

Mitos o realidades en el paciente con riesgo cardiovascular

Dr. José Escribano Serrano
Centro de Salud San Roque. Cádiz

Dra. Sonia Miravet Jiménez
Atención Primaria Martorell. Barcelona



Conflictos de interés

➔ Colaboraciones:

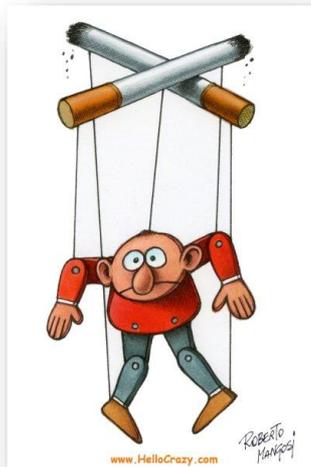
- He realizado reuniones de consultoría y sesiones de contenido científico patrocinadas por laboratorios farmacéuticos: Almirall, AstraZeneca, Boëhringer-Ingelheim, Esteve, FAES, Lilly, MSD y Sanofi.

➔ Sociedades científicas:

- Pertenezco a la Fundación redGDPS y soy miembro del GT de Diabetes de la SEMERGEN.

➔ Trabajo para el **Servicio Andaluz de Salud (SAS)**.

¿Qué factores de riesgo cardiovascular conocéis?





¿El tabaco produce DM tipo 2?

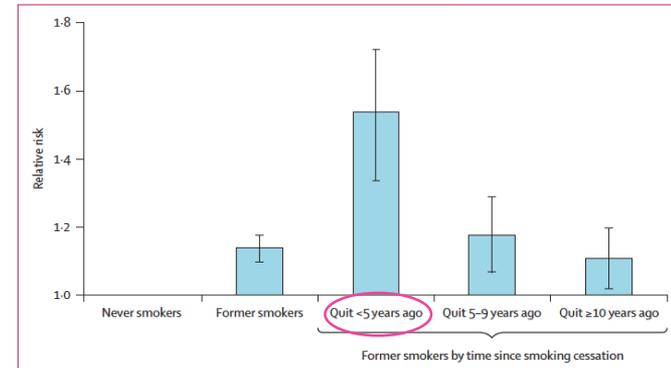
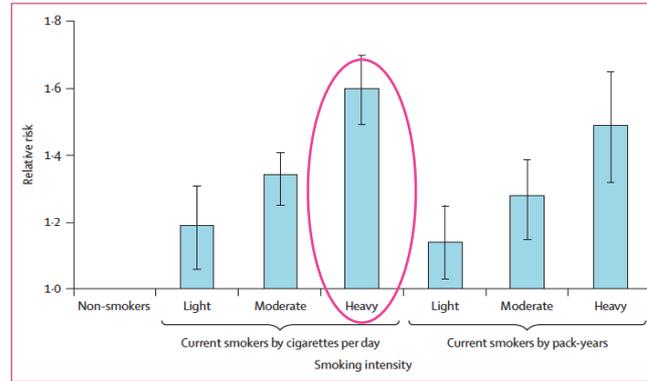
1 No

2 Si

Fumar produce diabetes

- ➔ El tabaquismo activo (y pasivo!!!) se asocia con:
 - ➔ ↑ del riesgo de **DM** en la población general
 - ➔ ↑ **complicaciones cardiovasculares** en la población con DM
- ➔ Fumar aumenta el riesgo de **nefropatía y neuropatía en DM1** (no concluyente en DM2)
- ➔ **Dejar de fumar** ↓ el riesgo de DM y eventos cardiovasculares en pacientes con DM a **largo plazo** (no a corto plazo!!)

¿Será por el aumento de peso?
¿Por impacto negativo sobre el control glucémico?



