with drug eluting stents versus bypass surgery for patients with diabetes mellitus and multivessel coronary artery disease: Results from the FREEDOM Trial. *Circulation* 2013;127:820-31.
10. Sorriquer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia* 2012;55:88-93.