



EDITORIAL

Recomendaciones de la Sociedad Española de Diabetes

Recommendations of the Spanish Diabetes Society

Jesús Millán Núñez-Cortés*, Vicente Lahera Juliá y Manuel Vázquez Carrera

Equipo Editorial Clínica e Investigación en Arteriosclerosis, España

En el presente número de Clínica e Investigación en Arteriosclerosis se publica el documento «Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular. Recomendaciones del grupo de trabajo Diabetes Mellitus y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes 2009». Independientemente del valor que añade a nuestra revista el hecho de un documento de consenso en el que han participado numerosos profesionales expertos en el tema, integrantes de dicho grupo de trabajo y con profundas raíces en distintas sociedades científicas, entre las que se encuentra la Sociedad Española de Arteriosclerosis, la publicación del documento en nuestro órgano de expresión quiere ser un paso más en la cruzada que el mundo científico lleva a cabo para mejorar la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

Señala el documento que la diabetes ha de ser considerada como un factor mayor e independiente de riesgo cardiovascular. Y este hecho condiciona todo el interés por abordar el problema de la manera más radical que se pueda, si es que pretendemos disminuir el riesgo cardiovascular de nuestra población. El interés por los factores de riesgo aislados de los últimos 50 años ha dado paso al interés por la agrupación de los factores de riesgo de los últimos lustros. La diabetes, en sí misma, ha llegado a configurarse como uno de los factores de riesgo que deben ser considerados como fundamentales, junto a la hipercolesterolemia, a la hipertensión arterial y al tabaquismo, pero al mismo tiempo es un ejemplo paradigmático de lo que es y significa una constelación de factores de riesgo asociados.

Más de las dos terceras partes de los pacientes diabéticos fallecen por accidentes cardiovasculares. Y, a pesar de los tratamientos considerados como estándar en el momento actual, incluso teniendo en consideración intervenciones intensivas, no hemos evitado la elevadísima incidencia de síndromes vasculares de distinta localización (coronarios, cerebrovasculares o arteriales periféricos). Aún más, las dos terceras partes de aquellos enfermos diabéticos que padecen un episodio de cardiopatía isquémica fallecen posteriormente de otro episodio, aun siendo tratados con las medidas habituales. La diabetes es, por tanto, un ejemplo de que no hemos logrado más que un avance, significativo pero insuficiente, en el control del riesgo inicial o del riesgo residual cuando intervenimos de acuerdo con los patrones señalados por las guías. De ahí el interés en resaltar la importancia de una intervención completa, intensiva y precoz, como se desprende a lo largo de todo el documento.

La diabetes mellitus tipo 2 es una situación de alto riesgo, o de muy alto riesgo, según se considere. En cualquier caso, por este motivo hay dos hechos que condicionan el abordaje terapéutico de esta situación. El primero de ellos es la necesidad de que nuestra intervención sea multifactorial. Es preciso resaltar la necesidad de plantearse objetivos estrictos en el control del metabolismo hidrocarbonado, de la presión arterial y de la dislipemia; y, en este último caso, no solo con el cLDL como objetivo primario, sino incluyendo el cHDL y los triglicéridos como objetivos secundarios irrenunciables, sobre todo en aquellos pacientes con dislipemia aterogénica, tan frecuente en la diabetes mellitus tipo 2. La segunda particularidad es que nuestra intervención habrá de ser prematura. Cada vez más debemos detectar aquellos pacientes que, por su perfil y sus características, son susceptibles de desarrollar una

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesus.millan.nunezcortes@madrid.org
(J. Millán Núñez-Cortés).

diabetes mellitus, tratar sus factores de riesgo y hacerlo de forma rigurosa.

Especialmente importante resulta la existencia del síndrome metabólico en el diabético. El síndrome metabólico, que puede ser detectado con facilidad mediante marcadores clínicos utilizados como criterios diagnósticos, es una situación frecuentemente previa al desarrollo de la diabetes. Por otra parte, el desarrollo del síndrome metabólico en un paciente con diabetes le confiere un incremento adicional de riesgo. El documento, que es muy sensible a esto, individualiza los objetivos terapéuticos según esté presente el síndrome metabólico de forma aislada o se trate de una diabetes mellitus diagnosticada.

Nos encontramos con un documento en el que, de forma concisa pero extremadamente clara, se exponen las bases fisiopatológicas del riesgo cardiovascular asociado a la diabetes mellitus tipo 2. Y, junto a ello, el planteamiento terapéutico en el que destacan los aspectos que resultarán más útiles al lector: los objetivos terapéuticos y el abordaje farmacológico.

Es preciso destacar que, en un problema tan complejo como la diabetes, los objetivos terapéuticos por alcanzar son numerosos y, desde luego, relacionados con el metabolismo hidrocarbonado, el metabolismo lipídico y la presión arterial. Se incluyen, en este sentido, algunos índices aterogénicos como objetivos terapéuticos de fácil manejo, sobre todo en el ámbito de la atención primaria. En lo relativo a los objetivos en hemoglobina glucosilada, el documento rompe una lanza a favor de un control estricto ($<6,5\%$ en hemoglobina glucosilada), a pesar de que las evidencias científicas a este respecto todavía son solo sugerencias pero no categóricas. En cualquier caso, se especifica que ciertas circunstancias (hipoglucemias,

comorbilidad, esperanza de vida limitada, etc.) pueden condicionar este objetivo.

Finalmente, se debe resaltar que el documento señala de manera apropiada la importancia que tiene el control de cada uno de los factores de riesgo en el diabético para la disminución de los accidentes que son consecuencia de la macroangiopatía y de las complicaciones derivadas de la microangiopatía. Esto ya tiene relevancia, pero va a tener en el futuro mucha más. Detrás de la morbimortalidad cardiovascular del diabético se encuentran las lesiones macroangiopáticas y los accidentes cardiovasculares mortales, pero también la morbilidad y la disminución de la calidad de vida derivada de la microangiopatía. Y buena prueba de ello es la ceguera por retinopatía, la insuficiencia renal por nefropatía o la amputación no traumática de las extremidades inferiores por neuropatía diabética. La importancia del control de los factores de riesgo (control metabólico, control de la dislipemia y control de la presión arterial) y el impacto que ello tiene en las complicaciones macrovasculares y microvasculares son determinantes. Cada vez conocemos más datos de que el control de todos y cada uno de estos factores de riesgo no solo logrará evitar muchos accidentes cardiovasculares, sino que puede conducir a ganar calidad de vida en el paciente diabético.

En consecuencia, por todo lo que aporta el documento, Clínica e Investigación en Arteriosclerosis se complace en ofrecer su publicación, con la esperanza de que sea considerado como un documento de referencia en la lucha frente a las enfermedades cardiovasculares y en la prevención de estas, toda vez que la diabetes mellitus y la arteriosclerosis acelerada que la caracteriza deban ser consideradas como una prioridad.