

TEMA 2 DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA

La diabetes en atención primaria: factores de riesgo cardiovascular

J.J. Alemán Sánchez

Médico de familia. Centro de Salud de Tacoronte. Tenerife

Objetivos de aprendizaje

- ▶ **Saber identificar a los individuos con diabetes como pacientes de alto riesgo vascular.**
- ▶ **Reconocer el incremento del riesgo vascular que conlleva la asociación a la diabetes de otros factores de riesgo.**
- ▶ **Conocer las principales recomendaciones de intervención en el paciente con diabetes para reducir su riesgo vascular.**

Actualmente la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, debido a su alta prevalencia, las complicaciones crónicas que conlleva y a su elevada tasa de mortalidad.

La prevalencia de la DM2 no ha dejado de aumentar durante las últimas décadas, debido a la mayor longevidad de la población y, muy especialmente, al progresivo y alarmante incremento de la obesidad y el sedentarismo como consecuencia de los cambios experimentados en los hábitos de vida. Se estima que los pacientes con diabetes presentan una morbilidad cardiovascular 3-4 veces mayor que los pacientes no diabéticos, un riesgo que se mantiene tras ajustar por los factores de riesgo cardiovascular clásicos. La enfermedad cardiovascular, sobre todo en sus manifestaciones de cardiopatía isquémica e ictus, es la principal causa de muerte en estos pacientes (representa aproximadamente el 80% de los fallecimientos). Por otro lado, las complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía) repercuten de for-

ma notable en la calidad de vida e implican un elevado coste para el sistema sanitario. La importante carga de riesgo cardiovascular en el paciente con diabetes obedece, entre otras cosas, a la coexistencia frecuente de otros factores de riesgo, entre ellos la obesidad, la dislipemia, la hipertensión arterial y el tabaquismo. Según la Organización Mundial de la Salud, el número de fallecimientos y de casos de incapacidad debidos a cardiopatía y accidentes cerebrovasculares (entre los dos ocasionan la muerte de más de 12 millones de personas cada año en todo el mundo) podría reducirse a más de la mitad mediante la adopción de una combinación de medidas sencillas, eficaces y de bajo coste encaminadas a reducir los principales factores de riesgo individuales asociados a la enfermedad. Hoy en día existe suficiente evidencia sobre la eficacia de las estrategias de intervención para controlar cada uno de estos factores, unas estrategias que, con distinta fuerza de recomendación, han demostrado disminuir las complicaciones micro y macrovasculares del paciente con

diabetes. Sin lugar a dudas, la estrategia más efectiva consiste en la actuación con un enfoque múltiple, un requisito imprescindible para garantizar la calidad en la atención al paciente con diabetes.

La diabetes como «equivalente coronario»

A finales de la década de los noventa, y a la luz de los resultados de diversos estudios, se formuló la hipótesis de que la diabetes debía ser considerada como un «equivalente coronario», es decir, que el riesgo que presentan los pacientes diabéticos de sufrir una primera complicación coronaria es similar al que tienen los pacientes coronarios no diabéticos de presentar una nueva complicación. Esta concepción de la enfermedad tiene dos implicaciones: a) que no es necesario estimar el riesgo cardiovascular del paciente diabético, puesto que éste debe ser considerado ya de por sí como un paciente de elevado riesgo coronario, y b) que el rigor de las intervenciones ha de ser igual al de la intervención secundaria. Dicho de otro modo: a los pacientes con diabetes no se les debería calcular el riesgo cardiovascular, dado que ya son candidatos a las intervenciones propias de la prevención secundaria. Este planteamiento fue ampliamente aceptado y rápidamente recogido en las guías y recomendaciones, si bien de forma no unánime. Sin embargo, en la actualidad no existe ese grado de consenso entre la comunidad científica sobre la consideración de la diabetes como un «equivalente coronario». Las discrepancias se pusieron de manifiesto desde las publicaciones inicia-

