

## El riesgo cardiovascular del paciente diabético

El manejo del riesgo cardiovascular (RCV) es un aspecto clínico importante debido a la prevalencia cada vez mayor de las enfermedades cardiovasculares; además, permite distintos enfoques clínicos. Existen opiniones diversas que dan lugar a una gran variabilidad en el manejo clínico de los pacientes. Ello depende de la contestación a las siguientes preguntas:

¿Tiene el mismo significado abordar un factor de riesgo que una enfermedad ya presente?; ¿por qué, a pesar de la recomendación de utilizar tablas de RCV, tomamos muchas veces las decisiones teniendo en cuenta sólo la alteración cuantitativamente relevante de un factor de RCV concreto?; ¿qué peso clínico tiene la edad cuando utilizamos tablas de RCV?; ¿ofrecen las tablas de RCV un valor predictivo significativo para un paciente individual o son únicamente útiles a nivel poblacional?; ¿deberíamos tener en cuenta el criterio geográfico y utilizar tablas validadas a nivel nacional o local (si ello fuera posible), o no debe preocuparnos la sobreestimación de las importadas de países con mayor prevalencia de enfermedad arteriosclerótica?; ¿usamos tablas sólo para enfermedad coronaria o para enfermedad arteriosclerótica global?; ¿con qué criterio definimos que un paciente es tributario de prevención secundaria?; ¿la enfermedad arterial periférica, un accidente isquémico transitorio, un soplo carotídeo o la diabetes son criterios para clasificarlos de esa forma?

Podríamos seguir así con más preguntas, pero creo que son suficientes para una mínima reflexión.

En este caso nos ocupa específicamente la diabetes. No existen dudas razonables sobre si los pacientes diabéticos tienen un riesgo cardiovascular elevado, pero, dicho esto, existen muchas más en que su abordaje clínico deba seguir los criterios de prevención secundaria.

Hagamos un poco de historia. En el año 1998, Haffner, en un estudio de repercusión mundial, probablemente la mayor en este campo de todos los tiempos, concluyó la equivalen-

cia; mejor dicho, no pudo demostrar que los riesgos fuesen distintos entre los pacientes diabéticos y aquellos que habían padecido un infarto agudo de miocardio. Dadas las lagunas metodológicas del estudio, entre otras, con una de las ramas de sólo 69 pacientes, habría que preguntarse qué motivos hubo para tamaña repercusión. Aunque posteriormente Evans, con estudios de mayor rigor metodológico, refutó la afirmación de Haffner, sus conclusiones fueron prácticamente ignoradas. Posteriormente las tesis de Evans fueron confirmadas por decenas (no es una simple expresión) de estudios, pero, por motivos que el lector inteligente habrá podido ya intuir, la difusión de los mismos ha sido escasa, no ya en la literatura científica, sino por los llamados líderes de opinión. Existe un metaanálisis de 2009 que resume puntualmente lo publicado en los últimos años y que concluye que el riesgo comparado de diabéticos y pacientes con cardiopatía isquémica es claramente inferior en varones y puede ser similar en mujeres.

Como sucede en otros campos, a veces difícil es demostrar lo ya evidente, y una mentira repetida se convierte en verdad; tenemos otros muchos ejemplos de ello en la medicina y en la vida misma. Pero, si esto sucede, tenemos que intentar al menos averiguar sus causas y cuáles pueden ser los motivos de confusión para los profesionales honrados que quieren acercarse al riesgo cardiovascular con una actitud científica, eficaz y eficiente.

Hay dos grandes argumentos que se esgrimen para validar la equivalencia de riesgos entre los pacientes diabéticos y los que han sufrido un evento cardiovascular. El primero es que el tratamiento farmacológico consigue objetivos similares en ambas poblaciones; esto puede considerarse cierto teniendo en cuenta, eso sí, las limitaciones de los estudios realizados a corto plazo, aunque sea de varios años, en poblaciones seleccionadas y cuya validez externa puede ser cuestionable. La difusión de estos estudios está garantizada y muchas veces es la única fuente de opinión para muchos profesionales.

El otro argumento es que el riesgo se hace muy similar cuando comparamos a pacientes con un infarto agudo de miocardio reciente con los diabéticos de unos 10 a 15 años de evolución. Pero no sabemos cuál es el efecto de tratar intensivamente a los diabéticos en ese período y, ante la duda, eso es lo mejor. Resultados recientes del United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) nos hablan del beneficio del control glucémico en los primeros años desde el diagnóstico de la enfermedad, pero no se observa lo mismo con relación a la tensión arterial. No hay ninguna evidencia conocida respecto al manejo de los lípidos en ese período.

Nuestra visión respecto al manejo del riesgo vascular en el paciente diabético es que precisa una evaluación individualizada, dada la heterogeneidad de la edad de presentación de la diabetes, la comorbilidad y otras circunstancias sociofamiliares del paciente, incluida su participación en la toma de decisiones que a él primordialmente le afectan; asimismo, también se ve claro que las tablas de RCV pueden ayudarnos, por lo menos, a ordenar el riesgo y también a educar al paciente mostrándole los cambios que se producen al modificar los factores de RCV. De entre estas tablas, la extraída del UKPDS nos parece la más adecuada por varios motivos: tiene en cuenta los años de evolución de la enfermedad, valora el colesterol HDL y la presencia de fibrilación auricular, considera la etnicidad, diferencia riesgo coronario y riesgo cerebrovascular, e indica los resultados con intervalo de confianza. Valorar la presencia de microalbuminuria, sobre todo en casos de «riesgo intermedio», puede ser de ayuda para nuestra decisión clínica. De igual modo, también debe ser valorada la presencia de síndrome metabólico o, mejor dicho, su ausencia, ya que es muy frecuente la coexistencia de ambos procesos.

Pero no terminan nuestras dudas con ello. Sabemos que la diabetes aumenta el riesgo de padecer eventos cardiovas-

culares: antes del evento (aumento de muerte súbita respecto a población no diabética), aumenta la mortalidad precoz del infarto agudo de miocardio (medida a los 28 días), aumenta la mortalidad tardía (a lo largo de los años) y se dificultan las técnicas de tipo intervencionista; éstas últimas, a veces imposibles en los diabéticos, siempre son más dificultosas y llevan a resultados menos brillantes. Por ello, ya existe un documento del UKPDS que nos habla del elevado RCV de los pacientes diabéticos «a lo largo de la vida». Asimismo, los autores del Framingham están proponiendo recientemente la utilización de tablas en este mismo sentido. ¿Qué hacer entonces? Aunque pueda parecer una verdad de Perogrullo, la mejor prevención del RCV de los pacientes diabéticos es que no lleguen a serlo.

Si a estas alturas todavía existen ánimos suficientes para convivir con la incertidumbre que hayamos podido generar, podríamos plantearnos si, en el año 2010, un RCV del 20% a 10 años equivale a criterios de prevención secundaria (estudios recientes lo ponen en duda y magnifican la importancia de la prevención secundaria frente a la primaria) y si, gracias a la correcta atención de éstos últimos, la mortalidad ha descendido, afortunadamente, hasta unos niveles que dificultan en algunos estudios recientes llegar a conclusiones significativas por el escaso número de eventos producidos.

Pero, seamos prácticos, el interés de toda esta «filosofía» es si tratamos farmacológicamente, con qué fármacos y qué objetivos tenemos que alcanzar. La importancia del tema, tanto clínica como de utilización de recursos materiales y humanos, requiere una argumentación más detallada de la que es posible en estas líneas.

**Dr. José Manuel Millaruelo**