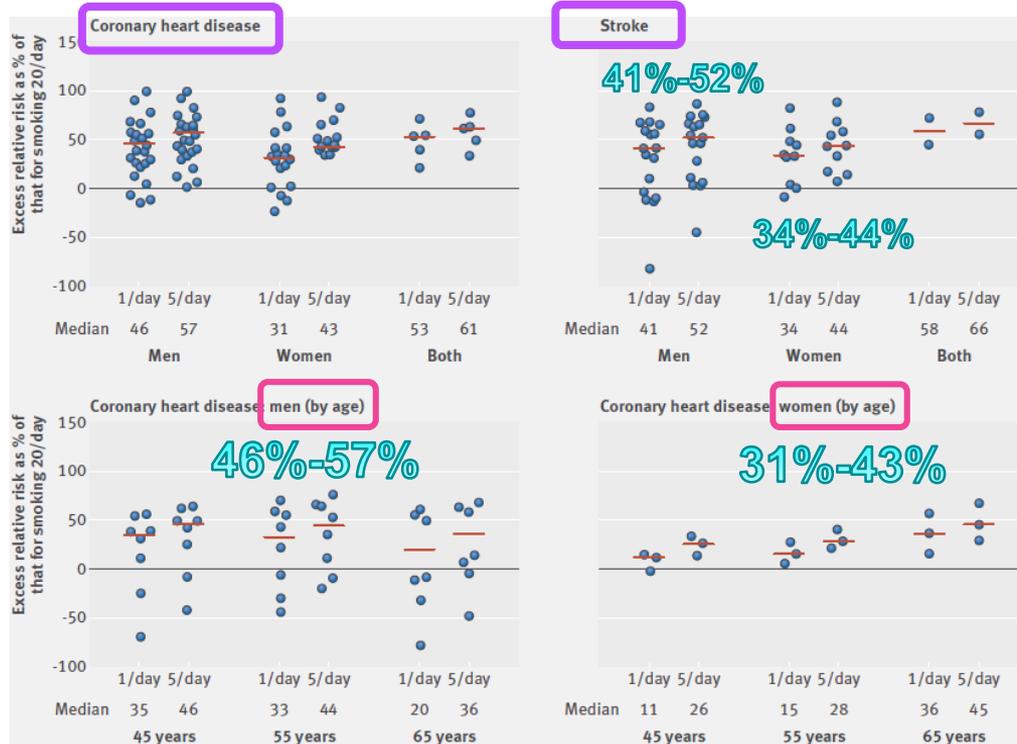


¿Fumar un solo cigarrillo al día aumenta el RV?

1 No

2 Si

Fumar un solo cigarrillo al día aumenta el RCV



Fumar 1 cig/d tiene mayor riesgo de ECV que el esperado: la mitad del fumador de >20cig/d.