TEMA DE LA SEMANA

diabetes en atención primaria

les de Haffner (1998) y Evans (2002), investigadores que, con poblaciones de elevado riesgo y una metodología similar, obtuvieron resultados divergentes. Más tarde se han publicado multitud de estudios que, aunque no siempre coinciden en sus conclusiones, en su mayoría apoyan la tesis de Evans, que señala un menor riesgo en los pacientes diabéticos que en los pacientes coronarios. El estudio más amplio sobre este aspecto es el metaanálisis de Bulughapitiya (2009), que incluyó a 45.108 pacientes con un seguimiento medio de más de 13 años y que determinó que los pacientes diabéticos sin complicaciones coronarias presentan un riesgo un 43% inferior de sufrir una complicación cardiovascular que los pacientes coronarios sin diabetes. Otros metaanálisis también recientes y realizados con muestras poblacionales amplias han demostrado que dicho riesgo está relacionado con el sexo (mayor riesgo en las mujeres) y con los años de evolución de la enfermedad (15 años). Los estudios efectuados en población española también concluyen que los pacientes diabéticos tienen un riesgo significativamente menor que los pacientes coronarios.

En conclusión, la evidencia actual apoya la hipótesis de que los pacientes con diabetes presentan un riesgo inferior al de los pacientes que han sufrido una complicación coronaria, aunque puede ser similar en las mujeres y cuando la diabetes es de larga evolución. A efectos prácticos, y de forma general, las recomendaciones de consenso señalan que la enfermedad debe ser considerada una situación de mayor riesgo cardiovascular cuando concurren algunas de las siguientes circunstancias: evolución de más de 10-15 años, sobre todo en las mujeres, asociación a otros múltiples factores de riesgo y existencia de insuficiencia renal o albuminuria. En cualquier caso, e independientemente de si el riesgo es equivalente o no, existe un amplio consenso sobre el establecimiento de los objetivos y la intensidad del tratamiento del paciente con diabetes, que han de ser los mismos

que los recomendados en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular, salvo en algunos aspectos como la antiagregación. En nuestro entorno se mantiene la estimación de ese riesgo en este tipo de pacientes mediante una tabla de predicción, aunque no existe unanimidad para establecer esta recomendación. Su aplicación no sólo ofrece una orientación sobre el grado de riesgo, que puede ser de ayuda en la toma de decisiones respecto a las intervenciones farmacológicas (antiagregación), sino que además constituye un método de control de la eficacia de las intervenciones y un factor de motivación para los pacientes.

Existen diversas ecuaciones para la estimación del riesgo cardiovascular en el paciente con diabetes, la mayoría derivadas del Framingham Heart Study. Las tablas del estudio REGICOR han sido elaboradas tras calibrar una de las funciones del estudio anterior (la ecuación de Wilson), y han sido validadas para la población española. También se ha recomendado la utilización en nuestro entorno de las tablas del estudio SCORE, que han sido calibradas para la población española pero todavía no han sido validadas.

Objetivos generales y esquema de intervención

Los objetivos del tratamiento van más allá de la mera normalización de la glucemia; también incluyen: combatir los síntomas derivados de la hiperglucemia, evitar las descompensaciones agudas de la enfermedad, evitar o retrasar la aparición o progresión de las complicaciones crónicas, disminuir la tasa de mortalidad y mantener una buena calidad de vida. Hay que huir de entender la enfermedad como un trastorno exclusivamente metabólico. Desde el punto de vista estratégico, conviene entenderla como una enfermedad vascular, ya que con ello se facilita la aplicación de estrategias dirigidas no sólo al control metabólico glucídico, sino también a proteger la disfunción endotelial. Esto conlleva el enfoque integral y multifactorial que actualmente se

exige para prestar una atención adecuada a los pacientes con diabetes. Así, en la evaluación inicial y en las consultas de seguimiento de todo paciente diabético, hay que cribar y vigilar los distintos factores de riesgo asociados, ya que el control de algunos de ellos reporta mayores beneficios clínicos que el propio control de la glucemia. En el esquema de intervención siempre han de tenerse presentes cuatro aspectos bien diferenciados: a) la modificación del estilo de vida: tabaco, alimentación, alcohol y actividad física; b) el control de los factores de riesgo cardiovascular: hipertensión, dislipemia, sobrepeso u obesidad e hiperglucemia; 3) la valoración de fármacos preventivos: ácido acetilsalicílico y estatinas, y 4) el cribado de los factores de riesgo cardiovascular en los familiares de primer grado (tabla 1). En la tabla 2 se detallan los objetivos terapéuticos que deben establecerse en los pacientes con diabetes; cabe subrayar que estos objetivos, así como las intervenciones dirigidas a alcanzarlos, se deben personalizar de acuerdo con la situación clínica particular de cada paciente.

