

Diabetes e infarto

Sara Artola Menéndez

Internista. Coordinadora de la redGDPS. Centro de Salud Hereza. Leganés. Madrid

Se estima que más de 360 millones de personas en el mundo padecen diabetes mellitus (DM); de ellos, más del 90 % corresponden a DM tipo 2. La prevalencia mundial según la International Diabetes Federation es del 8,3 %¹. Los datos del estudio Di@bet.es en España² la sitúan casi en el 14 %, pero el mayor problema lo constituye el ritmo de crecimiento y el infradiagnóstico. Hasta un 6,8 % de enfermos desconocen su situación. Los «estados prediabéticos» o mejor las personas en riesgo de sufrir DM suman casi otro 15 %: la glucemia basal alterada supone el 3,4 %, la intolerancia a la glucosa un 9,2 % y ambas condiciones un 2,2 %. Es decir, que alrededor de un 30 % de la población presenta algún trastorno relacionado con el metabolismo hidrocarbonado. Las previsiones para las próximas décadas debido al incremento mundial de la obesidad y la vida sedentaria calculan proporciones pandémicas de DM2. Para el 2030 se prevé que uno de cada 10 adultos será diabético³.

La enfermedad vascular arteriosclerótica afecta principalmente a los vasos coronarios, a los cerebrovasculares y a las extremidades inferiores. Constituye, en su conjunto, la primera causa de morbimortalidad en los países desarrollados y está incrementándose en los países en desarrollo. La enfermedad cardiovascular no es específica de la DM, pero configura un binomio altamente prevalente. En la población europea, el registro de factores de riesgo⁴ en pacientes con cardiopatía isquémica demostró un aumento de la prevalencia de obesidad del 25 al 38 % y de DM del 17,4 al 28 %. Otro registro europeo, el *Euro Heart Survey*⁵, realizado en 25 países con más de 4.000 pacientes, objetivó que el 31 % eran diabéticos en el momento del diagnóstico de la enfermedad coronaria y que, tras la sobrecarga oral de glucosa, en torno a un 35 % tenían una alteración del metabolismo de la glucemia y en un 14-22 % se diagnosticaba una DM *de novo*.

Se calcula que la DM incrementa el riesgo de sufrir un evento vascular entre dos y cinco veces respecto al sujeto que no la padece. La situación en la mujer diabética es aún

más alarmante. Se calcula que las mujeres con DM tienen hasta cinco veces más probabilidad de desarrollar un evento cardiovascular, en comparación con las mujeres no diabéticas. El programa de seguimiento del National Health and Nutrition Examination detectó hace más de una década que, si bien la evolución de la mortalidad cardíaca para la población norteamericana ha sido favorable en los últimos 30 años, cuando se analizan los grupos de pacientes con DM, se observa que el subgrupo de las mujeres con DM no solo no ha registrado mejoría, sino que incluso ha padecido un incremento de la mortalidad cardíaca⁶. Estos datos fueron una auténtica revolución en la búsqueda de elementos que justificaran las diferencias de género en la presentación y abordaje de la patología vascular, y perjudicaban especialmente a la mujer diabética. Los resultados ocho años después mostraron que, a pesar del mejor control de los factores de riesgo cardiovascular, se sigue manteniendo una alta mortalidad en las mujeres. En un registro realizado entre 1971 y 2000⁷ se confirmó que el pronóstico es, en general, peor para las mujeres que para los hombres con DM.

En las mujeres diabéticas, la mortalidad total y la cardiovascular no han disminuido entre 1971-1988 ni entre 1988-2000, y la diferencia de la mortalidad total entre diabéticas y no diabéticas se ha más que duplicado (de 8,3 a 18,2 muertes anuales por 1.000 personas, $p = 0,04$). Si la esperanza de vida de los varones con DM es de alrededor de 7,5 años menos respecto a los no diabéticos, en el caso de las mujeres la diferencia es aún más acusada: 8,2 años. Respecto al tiempo de duración de la DM, se considera que 15 años de evolución es el punto de corte, cuantificándose un incremento del 1,86 (IC 95 % 1,17-2,93) por cada década de evolución de la enfermedad⁸.

En cuanto a la controversia sobre la equivalencia de riesgo entre el paciente con DM y el que ha sufrido un infarto que inició el estudio de Haffner⁹, justificando dicha equivalencia de riesgo, aunque cuestionado por Evans¹⁰, que demostró un menor riesgo para los pacientes con DM, quedó ordenado

tras el metaanálisis de Bulughapitiya¹¹, que incluyó a 45.108 pacientes con un seguimiento medio de 13,4 años.

