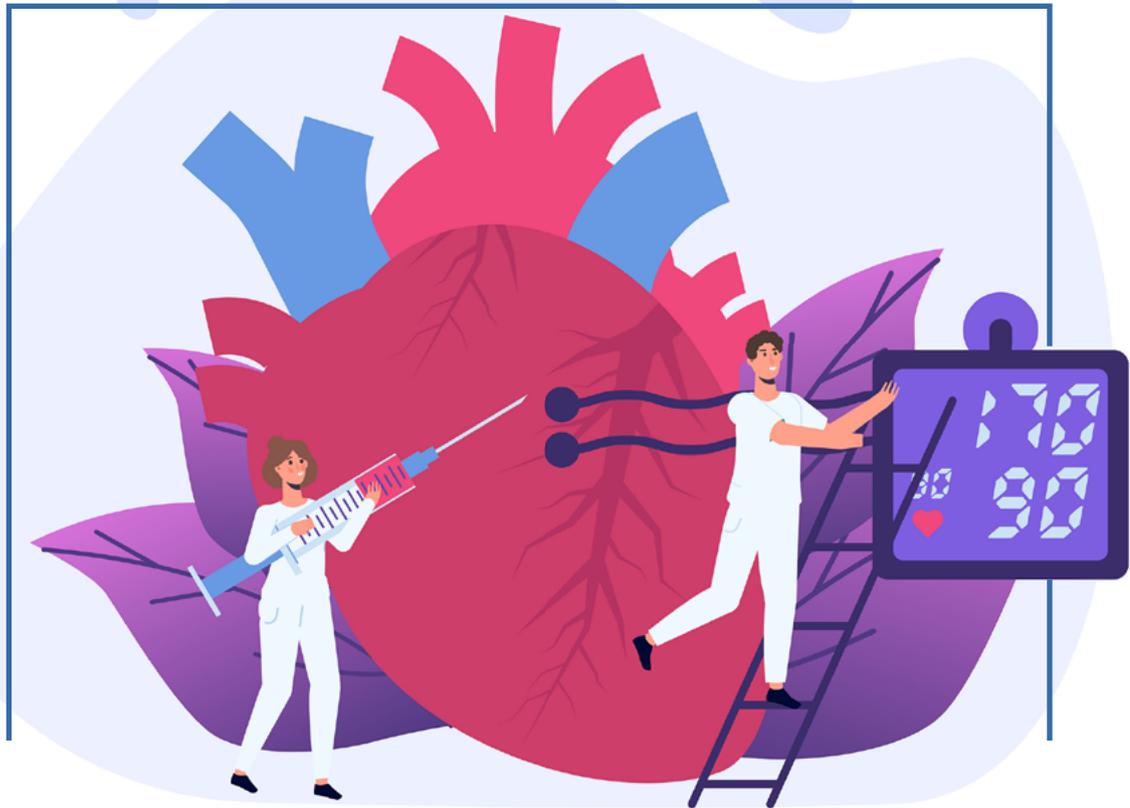


**Pedro Pujante Alarcón**

Facultativo especialista de Área. Hospital Central de Asturias-SPA
Oviedo. Principado de Asturias



¿Cómo se puede disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular en la persona con diabetes?

Cuando hablamos de enfermedad cardiovascular, nos referimos a episodios vasculares ateroscleróticos como el síndrome coronario agudo (SCA), la cardiopatía isquémica crónica establecida, incluyendo el infarto agudo de miocardio (IAM), la angina estable e inestable y la revascularización coronaria, el accidente

cerebro vascular (ACV) isquémico, el accidente isquémico transitorio y la enfermedad arterial periférica (AP). Además, entendemos como factores de riesgo cardiovascular (FRCV) aquella característica biológica, condición y/o modificación del estilo de vida que aumenta la posibilidad de padecer o fallecer por un evento cardiovascular (ECV).

Se han definido factores de riesgo clásicos como la edad, el sexo, el tabaquismo, el colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, la presión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM). Existen otros factores de riesgo no clásicos (historia familiar, obesidad, distribución de la grasa, nivel de triglicéridos, estrés, nivel socioeconómico y la calidad del sueño) que pueden servir para modular el riesgo individual.