Control de los principales factores de riesgo cardiovascular

Los principales factores sobre los que hay que incidir son la hipertensión arterial, la dislipemia, el tabaquismo y la hiperglucemia.

Hipertensión arterial

Aunque habitualmente la hipertensión es previa a la diabetes, no es infrecuente el diagnóstico simultáneo de ambas enfermedades. Se estima su coexistencia en un 60%, y la asociación tiene un efecto sinérgico. La población diabética duplica la tasa de prevalencia de hipertensión de la no diabética de iguales características, incluso tras ajustar por posibles variables de confusión. Esta elevada prevalencia se incrementa con la edad y es aún mayor en la raza negra, en presencia de obesidad, en las mujeres posmenopáusicas y en los grupos socioeconómicos más bajos. Existe una clara evidencia respecto al

Tabla 1. Esquema de actuación

- Modificar los hábitos y estilos de vida:
 - Tabaquismo
 - Alcohol
 - Alimentación
 - Actividad
- Modificar los factores de riesgo cardiovascular:
 - Control de la presión arterial
 - Control de la dislipemia
 - Control de la diabetes
 - Control del peso corporal
- Valorar la prescripción de fármacos preventivos:
 - Ácido acetilsalicílico
 - Estatinas
- Investigar los factores de riesgo cardiovascular en los familiares de primer grado

beneficio clínico que genera la reducción de la presión arterial sobre el riesgo cardiovascular y la nefropatía diabética. El tratamiento intensivo de la hipertensión en diabéticos disminuye significativamente las complicaciones cardiovasculares: las complicaciones diabéticas en un 24%, las muertes relacionadas con la diabetes en un 32%, el ictus en un 44%, la insuficiencia cardíaca en un 56% y las complicaciones microvasculares en un 37%. La mayoría de las guías de práctica clínica recomiendan iniciar sin demora el tratamiento antihipertensivo en los pa-

cientes hipertensos diabéticos, a fin de alcanzar unas cifras de presión arterial más bajas que en los hipertensos no diabéticos (habitualmente inferiores a 130/80 mmHg). Sin embargo, dada la falta de evidencia para estas cifras objetivo y a la luz de los resultados negativos obtenidos en diversos ensayos clínicos de publicación reciente, los objetivos que actualmente se proponen, aunque no unánimes, son los de lograr una presión arterial sistólica de 130-139 mmHg y una presión arterial diastólica de 80-84 mmHg (los valores más bajos posible dentro de estos límites). Si bien todos los fármacos antihipertensivos han demostrado su eficacia en los pacientes diabéticos, los fármacos más recomendados son los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), que, salvo contraindicaciones, deben formar parte de cualquier terapia antihipertensiva en un paciente diabético. En la gran mayoría de los pacientes será necesario recurrir a la terapia combinada, siendo las mejores opciones para asociar a los IECA los antagonistas del calcio y los diuréticos tiazídicos. Hay que evitar la combinación de diuréticos con betabloqueadores, por sus efectos negativos sobre el metabolismo hidrocarbonado.

Dislipemia

La prevalencia de la dislipemia, en especial el patrón de hipertrigliceridemia con disminución del colesterol vincu-

lado a las lipoproteínas de alta densidad (colesterol HDL), es 2-3 veces más habitual en la población diabética que en la no diabética. La hipertrigliceridemia puede preceder durante años a la diabetes, motivo por el cual algunos autores sostienen que ésta debería considerarse como una enfermedad del metabolismo lipídico, más que como una enfermedad del metabolismo hidrocarbonado. Muestra de la fuerte interrelación existente entre el metabolismo lipídico y el hidrocarbonado es que la hipertrigliceridemia se reduce de forma paralela a la hiperglucemia. La alteración lipídica más común y característica en los pacientes con DM2 es la elevación plasmática de las partículas de muy baja densidad, que se traduce en hipertrigliceridemia, y que se debe a un incremento en la síntesis hepática de dichas partículas. Respecto a las lipoproteínas de baja densidad (colesterol LDL), no se han descrito variaciones cuantitativas importantes en los pacientes con diabetes en comparación con sujetos no diabéticos de igual edad y sexo, aunque sí es habitual encontrar incrementos moderados en sus niveles. Sin embargo, la hipertrigliceridemia induce frecuentes variaciones cualitativas de las LDL, que se enriquecen con triglicéridos y se transforman en el llamado patrón o fenotipo B, es decir, en partículas pequeñas y densas, más fácilmente oxidables y con mayor capacidad aterogénica. Las concentraciones plasmáticas de coles-