Los pacientes diabéticos sin infarto agudo de miocardio (IAM) tienen un riesgo un 43 % menor de desarrollar eventos cardiovasculares que los pacientes no diabéticos con IAM previo (OR 0,56; IC 95 % 0,53–0,60). Cabe destacar el estudio de Hu¹², que hace un análisis por sexos, destacando que en varones el *hazard ratio* para mortalidad coronaria fue 2,1, 4 y 6,4 veces superior en presencia de DM, IAM previo o ambas. En el caso de las mujeres, los valores fueron 4,9, 2,5 y 9,4, respectivamente. Se concluye que, en la mujer, la asociación con DM es superior a la asociación con IAM para la mortalidad cardiovascular. El estudio REGICOR–GEDAPS¹³ comprueba que el diabético tiene menos riesgo de desarrollar enfermedad coronaria que el paciente que ya ha padecido un IAM previo.

Respecto al debate de realizar cribado de cardiopatía isquémica en todo paciente con DM, aunque fue una recomendación de algunas guías clínicas, los resultados del estudio DIAD¹⁴ no mostraron diferencias entre el grupo de cribado y el grupo control.

En resumen, parece fundamental buscar siempre la asociación entre DM y enfermedad cardiovascular. No hay que olvidar nunca que el mejor tratamiento de la DM es el control de todos los factores de riesgo cardiovascular, aunque en general no debe tratarse a la población diabética con los mismos objetivos que para aquellos sujetos que han sufrido un infarto, salvo quizás en el caso de las mujeres o aquellos con más de 15 años de evolución de la DM. En general, no está indicado el cribado de cardiopatía isquémica en pacientes con DM2 asintomáticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Fifth edition. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2011. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas>.
2. 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* 2011;55(1):88–93.
3. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2012. NIPO: 680–12–047–5.
4. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U; EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet* 2009;373(9667):929–40.
5. Bartnik M, Rydén L, Ferrari R, Malmberg K, Pyörälä K, Simoons M, et al.; Euro Heart Survey Investigators. The prevalence of abnormal glucose regulation in patients with coronary artery disease across Europe. The Euro Heart Survey on diabetes and the heart. *Eur Heart J* 2004;25(21):1880–90.
6. Gu K, Cowie CC, Harris MI. Diabetes and decline in heart disease mortality in US adults. *JAMA* 1999;281(14):1291–7.
7. Gregg EW, Gu Q, Cheng YJ, Narayan KM, Cowie CC. Mortality trends in men and women with diabetes, 1971 to 2000. *Ann Intern Med* 2007;147(3):149–55.
8. Fox CS, Sullivan L, D'Agostino RB Sr, Wilson PW; Framingham Heart Study. The significant effect of diabetes duration on coronary heart disease mortality: the Framingham Heart Study. *Diabetes Care* 2004;27:704–8.
9. Haffner SM, Lehto S, Rönnemaa T, Pyörälä K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 1998;339(4):229–34.
10. Evans J, Wang J, Morris A. Comparison of cardiovascular risk between patients with type 2 diabetes and those who had had a myocardial infarction: cross sectional and cohort studies. *BMJ* 2002;324:939–43.
11. Bulughapitiya U, Siyambalapatiya S, Sithole J, Idris I. Is diabetes a coronary risk equivalent? Systematic review and meta-analysis. *Diabet Med* 2009;26(2):142–8.
12. Hu G, Jousilahti P, Qiao Q, Katoh S, Tuomilehto J. Sex differences in cardiovascular and total mortality among diabetic and nondiabetic individuals with and without history of myocardial infarction. *Diabetologia* 2005;48:656–61.
13. Cano JF, Baena-Diez JM, Franch J, Vila J, Tello S, Sala J, et al.; REGICOR and GEDAPS Investigators. Long-term cardiovascular risk in type 2 diabetic compared with nondiabetic first acute myocardial infarction patients: a population-based cohort study in southern Europe. *Diabetes Care* 2010;33(9):2004–9.
14. Young LH, Wackers FJ, Chyun DA, Davey JA, Barrett EJ, Taillefer R, et al.; DIAD Investigators. Cardiac outcomes after screening for asymptomatic coronary artery disease in patients with type 2 diabetes: the DIAD study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009;301(15):1547–55.