Hackshaw A, et al. BMJ 2018;363:k5035

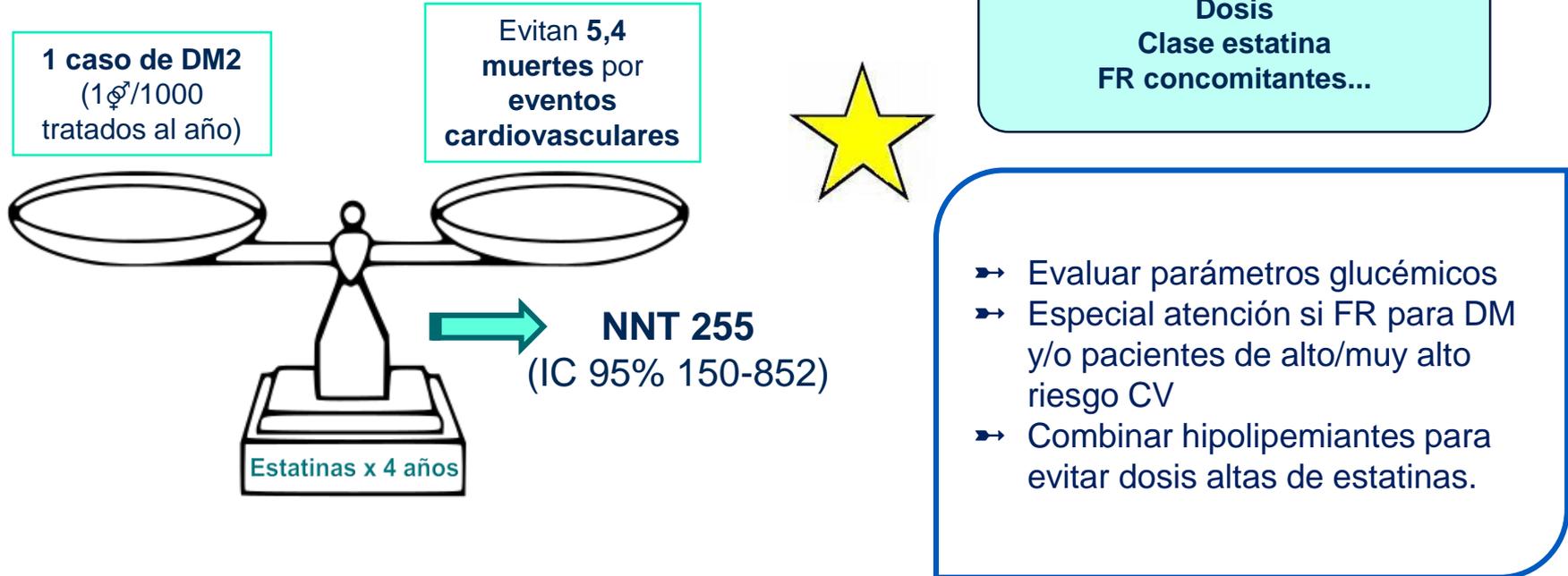


¿Tomar estatinas produce DM tipo 2?

1 No

2 Si

Tomar estatinas produce diabetes





¿En personas con DM2 se debe calcular RV?

1 No

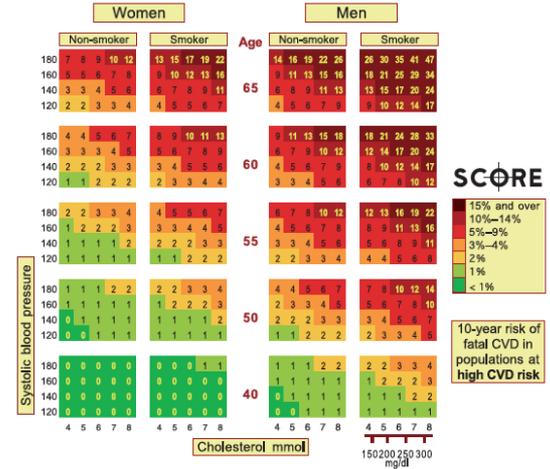
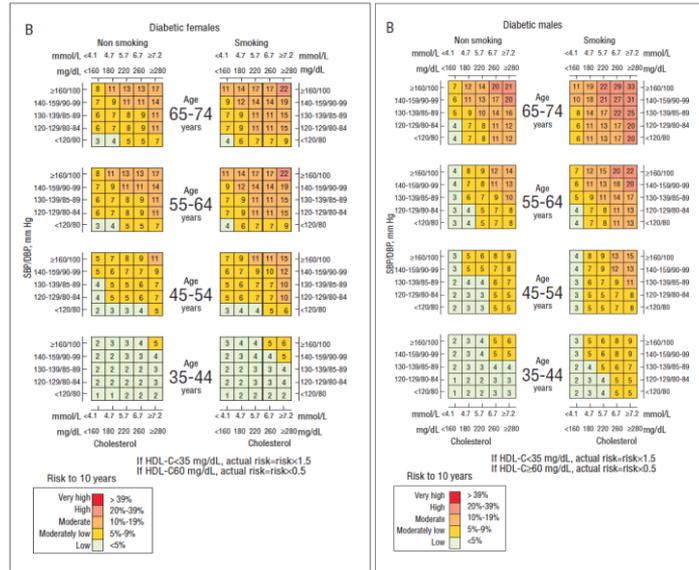
2 Si

