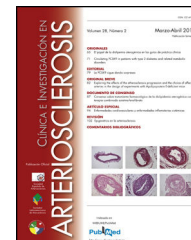




CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN ARTERIOSCLEROSIS

www.elsevier.es/arterio



EDITORIAL

Diabetes como paradigma del impacto de las enfermedades no transmisibles



Diabetes as a paradigm of the impact of noncommunicable diseases

José T Real

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Departamento de Medicina, Universitat de València, INCLIVA-CIBERDEM

Las enfermedades no transmisibles, en concreto las enfermedades crónicas con alta prevalencia, suponen un reto para los sistemas sanitarios de la Unión Europea. La diabetes es el paradigma de enfermedad crónica con una magnitud y consecuencias¹ que la convierte probablemente en el mayor reto para la sanidad española en este siglo.

En este sentido, el trabajo de Ruiz-García A et al.² pone de manifiesto la magnitud del problema. Atendiendo a su principal resultado, la diabetes tiene en el ámbito de la atención primaria una prevalencia bruta del 15,6% y ajustada por edad y género del 13%. Pero, es más, el estudio que abarca adultos mayores de 18 hasta 102 años, aporta datos más impactantes, ya que el 30% de las personas mayores de 70 años tienen diabetes. Esto supone que en el grupo de las personas que más frecuentan nuestro sistema de salud, los mayores de 70 años, aproximadamente una de cada tres personas tiene diabetes. Pero no nos relajemos, si pensamos que este trabajo es un estudio puntual en un ámbito concreto. En nuestro país, como los propios autores comentan, existen estudios previos de ámbito poblacional, que muestran datos de prevalencia similares. Por citar uno de ellos, en el estudio Di@betes.es³, donde además se buscó de forma activa la enfermedad con sobrecarga oral de glucosa, la prevalencia en población adulta era de aproximadamente el 14%. Por otro lado, si revisamos desde los primeros trabajos sobre prevalencia de la diabetes en nuestro país hasta los más recientes, los resultados indican un incremento de

la prevalencia pasando del 6-7% en los primeros trabajos hasta los actuales 12-15%. Esto es debido, por un lado, a la inversión de la pirámide poblacional donde cada vez hay más personas mayores de 65 años, donde la prevalencia de la diabetes se incrementa de forma notable y a la concienciación, por parte del personal sanitario y del sistema de salud, en buscar de forma activa la enfermedad.

Los autores del trabajo comentan que una limitación de su trabajo es no haber utilizado la sobrecarga oral de glucosa como prueba sistemática de diagnóstico de diabetes en la población estudiada. Lo que es una limitación pone aún más de manifiesto la magnitud del problema, ya que me pregunto, ¿qué hubiese pasado con la prevalencia bruta si se hubiese utilizado la sobrecarga de forma sistemática? Probablemente nos encontraríamos con cifras mayores. Ya adelanto que en los próximos años cuando tengamos suficientes datos de programas de despistaje sistemático de la enfermedad silente, utilizando registros electrónicos de los análisis bioquímicos, donde la glucemia de ayuno y la HbA1c sirvan como marcadores de despistaje, esta prevalencia probablemente ascienda hasta cinco puntos llegando al 20% de la población adulta.

Si miramos más detenidamente el estudio, figura 1, hay dos datos relevantes, que indican la estrecha relación entre edad y diabetes. La prevalencia se dispara a partir de los 40 años estabilizándose hasta los 69 años en el 14%. Esto supone que en población adulta “laboralmente activa” el problema de salud es inquietante. Clásicamente cuando pensamos en diabetes la relacionamos con personas mayores de 55 años, imagen que deberemos cambiar. El otro dato es que la

Correo electrónico: jtre@uv.es

<https://doi.org/10.1016/j.arteri.2019.12.001>

0214-9168/© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Arteriosclerosis.

prevalencia se duplica a partir de los 70 años de edad, llegando hasta un 30% de la población. Si en España la pirámide poblacional se está invirtiendo y el número de personas mayores de 70 años está creciendo, esto necesariamente impactará en los próximos años en un mayor crecimiento de la prevalencia de personas con diabetes.