Tabla 2. Objetivos terapéuticos en el paciente con diabetes

Objetivo principal: reducir el riesgo cardiovascular			
Tabaco	Suprimirlo	Hipertensión (mmHg)	Sistólica: 130-139 Diastólica: 80-85
Alcohol	Suprimir o reducir su consumo	Colesterol LDL (mg/dL)	<100 (prevención primaria) <70 (prevención secundaria)
Alimentación	Patrón de dieta mediterránea	Colesterol no HDL	<130 (prevención primaria) <100 (prevención secundaria)
Peso corporal	Índice de masa corporal: 18,5-25 Perímetro de cintura: • <102 cm (hombres) • <88 cm (mujeres)	Colesterol HDL (mg/dL)	Hombres >40 Mujeres >45
Actividad física	Ejercicio aeróbico individualizado	Hemoglobina glucosilada	<7% (personalizar según la situación clínica)

TEMA DE LA SEMANA

diabetes en atención primaria

terol HDL son generalmente inferiores a las observadas en la población general de edad y sexo similares. La patogenia del descenso del colesterol HDL se explica por una disminución de la síntesis y una aceleración del catabolismo, debido al aumento de actividad de la lipasa hepática. A diferencia de lo que ocurre en la diabetes tipo 1, los niveles de colesterol HDL difícilmente se normalizan por completo, aunque se optimice el control glucémico. Por último, la elevación plasmática de los ácidos grasos libres es otra alteración del metabolismo lipídico característica de la DM2, que contribuye a dificultar el metabolismo periférico de la glucosa, facilitando la hiperglucemia. Se denomina «dislipemia diabética» a la asociación de hipertrigliceridemia, unos niveles bajos de colesterol HDL y alteraciones del colesterol LDL, con elevación o aparición en el torrente circulatorio de partículas pequeñas y densas.

La hipertrigliceridemia, como marcador de resistencia a la insulina, síndrome metabólico y otros factores de riesgo (descenso del colesterol HDL, prevalencia de partículas pequeñas y densas, etc.), sigue ocupando un papel central en la dislipemia diabética. En la dislipemia, al igual que en cualquier otra dislipemia, la prioridad es reducir la concentración plasmática de colesterol LDL. De acuerdo con las actuales recomendaciones, los niveles plasmáticos deberían ser inferiores a 100 mg/dL y, en los pacientes con enfermedad cardiovascular o con factores de riesgo asociados, inferiores a 70 mg/dL. Una vez alcanzados estos niveles, especialmente en los pacientes que ya han sufrido una complicación cardiovascular o son de muy alto riesgo, debe plantearse como objetivo secundario el control del colesterol no HDL (colesterol total menos el colesterol HDL); la cifra objetivo en este caso es la resultante de sumar 30 mg/dL a la cifra objetivo del colesterol LDL que se haya establecido. El fármaco de elección, al igual que para la dislipemia en el paciente no diabético, ha de ser una estatina, cuya dosis se irá ajustando hasta alcanzar la cifra obje-

tivo; en algunos casos será necesaria la asociación con ezetimiba. Cuando no sea factible alcanzar la cifra objetivo, habrá que intentar reducir las cifras de colesterol LDL al menos un 30-40% respecto a las cifras basales. Los fibratos sólo serán fármacos de primera elección ante hipertrigliceridemias marcadas (>500 mg/dL), donde el riesgo de pancreatitis aguda supera al riesgo coronario. El control del colesterol no HDL como objetivo terapéutico conlleva en muchos casos la terapia combinada (estatinas con fibratos o ácido nicotínico). Aún no existe suficiente evidencia para el uso generalizado de estas combinaciones, por lo que han de reservarse para los pacientes de muy alto riesgo. Será de elección la combinación con fibratos (fenofibrato) cuando predomine la hipertrigliceridemia, y con ácido nicotínico cuando el colesterol HDL sea bajo.

