

Diabetes y cardiopatía isquémica en Canarias

EN EL ARTÍCULO INICIAL de esta serie comunicamos que la cardiopatía isquémica, que se manifiesta en la clínica diaria como angina de pecho, infarto de miocardio, muerte súbita y diversas formas de insuficiencia cardíaca, es la principal causa de mortalidad en Canarias, y que nuestras dos provincias tienen las tasas más elevadas de todas las provincias españolas, si la ajustamos por edades. Enumerábamos los factores de riesgo para sufrir la enfermedad y la necesidad de actuar sobre todos ellos a la vez. Uno de estos factores que todos los investigadores aceptan es la diabetes.

El padecer diabetes conlleva el tener de dos a cuatro veces más riesgo de padecer una cardiopatía isquémica. Esta patología es la causa mayor de muerte en los diabéticos y la cuarta parte de todos los infartados que sobreviven son diabéticos. Últimamente se ha visto que el padecer dicha enfermedad aumenta el riesgo hasta hacerlo similar a la persona que ya ha padecido un infarto de miocardio con anterioridad. El padecer diabetes contrarresta el factor de beneficio que tienen las mujeres antes de la menopausia.

El número de diabéticos se está incrementando en los países desarrollados. Así ha pasado en Estados Unidos: de los dos millones de los años sesenta a los casi quince millones en el año 2000, estimándose pue-

dan llegar hasta los 22 millones en 2025. La causa de este incremento está ligada a la obesidad, alteraciones en la alimentación y sedentarismo.

La Encuesta Nutricional de Canarias (1997-1998), representativa de la población global del Archipiélago, publicada por el Servicio Canario de Salud encontró que el 7,9% de la población comprendida entre los 18 y 75 años era diabética, conocía su enfermedad el 6,1% y la desconocía el 1,8%; en la conclusión de este estudio se considera que estas cifras son ligeramente superiores a las encontradas en otras encuestas españolas. En dicha encuesta se consideró diabético a quien presentara una glucemia superior a 126mg/dl. o que ya fueran diabéticos conocidos.

Los nuevos criterios diagnósticos de la diabetes han cambiado desde que en 1997 la Asociación Americana de Diabetes consideró que la glucemia en sangre, después de 8 horas de ayuno, era normal por debajo de 110 mg/dl. , había una intolerancia a la glucosa entre 110 y 125 mg/dl. y se consideraba diabetes con cifras iguales o superiores a 126 mg/dl. Existen dos clases de diabéticos, los tipo I, antes llamada insulino dependiente o diabetes juvenil, y la tipo II, conocida anteriormente como no insulino dependiente o diabetes del adulto, y que supone casi el 90% de todas las diabetes.

Ambos tipos aumentan sustancialmente cualquier forma de enfermedad cardiovascular. Un control estricto de las cifras de azúcar en la sangre reduce considerablemente el riesgo de afecciones microvasculares, como la retinopatía diabética y la insuficiencia renal, y también representa una tendencia a la mejora de las afecciones de las arterias de mayor calibre, como ocurre en la cardiopatía isquémica.

Existe un síndrome metabólico que se manifiesta por tener dos o más de los componentes siguientes: 1) obesidad abdominal (cintura en los hombres mayor de 102 cms. y de 88 cms. en las mujeres); 2) aumento de los triglicéridos; 3) disminución del "colesterol bueno", o colesterol HDL (por debajo de 40 mg. en los hombres y de 50 en las mujeres); 4) tensión arterial elevada, y 5) una intolerancia a la glucosa (glucemia en ayunas de 110 a 125 mgs./dl.). Un gran porcentaje de individuos con estas características acabarán sufriendo una diabetes tipo II. Va unido a un aumento de resistencia a la insulina y el ATP III (2002), que en la tercera reunión de norteamericanos del Programa Nacional de Educación del colesterol para la detección, evaluación y tratamiento de la hipercolesterolemia en el adulto hace hincapié en la importancia de este síndrome y la necesidad de combatirlo con el control de la obesidad y el ejercicio físico adecuado, así como tratamiento farmacológico cuando sea necesario.

Los consejos en cardiología preventiva con respecto a la diabetes considero que deben implementarse en los relativos a prevenir su aparición y, en los que ya la pade-

cen, a que no se manifieste clínicamente la cardiopatía isquémica con todas sus consecuencias y complicaciones, mediante un control estricto de sus glucemias y la lucha contra todos los factores de riesgo que la acompañan.

De acuerdo con lo expuesto al inicio del artículo, para no seguir aumentando y disminuir el número de diabéticos, hay que luchar contra el sobrepeso y la obesidad, es necesario hacer un ejercicio físico de acuerdo con la capacidad de cada persona y consumir una dieta equilibrada en macronutrientes y con un nivel energético que mantenga un peso acorde con la talla.

Al ya diabético, en cuanto a la alimentación, restringir el aporte calórico en los obesos, así como evitar el azúcar y las grasas saturadas. Hay que mantener el "colesterol malo" o LDL colesterol por debajo de 100mg/dl; la presión arterial tiene que ser igual o inferior a 130/80, pero si se acompaña de una afectación renal con proteinuria superior a 1 gr/día, deberá ser inferior a 125/75 mm. de mercurio.

La Asociación Americana de Cardiología recomienda unas cantidades de azúcar en sangre en ayunas próximas a la normalidad, y una hemoglobina glicosilada que esté por debajo del 1% más de las cifras de referencia del laboratorio. El Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007 de nuestro Ministerio de Sanidad recomienda intensificar el tratamiento si dicho aumento es superior al 8%. Su médico le ayudará a cumplir todo lo expuesto.

*Cardiólogo