Pero, ¿tienen estas cifras algún impacto más allá de su número? Si, pensemos que la diabetes es una enfermedad crónica que tiene consecuencias devastadoras por el desarrollo de complicaciones crónicas para el sistema de salud y para la persona que la padece si no se trata de forma adecuada¹. La diabetes es en la actualidad la principal causa de amputaciones no traumáticas, de ceguera, de insuficiencia renal terminal con necesidad de diálisis, de trasplante renal y una de las principales causas de enfermedad cardiovascular y de mortalidad cardiovascular. Además, la diabetes desde que se diagnostica requiere de un estrecho seguimiento por profesionales sanitarios, análisis bioquímicos para su control-seguimiento, pruebas complementarias y otros recursos sanitarios. Estas consecuencias suponen un enorme gasto personal y sanitario llevando a la diabetes a ser la enfermedad con mayor coste sanitario en EEUU y probablemente en Europa¹. Es cierto, que el manejo cada vez más adecuado de la hiperglucemia y el control de los factores clásicos de riesgo cardiovascular, ha hecho descender en la última década la incidencia de las complicaciones crónicas relacionadas con la hiperglucemia.

Este buen manejo de la hiperglucemia ha disminuido la incidencia y gravedad de las complicaciones crónicas clásicas y la mortalidad, pero ha aflorado otros problemas relacionados con la enfermedad⁴, que también pone de manifiesto el trabajo de Ruiz-García A et al². Como se muestra en la tabla 2 y 3 existe un número importante de comorbilidades asociadas con la enfermedad: la enfermedad cardiovascular, el hígado graso no alcohólico (esteatosis hepática), la insuficiencia cardíaca, la disfunción eréctil y la EPOC. No olvidemos otras más esperables como las clásicamente asociadas: síndrome metabólico, incluyendo la hipertensión arterial, dislipemia y obesidad abdominal, y la obesidad. Pero en este punto, tenemos que añadir, que otros estudios muestran asociaciones significativas frente a la población de igual edad y género no diabética, de una mayor presencia en personas con diabetes de depresión, deterioro cognitivo, caídas y fracturas de cadera y algunos tipos de cáncer.

Pero, por otro lado, el buen manejo de la hiperglucemia, hipertensión arterial y dislipemia supone un considerable gasto, que nos obliga a utilizar estrategias coste eficaces en la prescripción de fármacos. Es decir, responder a la pregunta, de ese 15% de personas con diabetes ¿quién se beneficia de la intensificación terapéutica? Las guías del manejo de la hiperglucemia nos recomiendan personalizar el individualizar el tratamiento hipoglucemiante, buscando si es posible cifras menores de 6,5-7% de hemoglobina glicosilada. Esto implica utilizar dos o más fármacos hipoglucemiantes, que además y si es posible hallan mostrado prevención cardiovascular. El 75% de los diabéticos como indica el trabajo de Ruiz-García A et al² tiene hipertensión arterial, lo que hace necesario que estas personas lleven al menos dos fármacos hipotensores con evidencias de protección renal. A todo esto, tenemos que sumar, como nos

indican las guías de prevención cardiovascular, que la diabetes es un equivalente cardiovascular, siendo la mayor parte de las personas con diabetes sujetos de alto o muy alto riesgo cardiovascular, lo que obliga a llegar a objetivos terapéuticos de cifras de LDLc < 50 mg/dl en muchos pacientes y al uso de al menos dos fármacos hipolipemiantes⁵. Además, el subgrupo de personas con diabetes y en especial en prevención secundaria cardiovascular serían los más beneficiados de un tratamiento intensivo hipolipemiante. En el trabajo de Ruiz-García et al.² el 95% de las personas con diabetes son clasificables como alto o muy alto riesgo cardiovascular.

Por tanto, de aquí en adelante cuando pensemos en diabetes, no sólo debemos pensar en hiperglucemia y las complicaciones crónicas relacionadas con ella, sino en otras múltiples comorbilidades. La prevalencia de estas comorbilidades se incrementa en personas mayores de 70 años, donde además la prevalencia de la diabetes se dispara, generando una espiral que complica el manejo de la enfermedad. Esto hace que la diabetes, las comorbilidades y la persona mayor con sus síndromes geriátricos añadidos y polifarmacia sea un reto y genere una enorme complejidad en su manejo farmacológico y no farmacológico.