Tabaquismo

Durante los últimos 15 años aproximadamente, se ha acumulado suficiente evidencia para afirmar que existe una asociación entre el tabaquismo y el riesgo de desarrollar DM2, especialmente en las mujeres, de modo que se estima que las que fuman 40 cigarrillos al día tienen un riesgo un 74% mayor que las no fumadoras. De ahí que el tabaquismo deba considerarse un factor de riesgo independiente. En efecto, el tabaco ocasiona un aumento temporal de los niveles de glucemia, y la exposición crónica al humo del tabaco conduce a la alteración de la tolerancia a la glucosa, debido, entre otras causas, a una disminución de la sensibilidad periférica a la insulina. También se ha señalado que los niveles de ácidos grasos libres, que están elevados en los fumadores, compiten con la glucosa como fuente de energía, por lo que disminuye su utilización. Otros mecanismos descritos que contribuyen a la alteración del metabolismo hidrocarbonado son los efectos tóxicos directos de los derivados de la nicotina, el monóxido de carbono y otros componentes químicos del tabaco sobre la célula betapan-

creática. Esta asociación multiplica por 14 la probabilidad de sufrir una complicación cardiovascular, sobre todo un episodio coronario. Además, existe un mayor riesgo de desarrollar microalbuminuria, retinopatía y complicaciones neuropáticas en los pacientes diabéticos fumadores que en los diabéticos no fumadores.

Evidentemente, el abandono del tabaquismo ha de ser un objetivo prioritario en el plan terapéutico de estos pacientes. En la población general, con una intervención mínima para dejar de fumar se consigue que un 5% abandone el tabaco en un año, mientras que con las intervenciones intensivas con un seguimiento se logra elevar esta cifra al 20%. En los pacientes que presenten dependencia a la nicotina, en el tratamiento farmacológico de la deshabituación tabáquica se recomienda utilizar como fármacos de primera línea la terapia sustitutiva con nicotina, el bupropión o la vareniclina.

Hiperglucemia

El control de las cifras de glucemia se traduce en una reducción de las complicaciones microvasculares. En estudios observacionales se ha demostrado de manera inequívoca la asociación entre las complicaciones macrovasculares y los niveles elevados de glucemia; en cambio, en la mayoría de los estudios de intervención no se ha demostrado que controlando la glucemia se reduzcan estas complicaciones macrovasculares. Las recomendaciones actuales establecen que el objetivo glucémico debe ser más estricto en los pacientes más jóvenes y en aquellos con una enfermedad de duración más corta; se ha demostrado que esta estrategia de control más estricto implica una reducción de complicaciones micro y macrovasculares a largo plazo (herencia metabólica). En los pacientes con una evolución más larga de la enfermedad (más de 10 años), los mayores de 70 años, los que presentan complicaciones cardiovasculares o los que tienen una esperanza de vida muy limitada, no es necesario o incluso puede ser peligroso

un control glucémico estricto, por lo que debe evitarse el tratamiento intensivo. Así pues, es preceptivo personalizar el objetivo glucémico y la estrategia de intervención en función de la situación de cada paciente. Respecto a la elección de fármacos y el riesgo cardiovascular, diversos estudios han señalado que los episodios de hipoglucemia son un factor causante del incremento de la tasa de mortalidad en los estos pacientes, por lo que la estrategia farmacológica ha de evitar esta complicación. La metformina se ha asociado a una disminución de las complicaciones cardiovasculares; de ahí que constituya el pilar básico de la intervención farmacológica. En comparación con la metformina, las sulfonilureas, especialmente las de primera generación, se han asociado a un incremento de la mortalidad en diversos estudios observacionales. Este efecto parece ser inferior con la glicazida y la repaglinida. Según metaanálisis de ensayos clínicos en fase II y III, los inhibidores de la dipeptidilpeptidasa-4 han demostrado una tendencia a reducir las complicaciones cardiovasculares en relación con otros fármacos, aunque se requieren más estudios que proporcionen una mayor evidencia.

