



CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN ARTERIOSCLEROSIS

www.elsevier.es/arterio



EDITORIAL

La diabetes: el reto del reto en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular

Diabetes: The challenge of challenges in the secondary prevention of cardiovascular disease

Juan Pedro-Botet

Hospital del Mar, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

La actual epidemia de obesidad y de diabetes mellitus constituye un importante reto para nuestro sistema nacional de salud, en general, y nuestra práctica clínica diaria, en particular. Los grandes estudios epidemiológicos de los años 1950 a 1960 nos han enseñado que el tabaquismo, la hipercolesterolemia, los valores aumentados del colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y la hipertensión arterial son los principales factores de riesgo cardiovascular. Con la introducción de potentes fármacos hipocolesterolizantes, como las estatinas, de los fármacos antihipertensivos y de los programas de deshabituación tabáquica, se han efectuado y conseguido progresos notables en la lucha contra la enfermedad cardiovascular. A pesar de que ésta continúa siendo la primera causa de mortalidad en España y en el mundo occidental, se ha constatado en las últimas 3 décadas un descenso en las tasas de mortalidad ajustadas por edad¹. Los esfuerzos en prevención han sido notables, de modo que la causa principal en la reducción de la mortalidad ajustada para la enfermedad cardíaca coronaria ha sido un descenso de la incidencia, fruto de un mejor control de los factores de riesgo cardiovascular en el ámbito poblacional^{2,3}.

Desafortunadamente, en la actualidad nos encontramos en una situación en la que dichos progresos pueden verse eventualmente neutralizados por las consecuencias de la epidemia que ha alcanzado la obesidad, con una elevada prevalencia del fenotipo obeso de alto riesgo representado por la obesidad víscero-abdominal. En España, el grupo CON-

VERGE de trabajo multidisciplinario para el control de riesgo cardiometabólico en el paciente con obesidad abdominal, en el que participan 10 sociedades científicas, entre ellas la Sociedad Española de Arteriosclerosis, ha emitido un documento de consenso para sensibilizar y proporcionar orientaciones prácticas, basadas en la evidencia científica disponible⁴. La epidemia de obesidad se acompaña de un incremento notable de diabetes mellitus tipo 2 y de síndrome metabólico. Las estimaciones de crecimiento de la prevalencia de diabetes mellitus entre los años 2010 y 2030 en los diferentes continentes y países, supone un aumento del 72% en todo el mundo⁵. Este hecho tiene una gran trascendencia si tenemos en cuenta las frecuentes complicaciones microvasculares y macrovasculares de la enfermedad, complicaciones que tienen un efecto devastador en la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Así, por ejemplo, no debemos olvidar que la retinopatía diabética está presente en el 21% de los diabéticos en el momento del diagnóstico, que es la principal causa de ceguera en el mundo occidental entre los adultos de 20-74 años, y que la nefropatía diabética afecta al 18% de los individuos diagnosticados de diabetes mellitus, siendo la diabetes mellitus la principal causa de insuficiencia renal terminal. Por su parte, la neuropatía diabética se observa en el 12% de los pacientes en el momento del diagnóstico de la diabetes mellitus, en aproximadamente el 70% de todos los diabéticos y, por otra parte, constituye la primera causa de amputación no traumática de las extremidades inferiores. O que la diabetes mellitus se asocia con un incremento del riesgo de 2 a 4 veces la mortalidad cardiovascular. La enfermedad arteriosclerótica es la causa primordial de morbilidad y mortalidad en la diabetes mellitus; hasta un 80% de los

Correo electrónico: 86620@mas.imim.es

diabéticos fallecerán por esta razón (75%aterosclerosis coronaria; 25%enfermedad cerebrovascular o arterial periférica) y, en un porcentaje similar (75%), las complicaciones cardiovasculares suponen el motivo más común de hospitalización en la diabetes mellitus. De forma global, según el United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS)⁶, el 50%de los diabéticos presentaban complicaciones en el momento del diagnóstico.

Los datos comparativos de los 3 registros EUROASPIRE, efectuados en los últimos 12 años en 8 países europeos para recoger la prevalencia y el control de los principales factores de riesgo cardiovascular en individuos en situación de prevención secundaria, han puesto de relieve su deficiente control⁷. De forma sucinta, los principales hallazgos a destacar son la ausencia de mejoría en el control de la presión arterial, a pesar de un incremento en el uso de fármacos antihipertensivos; tampoco hay cambios significativos en la prevalencia de tabaquismo; se constata una mejoría en el control lipídico, con un incremento documentado en el uso de estatinas, y, por otra parte, se confirma la existencia de un incremento continuo de la diabetes mellitus tipo 2 y de la obesidad.