El trabajo de Ruiz-García A et al.², claramente muestra una foto del problema en el entorno de la atención primaria de salud, pero que trasciende y repercute por las comorbilidades referidas al entorno de atención especializada y hospitalaria.

Bien, y una vez descrito la magnitud e impacto en salud del problema ¿realmente estamos preparados para su manejo? En mi opinión, vamos muy por detrás del problema y el inmovilismo del sistema sanitario no va hacer posible una acción rápida e integral de su manejo.

Como muestra el trabajo diabetes y obesidad van de la mano y la diabetes aflora especialmente a partir de los 40 años. La obesidad es un factor etiológico de la diabetes. Por tanto, tenemos que desarrollar acciones para mejorar la prevención y tratamiento de la obesidad, especialmente en población infantil y personas jóvenes, reducir la toma de hidratos de carbono simples, promocionar la actividad física regular e insistir en la educación para la salud en estos segmentos de edad de nuestra población. Porque la primera acción debe ser evitar llegar a la diabetes. Como ya se ha constatado, las políticas preventivas desarrolladas en este sentido en España, han sido parciales sin una acción global a medio-largo plazo.

Si no conseguimos frenar la incidencia de diabetes, una vez ya somos diabéticos que debe hacer el sistema. Debe a mi entender, emplear programas de despistaje de las complicaciones crónicas y comorbilidades. Debe definir claramente qué, quién, cómo y dónde manejar a este 15% de la población para hacer sostenible el sistema. Definir en quién intensificar los tratamientos y así hacer las estrategias de intervención farmacológica y no farmacológicas más coste eficaz. Algunas experiencias están dando buenos resultados utilizando estrategias de rutas asistenciales en diabetes. Porque necesariamente debe existir un continuo trasversal en el manejo de estas personas con diabetes y no distinguir entre atención especializada, atención primaria, acciones del personal médico o del personal sanitario (educadores, enfermería, dietistas-nutricionistas, podólogos, farmacéuticos) y no sanitario (asistentes sociales, asociación de pacientes...). En este punto diferentes

Comunidades Autónomas han definido planes estratégicos de atención a la persona con diabetes, que desgraciadamente no han sido completamente implantados, por la falta de implicación de los gestores en salud. Esta heterogeneidad en la aplicación de estrategias globales de atención y asistencia de la persona con diabetes muestra la falta de equidad de nuestro sistema de salud que está fragmentado, microgestionado y no coordinado. Algo que nuestros pacientes no entienden.

En resumen, el trabajo de Ruiz-García A et al. aflora un problema de salud complejo y de enorme magnitud, que requiere ya sin demora de planes y políticas globales claras del manejo de una enfermedad crónica, que necesita programas de prevención de la misma y de sus complicaciones o comorbilidades, cuidados mantenidos, tratamientos complejos e individualizados, manejo holístico de las personas enfermas, estrategias de coordinación entre niveles asistenciales y equipos de trabajo multidisciplinares. Todo esto con el fin de minimizar su impacto en la persona con diabetes y en el sistema de salud.

Referencias bibliográficas

1. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes-2019. *Diabetes Care*. 2019;42.
2. Ruiz-García A, Arranz-Martínez E, García-Álvarez JC, et al. Prevalencia de la diabetes mellitus en el ámbito de la atención primaria española y su asociación con factores de riesgo cardiovascular y enfermedades cardiovasculares. Estudio SIMETAB-DM. *Clin Investig Arterioscler*; 2019, en prensa.
3. Soriguer 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.
4. Teljeur C, Smith SM, Paul G, Kelly A, O'Dowd T. Multimorbidity in a cohort of patients with type 2 diabetes. *Eur J Gen Pract*. 2013;19:17-22.
5. Ascaso JF, Civeira F, Guijarro C, López Miranda J, Masana L, Mostaza JM, Pedro-Botet J, Pintó X, Valdivielso P. Indications of PCSK9 inhibitors in clinical practice Recommendations of the Spanish Society of Arteriosclerosis (SEA), 2019. *Clin Investig Arterioscler*. 2019;31:128-39.