

Factores de Riesgo Cardiovascular en Pacientes con Diabetes Tipo 2

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbimortalidad de los pacientes con diabetes tipo 2. Todos los adultos con diabetes se caracterizan por un incremento del riesgo de eventos cardiovasculares recurrentes. En consecuencia, el enfoque y el tratamiento de los factores de riesgo se consideran una de las prioridades en la terapia de estos pacientes.

Fuente: Global Guidelines for Type 2 Diabetes 65-69, 2012
Autor: International Diabetes Federation
Institución: International Diabetes Federation, Bruselas, Bélgica

Control de la presión arterial

El descenso de la presión arterial en los pacientes con diabetes tipo 2 es una estrategia de elevada rentabilidad, dado que la coexistencia de hipertensión y diabetes se correlaciona con mortalidad temprana, enfermedad cardiovascular, nefropatía y retinopatía.

Las recomendaciones para los umbrales de intervención y las metas del tratamiento son en general similares en las diferentes normativas. Se admite una acentuada correlación entre los niveles de presión arterial y la incidencia de eventos adversos, si bien no se ha definido un umbral apropiado para la terapia. Por consiguiente, se debate acerca de la consideración de una meta para la reducción de la presión arterial o bien administrar estrategias para disminuir este parámetro de la forma más acentuada posible. En forma global, se propone que una meta de presión arterial sistólica de 130 a 135 mm Hg permite reducir el riesgo de mortalidad temprana y de accidente cerebrovascular (ACV). Como consenso habitual, se recomienda mantener valores inferiores a 130/80 mm Hg en la población diabética, aunque podrían considerarse metas más bajas en individuos con mayor riesgo de ACV. Los potenciales beneficios de esta estrategia deben confrontarse con el riesgo de efectos adversos y la falta de beneficios definidos en términos cardíacos, renales y retinianos.

Normativas recomendadas

Se propone la medición de la presión arterial al menos en forma anual, así como en cada consulta clínica en los pacientes diabéticos con enfermedad cardiovascular. La determinación requiere el uso de equipos validados y controlados, con un manguito de insuflación de dimensiones apropiadas para los brazos del enfermo. Se prefiere la medición de la presión arterial después de al menos 5 minutos de reposo, con el miembro superior a la altura del corazón. La monitorización ambulatoria continua de 24 horas podría constituir un recurso adicional cuando se sospecha hipertensión "de guardapolvo blanco".

Se considera el inicio de tratamiento antihipertensivo cuando los valores de presión arterial superan en forma sistemática el umbral de 130/80 mm Hg. Del mismo modo, todos los pacientes diabéticos con enfermedad cardiovascular confirmada requieren la administración de antihipertensivos, con la excepción de aquellos sujetos con contraindicaciones o intolerancia. El objetivo de esta intervención es mantener valores de presión arterial de hasta 130/80 mm Hg, si bien

pueden preferirse metas más elevadas en sujetos ancianos o ante riesgo significativo de hipotensión postural o caídas.

En los pacientes con diabetes sin albuminuria puede iniciarse el tratamiento con cualquier antihipertensivo (con excepción de los antagonistas alfa adrenérgicos), en función de los costos, con titulación progresiva de acuerdo con la respuesta. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los antagonistas del receptor de angiotensina II se asocian con algunas ventajas adicionales en determinados contextos, pero no deben indicarse en forma conjunta.

Se advierte que los antagonistas de los canales de calcio (ACC) deben evitarse en presencia de insuficiencia cardíaca congestiva. Por otra parte, se prefieren ciertos fármacos en circunstancias específicas, como el angor (beta bloqueantes), la enfermedad coronaria (beta bloqueantes, IECA), insuficiencia cardíaca (IECA, diuréticos), enfermedad cerebrovascular (IECA asociado con ACC o dosis bajas de diuréticos).

En pacientes que requieren estrategias combinadas, se recomienda la asociación de IECA con ACC o con dosis bajas de diuréticos tiazídicos.

Protección cardiovascular

Se hace hincapié en que la enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbimortalidad de los pacientes con diabetes tipo 2. Todos los adultos con diabetes se caracterizan por un incremento del riesgo de eventos cardiovasculares recurrentes. En consecuencia, el enfoque y el tratamiento de los factores de riesgo se consideran una de las prioridades en la terapia de estos pacientes.

En este contexto, se definen como pacientes de alto riesgo aquellos individuos con diabetes tipo 2 con antecedentes de eventos cardiovasculares previos, presencia de microalbuminuria o macroalbuminuria y detección de un factor de riesgo específico con marcada alteración. Estos factores de riesgo tienden a agruparse, por lo que la evaluación del riesgo total en función del efecto combinado y sinérgico se considera un enfoque más adecuado. Mientras que esta modalidad de estratificación del riesgo se acepta en los individuos no diabéticos, se ha sugerido que la diabetes tipo 2 es un factor de riesgo suficientemente destacado, por lo cual el cálculo del riesgo podría resultar redundante. En este marco, existen diferencias relevantes en las diversas recomendaciones para la estratificación del riesgo en los pacientes con diabetes tipo 2. Se postula que la elección de la estrategia para definir el riesgo de estos enfermos debe efectuarse de modo específico para cada país, al considerar los datos epidemiológicos



locales relacionados con la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo.

Normativas recomendadas

Se propone la evaluación de los factores de riesgo vascular al momento del diagnóstico de diabetes y, al menos, en forma anual. Esta pesquisa incluye el antecedente de enfermedad cardiovascular, el índice de masa corporal, la identificación de los factores convencionales de riesgo (tabaquismo, presión arterial, lípidos, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular temprana), la presencia de nefropatía (con énfasis en la albuminuria) y de fibrilación auricular (por el riesgo de ACV).

Los individuos con antecedentes de enfermedad cardiovascular requieren cambios en el estilo de vida, uso de dosis

bajas de antiagregantes plaquetarios (aspirina o clopidogrel), estatinas y antihipertensivos, salvo contraindicaciones. Asimismo, los individuos de alto riesgo se tratan con cambios en el estilo de vida y farmacoterapia, aunque no se propone el uso sistemático de antiagregantes plaquetarios en ausencia de eventos cardiovasculares.

Se destaca la importancia del cese del tabaquismo, así como de la terapia con altas dosis de estatinas en caso de no existir contraindicaciones. Puede agregarse fenofibrato en sujetos con hipertrigliceridemia y bajos niveles de colesterol asociado con lipoproteínas de alta densidad, en especial en presencia de retinopatía. No se recomienda la terapia conjunta con estatinas y gemfibrozil, mientras que el uso de otros hipolipemiantes es una estrategia posible cuando no se alcanzan las metas sugeridas para los lípidos plasmáticos.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2014
www.siicsalud.com