Antiagregación

La eficacia y el balance riesgo-beneficio de la terapia antiagregante en la prevención secundaria están fuera de toda duda. En cambio, los ensayos clínicos y metaanálisis que han evaluado la antiagregación en la prevención primaria se caracterizan por la heterogeneidad de los resultados y por la diversidad de los pacientes incluidos en ellos. Estos estudios indican que el tratamiento con ácido acetilsalicílico en los pacientes con diabetes mellitus sin enfermedad cardiovascular conocida no disminuye la aparición de tales complicaciones, y tampoco la mortalidad por esta causa ni la mortalidad global; como mucho, podría reducir el riesgo de infarto agudo de miocardio en varones, pero no en mujeres. El único antiagregante evaluado ha sido el ácido acetilsalicílico, y siempre en es-

tudios controlados. A pesar de ello, diversos grupos de expertos mantienen la antiagregación en la prevención primaria, aunque exigen un grado de riesgo cardiovascular superior al señalado por la Asociación Americana de Diabetes, es decir, aplicable a varones mayores de 50 años y mujeres de 60 con otro factor de riesgo añadido, como hipertensión, dislipemia, tabaquismo, albuminuria o antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz. La decisión de la antiagregación ha de basarse en una valoración del riesgo cardiovascular (preferentemente del riesgo coronario en los varones y del riesgo de ictus en las mujeres), pero también en la evaluación del riesgo de sangrado. Para valorar este último, han de tenerse en cuenta los factores de riesgo de sangrado señalados en la tabla 3. Por último, si se opta por la antiagregación en prevención primaria ante un balance favorable entre riesgo vascular y riesgo de sangrado, se ha de informar al paciente de la relación riesgo-beneficio y compartir con él la decisión terapéutica. Salvo en caso de estar contraindicado, el antiagregante que debe utilizarse es el ácido acetilsalicílico, en dosis de 75-100 mg/día. Las cifras de presión arterial han de estar previamente controladas, y en los pacientes que presenten al menos uno de los factores de riesgo de sangrado de la tabla 3 hay que asociar al ácido acetilsalicílico un inhibidor de la bomba de protones, preferentemente omeprazol.

Estrategia y recomendaciones

La estrategia de intervención debe estar presidida por el objetivo primario de reducir el riesgo cardiovascular del paciente. Esta intervención ha de ser global y multifactorial, y hay que primar, por un lado, la intervención sobre aquellos factores que han probado una mayor eficacia en variables clínicas (ordenados según su efectividad: tabaquismo, hipertensión, dislipemia e hiperglucemia) y, por otro lado, las circunstancias particulares de cada paciente (edad, años de evolución, presencia de complicaciones cardiovasculares y calidad y expectativa de vida).

Tabla 3. Factores de riesgo para sangrado y otras complicaciones gastrointestinales en pacientes que reciben ácido acetilsalicílico

- Edad >60 años
- Hemorragia digestiva previa
- Historia previa de úlcera péptica u otras lesiones gastrointestinales
- Uso concomitante de antiinflamatorios no esteroideos
- Uso concomitante de anticoagulantes u otros antiagregantes (por ejemplo, clopidogrel)
- Uso de corticoides o inhibidores de la recaptación de la serotonina (fluoxetina, paroxetina u otros)
- Presencia de enfermedades concomitantes graves

Esta estrategia se lleva a cabo aplicando el esquema de actuación señalado en la tabla 1 y planteando los objetivos terapéuticos generales recogidos en la tabla 2. Como ya se ha señalado, las intervenciones deben ser personalizadas para cada paciente. Estas intervenciones se concretarían en las siguientes recomendaciones:

Estilo de vida

- Reducción ponderal en caso de sobrepeso u obesidad:
 - Dieta baja en hidratos de carbono y calorías.
 - Disminución de la ingestión de grasas saturadas.
- Indicación de aumento de la actividad física o prescripción de actividad física conforme a la situación funcional de cada paciente.
- Aconsejar el abandono del tabaco.
- Limitar el consumo de alcohol a una unidad diaria o menos en las mujeres y a dos o menos en los varones.