Por lo tanto, podemos afirmar que la DM es un FRCV clásico de gran importancia. Así se estima que el 60-75% de los pacientes con DM sufrirán un evento cardiovascular, con el consecuente descenso en la esperanza de vida entre 4-8 años, siendo más marcado en mujeres. En un reciente estudio sobre las enfermedades cardiovasculares en personas con DM tipo 2 (DM2) en España, según la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), comparando personas con diabetes y sin diabetes mayores de 35 años, la *odds ratio* (OR) de estar diagnosticado de IAM, ACV, AP es de alrededor de 2 en el caso de los mayores de 64 años y superior a 4 en los menores de esa edad. Este aumento de riesgo es mayor en las mujeres respecto a los varones. Lo que pone de manifiesto la elevada comorbilidad cardiovascular de los pacientes con DM2 en España, principalmente en menores de 65 años y en mujeres.

Además, la DM2 frecuentemente se presenta junto con alteraciones metabólicas (obesidad, hipertensión y dislipemia) que son también claros FRCV. En nuestro país, según datos del estudio *Diabet.es*, el 28,21% de los pacientes con DM2 presentan obesidad, el 41,20% HTA, el 20,82% síndrome metabólico, el 27,81% son fumadores activos y el 50,31% se definen como sedentarios. Es conocido que la presencia de varios FRCV en un mismo individuo no tiene un efecto aditivo sino multiplicativo, por lo que algunos autores han pasado de considerar a la DM, no sólo como un trastorno meramente disglucémico, sino como una enfermedad metabólico-vascular.

Este hecho ha provocado un cambio en la

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, EL CAMBIO DE ESTRATEGIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DM, TRATANDO DE MANERA INTENSIVA TODOS LOS FRCV, HA PRODUCIDO UN DESCENSO EN LOS ECV Y EN LA MORTALIDAD DE CAUSA VASCULAR

manera de enfrentarnos a la enfermedad. Actualmente, el tratamiento de la DM es más que el conseguir un adecuado control glucémico (un objetivo de HbA1c) y debe tener también como foco importante el control de todos FRCV (sobrepeso/obesidad, cifras de tensión arterial, perfil lipídico, etc.).

Además, se observan grandes beneficios cuando se abordan de forma simultánea múltiples FRCV. En este sentido, el estudio *Steno-2* ha demostrado que la intervención multifactorial intensiva de todos los FRCV (presión arterial, perfil lipídico, microalbuminuria) consigue disminuir las complicaciones micro y macrovasculares frente al tratamiento convencional. Gracias a estas estrategias, en los últimos años hemos observado un descenso significativo en la morbilidad y la mortalidad por ECV en pacientes con DM. Sin embargo, a pesar de estos datos positivos, el paciente con DM continúa presentando un exceso de riesgo vascular. Este hecho nos lleva a profundizar en la necesidad de configurar estrategias que continúen estrechando estas diferencias entre pacientes con o sin DM, ya sean farmacológicas o enfocadas en los cambios en del estilo de vida.

Desde un punto de vista farmacológico, actualmente disponemos de fármacos hipoglucemiantes (inhibidores de SGLT2 y análogos de GLP-1), que si bien han demostrado un descenso significativo en los niveles de glucosa sin la aparición de hipoglucemias, de manera colateral presentan una pérdida de peso y de las cifras de tensión arterial. Además, dichos fármacos han demostrado un beneficio cardiovascular tanto en pacientes con antecedentes de

LA INTENSIFICACIÓN EN LAS MEDIDAS DE ESTILO DE VIDA, LA NUEVA GENERACIÓN DE FÁRMACOS, COMO LOS iSGLT2 O ANÁLOGOS GLP1, ASÍ COMO LOS NUEVOS TRATAMIENTOS ANTIHIPERTENSIVOS E HIPOLIPEMIANTES, NOS PLANTEAN UN HORIZONTE ESPERANZADOR PARA CONSEGUIR DICHO OBJETIVO