Son numerosos los estudios que demuestran, tanto en el ámbito de la atención primaria, como de la especializada, la falta de consecución de los objetivos terapéuticos de los principales factores de riesgo, y de forma muy especial en los individuos de riesgo cardiovascular alto y muy alto, que según las diferentes guías de práctica clínica representan la primera prioridad en la prevención cardiovascular⁸. El artículo de Brotons et al⁹, publicado en este número de CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN ARTERIOSCLEROSIS, va un paso más allá, al profundizar en los posibles determinantes del mal control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes coronarios atendidos en el ámbito de la atención primaria. Los 2 factores principales del mal control de la presión arterial fueron: a) estar afectado de enfermedad cardíaca coronaria distinta del infarto de miocardio, y b) la diabetes mellitus. Se identificaron como determinantes de mal control lipídico la presencia de dislipemia y no tener hipertensión. Si bien se efectuaron las modificaciones pertinentes en los objetivos de presión arterial para los pacientes con diabetes mellitus, se consideró como objetivo lipídico único en prevención secundaria una concentración de colesterol unido a LDL inferior a 100 mg/dl. Dado que la asociación diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatía isquémica en un mismo paciente confieren un riesgo cardiovascular muy elevado, habría que haber considerado un colesterol unido a LDL menor de 70 mg/dl como objetivo lipídico. En estas condiciones, es muy probable que la diabetes mellitus hubiera emergido también como factor determinante de mal control lipídico. El UKPDS⁶ demostró que el colesterol unido a LDL y la presión arterial sistólica son el primer y tercer factor predictivos, respectivamente, más decisivos del riesgo cardiovascular en los pacientes con diabetes mellitus. Sin embargo, en un interesante estudio que analizó las actitudes y las prácticas clínicas, el tratamiento antihipertensivo y el descenso de la colesteroemia figuraban en tercera y cuarta posición, respectivamente, tras el control metabólico de la diabetes mellitus y el tabaquismo, de entre las prioridades terapéuticas en el tratamiento del riesgo cardiovascular en el paciente diabético¹¹.

En definitiva, el estudio de Brotons et al⁹, así como otros realizados en nuestro medio, han puesto de manifiesto que hay un amplio margen para la mejora en el control de los principales factores de riesgo en prevención secundaria. Por otra parte, el mayor riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 exige un control más intensivo de los factores de riesgo. Uno de los retos más importantes de las guías de práctica clínica radica en que los profesionales de la salud las apliquen en el ejercicio diario de la medicina para mejorar la efectividad y la calidad de la asistencia sanitaria. En este sentido, debemos congratularnos porque, recientemente, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha hecho suya la adaptación del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular 2008 de la guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Este paso ha representado, sin duda alguna, la superación de una de las primeras barreras en la implementación de las recomendaciones de prevención cardiovascular.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Paim P. Preventing ischaemic heart diseases in developing countries. *Evid Based Cardiovasc Med*. 2006;10:85-8.
2. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980-2000. *N Engl J Med*. 2007;356:2388-98.
3. Villar F, Banegas JR, De Mata Donado J, Rodríguez-Artalejo R. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2007. Madrid: Visto Bueno Equipo Creativo SL; 2007.
4. Moreno B, Casanueva F. Identificación, diagnóstico y control del paciente con presencia de factores de riesgo cardiovascular y metabólico y con obesidad abdominal. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:429-37.
5. Shaw JE, Scree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010;87:4-14.
6. UK Prospective Diabetes Study Group VIII. Study design, progress and performance. *Diabetologia*. 1991;34:877-90.
7. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U; EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet*. 2009;373:929-40.
8. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *Clin Invest Arterioscl*. 2009;21:124-50.
9. Brotons C, Soriano N, Moral I, Beza M, Casanovas J, Gironès M, et al. Determinantes del mal control de los factores de riesgo en pacientes coronarios en la atención primaria. *Clin Invest Arterioscl*. 2010;22:1-6.
10. Turner RC, Millns H, Neil HA, Stratton IM, Manley SE, Matthews DR, et al. Risk factors for coronary artery disease in non-insulin dependent diabetes mellitus: United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS: 23). *BMJ*. 1998;316:823-8.
11. Merz CN, Buse JB, Tuncer D, Twillman GB. Physician attitudes and practices and patient awareness of the cardiovascular complications of diabetes. *J Am Coll Cardiol*. 2002;40:1877-81.