Factores de riesgo mayores

- Los pacientes con DM2 con unas cifras de presión arterial $\geq 140/90$ mmHg deben modificar su estilo de vida y recibir tratamiento farmacológico.
- Los pacientes con DM2 han de mantener las cifras de presión arterial

TEMA DE LA SEMANA

diabetes en atención primaria

diastólica en 80-85 mmHg y sistólica entre 130-139 mmHg.

- Los pacientes con DM2 e hipertensión arterial deben ser tratados en primer lugar con un IECA, y si no se alcanzan los objetivos terapéuticos, se recomienda añadir un antagonista del calcio o un diurético tiazídico.
- De forma general, se recomienda alcanzar unas cifras de colesterol LDL <100 mg/dL en prevención primaria y <70 mg/dL en prevención secundaria.
- Se recomienda iniciar el tratamiento con estatinas cuando el colesterol LDL es ≥ 100 mg/dL en la prevención primaria, y de forma sistemática e independientemente de las cifras basales en la prevención secundaria.
- En los pacientes diabéticos con un riesgo cardiovascular muy elevado y que presentan de forma aislada cifras bajas de colesterol HDL, puede considerarse la indicación de fibratos o ácido nicotínico.
- En los pacientes con diabetes y riesgo cardiovascular muy elevado, sobre todo si tienen niveles de colesterol no HDL ≥ 130 mg/dL en prevención primaria o ≥ 100 mg/dL en prevención secundaria, tras el tratamiento con estatinas, puede considerarse la indicación de terapia combinada con ácido nicotínico o fibratos.
- En los pacientes con diabetes y riesgo cardiovascular muy elevado que no logren el objetivo de normalizar los niveles de colesterol LDL con dosis moderadas o altas de estatinas o que presenten intolerancia a estas dosis,

puede considerarse la combinación de estatinas y ezetimiba.

- En los pacientes con diabetes y riesgo cardiovascular muy elevado que no toleren las estatinas, o cuando éstas estén contraindicadas, puede considerarse la intervención con fibratos, o ezetimiba como alternativa, en monoterapia.
- Se recomienda mantener la cifra de hemoglobina glucosilada próxima al 7,5% en los siguientes casos:
 - Larga evolución de la enfermedad.
 - Antecedentes de hipoglucemia grave.
 - Enfermedad micro y macrovascular avanzada.
 - Expectativa de vida limitada.
- En pacientes jóvenes y en pacientes con una diabetes de corta evolución y sin complicaciones cardiovasculares ni riesgo de hipoglucemia grave, se aconseja alcanzar unas cifras de hemoglobina glucosilada <6,5%.
- Valorar el riesgo cardiovascular y de sangrado para establecer el balance riesgo-beneficio.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

- El objetivo terapéutico en todo paciente con diabetes es la reducción del riesgo cardiovascular, más allá del mero control de las cifras de glucemia.
- El esquema de actuación e intervención ha de tener un enfoque multifactorial.
- Los objetivos de control de la enfermedad deben personalizarse en función de la situación clínica de cada paciente, sobre todo los relativos a las cifras de glucemia y de presión arterial.

- Informar al paciente del balance riesgo-beneficio de la antiagregación y compartir con él la decisión de antiagregar.
- Valorar los factores de riesgo de sangrado para indicar la gastroprotección cuando proceda. ■

Bibliografía

- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2009. *Diabetes Care*. 2011; 34 Supl 1: S11-S61.
- Brunzell JD, Davidson M, Furberg CD, et al. American Diabetes Association; American College of Cardiology Foundation. Lipoprotein management in patients with cardiometabolic risk: consensus statement from the American Diabetes Association and the American College of Cardiology Foundation. *Diabetes Care*. 2008; 31(4): 811-822.
- Cano-Pérez JF, Franch J, coords., y miembros del grupo de la redGDPS de España. Guía de la diabetes tipo 2. Recomendaciones clínicas con niveles de evidencia. Elsevier-Masson, 2011.
- Grupo de trabajo Diabetes Mellitus y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes. Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular: Recomendaciones del grupo de trabajo Diabetes Mellitus y Enfermedad Cardiovascular. *Endocrinol Nutr*. 2010; 57(5): 220-226.

Ver caso clínico interactivo complementario en
www.sietediasmedicos.com



Estos trabajos están acreditados por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-
 Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud

Cada tema: **0,2 créditos**

Bloque completo: **0,8 créditos**