ECV (prevención secundaria) como en pacientes de alto riesgo cardiovascular. De tal modo, que según las últimas guías sobre el manejo del paciente con DM, estos fármacos estarían indicados en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular o que ya hayan sufrido un evento, independientemente de su cifra de HbA1c. Por otro lado, no debemos de olvidar que en casos seleccionados, la cirugía metabólica es una importante herramienta para el control de la glucemia y del peso. Tras la cirugía, se han descrito otros beneficios como mejora de la tensión arterial, de la cifra de lípidos o el síndrome de apneas del sueño (SAOS), lo que implica un claro descenso del riesgo cardiovascular y en último caso, un descenso en la mortalidad total y especialmente la de causa cardiovascular.

El tratamiento de la tensión arterial es un pilar fundamental en la prevención cardiovascular. De manera general, según las últimas recomendaciones, las cifras de tensión arterial para pacientes con DM no deberían sobrepasar los 140/90 mmHg. Sin embargo, en caso de presentar albuminuria el control deberá ser más estricto, menos de 130/80 mmHg. Para conseguir estos objetivos, los antihipertensivos IECAS (inhibidores de la enzima convertidor de angiotensina) o ARAll (antagonistas de receptores de angiotensina 2) son los fármacos de primera elección. No es infrecuente que sean necesarias las combinaciones de varios antihipertensivos para conseguir nuestros objetivos de control. En este sentido, las combinaciones fijas de varios hipotensores son una buena estrategia ya que simplifican la pauta de

tratamiento, mejoran el cumplimiento terapéutico y en consecuencia, se logran los objetivos de tensión arterial.

De igual modo los objetivos de LDL colesterol deben ser personalizados. Los diferentes fármacos disponibles en la actualidad como estatinas, ezetimiba e inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (iPCSK9), permiten, a priori, alcanzar los exigentes objetivos terapéuticos.

Pero todas estas medidas farmacológicas caerían en saco roto si no se acompañaran de una modificación en nuestro estilo de vida. La optimización del estilo de vida del paciente con DM está ampliamente considerada como una intervención esencial, no solo para mejorar el control de la DM, sino también de las comorbilidades asociadas, como la dislipemia, la obesidad y la HTA. Los cambios hacia un estilo de vida saludable deben incluir los siguientes aspectos:

- **Deshabitación tabáquica:** El tabaco es considerado el FRCV modificable con mayor impacto sobre la ECV, especialmente en el paciente con DM. El apoyo y asesoramiento para ayudar al paciente a dejar de fumar es un elemento clave
- **Evitar el sobrepeso y la obesidad abdominal.** En pacientes con DM y obesidad se ha demostrado que la pérdida de peso moderada y sostenida mejora el control de la glucemia y disminuye la necesidad de medicación hipoglucemiante. Además, una pérdida de peso moderada y sostenida mejora la tensión arterial y los lípidos, y puede reducir la necesidad de medicación para controlar estos factores de riesgo. El ensayo *Look AHEAD* y otros grandes estudios sobre parámetros cardiovasculares documentan ventajas adicionales de la pérdida de peso en pacientes con DM, como mejoras en la movilidad, la función física y sexual, y la calidad de vida relacionada con la salud.
- **Un adecuado plan de alimentación** es fundamental para la prevención cardiovascular del paciente con DM. En este punto

cabe destacar que las nuevas evidencias en el campo de la nutrición hacen hincapié no en el consumo de nutrientes, sino en el de alimentos y, sobre todo, en el de patrones alimentarios. Los patrones alimentarios de base vegetal, bajos en ácidos grasos saturados, colesterol y sodio, con un alto contenido en fibra, potasio y ácidos grasos insaturados, son beneficiosos y reducen la expresión de los FRCV como demostró el estudio *PREDIMED*, siendo el patrón alimentario más recomendado en pacientes con DM, la dieta mediterránea.

■ **La actividad física** recomendada debe combinar ejercicios aeróbicos y de fuerza-resistencia de intensidad moderada o vigorosa durante al menos 150 min a la semana.

■ **La valoración y la calidad del sueño** debe ser también valorada en el estudio de los FRCV. De tal modo que se recomienda al menos 7 horas diarias de sueño. Debemos descartar la existencia de patología asociada al sueño como el SAOS ya que su presencia puede aumentar el RCV de manera importante

■ Otros factores para tener en cuenta son el **estrés, la ansiedad y las desigualdades socioeconómicas**. Se ha demostrado el efecto negativo de estas alteraciones en el RCV del paciente con DM. Un adecuado abordaje de estas circunstancias puede tener un impacto positivo en la salud vascular de nuestros pacientes.

Cada vez conocemos más de la estrecha relación entre la DM y la enfermedad vascular y sus dramáticas consecuencias. Sin embargo, en los últimos años, el cambio de estrategia en el tratamiento de la DM, tratando de manera intensiva todos los FRCV, ha producido un descenso en los ECV y en la mortalidad de causa vascular. A pesar de eso, continúa existiendo un exceso de riesgo del paciente con DM frente a la persona sin diabetes. Debemos seguir haciendo hincapié en disminuir el riesgo vascular de la DM hasta que sean equiparables. En este sentido, la intensificación en las medidas de estilo de vida, la nueva generación de fármacos, como los iSGLT2 o análogos GLP1, así como los nuevos tratamientos antihipertensivos e hipolipemiantes, nos plantean un horizonte esperanzador para conseguir dicho objetivo. **D**

BIBLIOGRAFÍA:

1. Arrieta F, Pedro-Botet J, Iglesias P, et al. Diabetes mellitus and cardiovascular risk: an update of the recommendations of the Diabetes and Cardiovascular Disease Working Group of the Spanish Society of Diabetes (SED, 2021). *Clin Investig Arterioscler*. 2021 Jul 27;S0214-9168(21)00097-8. doi: 10.1016/j.arteri.2021.05.002.
2. Grant PJ, Cosentino F. The 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*. 2019 Oct 14;40(39):3215-3217. doi: 10.1093/eurheartj/ehz687.
3. Sorriquer F, Goday A, Bosch-Comas A, Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012 Jan;55(1):88-93. doi: 10.1007/s00125-011-2336-9.
4. Pujante Alarcón P, Menéndez Torre EL, Morales Sánchez P, et al. Cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus in Spain according to the Primary Care Clinical Database (BDCAP) in 2017. *Med Clin (Barc)*. 2021 Mar 30;S0025-7753(21)00121-4. doi: 10.1016/j.medcli.2020.12.040.
5. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2003 Jan 30;348(5):383-93. doi: 10.1056/NEJMoa021778.
6. Rawshani A, Rawshani A, Franzén S, et al. Mortality and Cardiovascular Disease in Type 1 and Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2017 Apr 13;376(15):1407-1418. doi: 10.1056/NEJMoa1608664.
7. Qiu M, Ding LL, Wei XB, et al. Comparative Efficacy of Glucagon-like Peptide 1 Receptor Agonists and Sodium Glucose Cotransporter 2 Inhibitors for Prevention of Major Adverse Cardiovascular Events in Type 2 Diabetes: A Network Meta-analysis. *J Cardiovasc Pharmacol*. 2021 Jan 1;77(1):34-37. doi: 10.1097/FJC.0000000000000916.
8. Carlsson LMS, Sjöholm K, Jacobson P, et al. Life Expectancy after Bariatric Surgery in the Swedish Obese Subjects Study. *N Engl J Med*. 2020 Oct 15;383(16):1535-1543. doi: 10.1056/NEJMoa2002449.
9. Look AHEAD Research Group, Wing RR, Bolin P, Brancati FL, et al. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2013 Jul 11;369(2):145-54. doi: 10.1056/NEJMoa1212914.
10. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013 Apr 4;368(14):1279-90. doi: 10.1056/NEJMoa1200303. Retraction in: *N Engl J Med*. 2018 Jun 21;378(25):2441-2442. Erratum in: *N Engl J Med*. 2014 Feb 27;370(9):886. Corrected and republished in: *N Engl J Med*. 2018 Jun 21;378(25):e34.