En la persona con DM2 no calcules el RCV

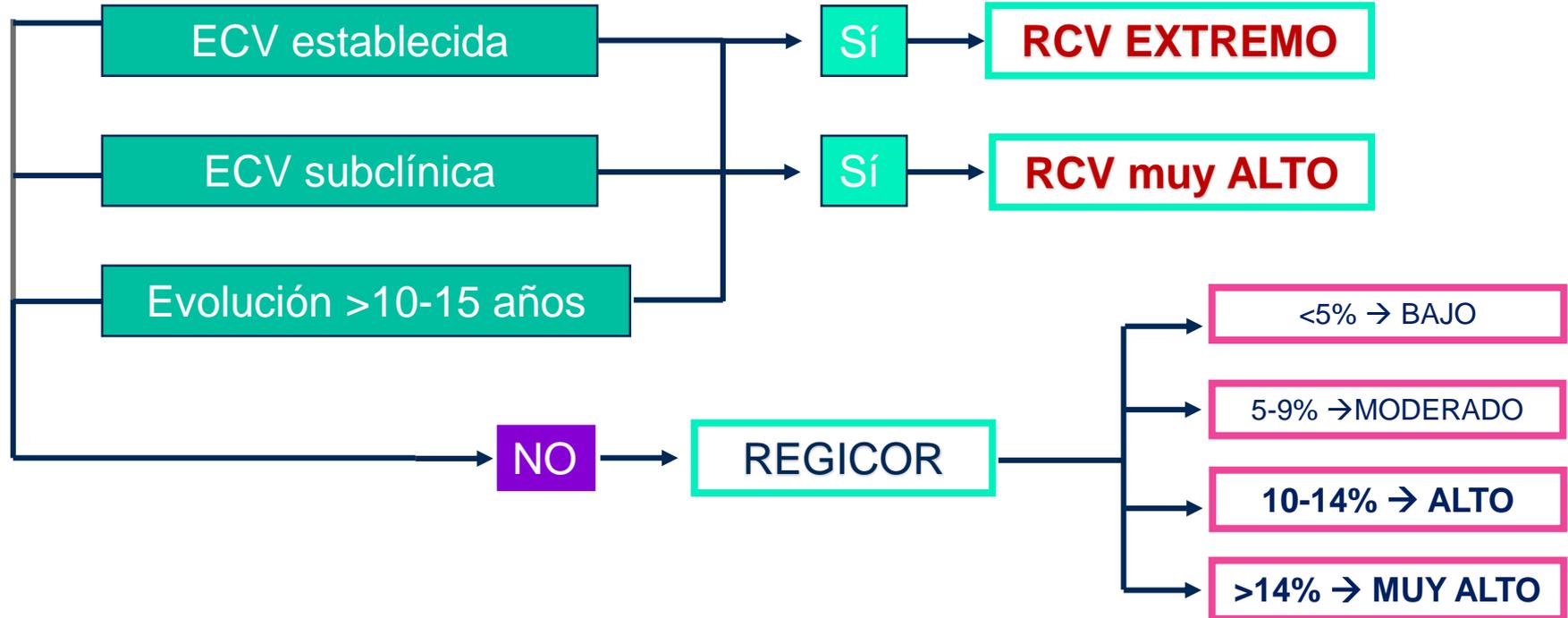
DM ≠ EQUIVALENTE CORONARIO, excepto:

- evolución >10 años
- mujeres
- albuminuria
- ↓ITB
- placas de ateroma...

➤ **REGICOR**: estima mejor el RCV en DM2 de nuestro entorno.



En la persona con DM2 no calcules el RCV



REVISIÓN

Documento de consenso de la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA) para la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiovascular en la diabetes mellitus tipo 2



Tabla 1 Riesgo cardiovascular del paciente con DM

RCV	Comorbilidades y FRCV
Moderado	DM tipo 1 de corta evolución sin ECV, ERC, LOD, FRCV
Alto	DM sin ECV, ERC, LOD, FRCV
Muy alto	DM con ERC o LOD o FRCV
Extremo	DM con ECV clínica establecida

DM: diabetes mellitus; ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; FRCV: factores de riesgo cardiovascular (dislipidemia, hipertensión, c-HDL < 40 mg/dL, historia familiar de ECV en familiar de primer grado < 55 años en hombres o < 65 años en mujeres); LOD: lesión de órgano diana.

Tabla 2 Objetivos lipídicos en pacientes con DM

	c-LDL	c-No-HDL ^a	Apo B
RCV extremo	< 55 mg/dL < 1,4 mmol/l	< 85 mg/dL < 2,1 mmol/l	< 70 mg/dL < 0,7 g/l
RCV muy alto	< 70 mg/dL < 1,8 mmol/L	< 100 mg/dL < 2,6 mmol/L	< 80 mg/dL < 0,8 g/L
RCV alto	< 100 mg/dL < 2,6 mmol/L	< 130 mg/dL < 3,3 mmol/L	< 90 mg/dL < 0,9 g/L
RCV moderado	< 115 mg/dL < 3,0 mmol/L	< 145 mg/dL < 3,7 mmol/L	< 100 mg/dL < 1,0 g/L

Apo: apolipoproteína; c-LDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; c-No-HDL: colesterol no unido a lipoproteínas de alta densidad; DM: diabetes mellitus; RCV: riesgo cardiovascular.

^a Si triglicéridos > 200 mg/dL o dislipidemia aterogénica.



REVISIÓN

Documento de consenso de la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA) para la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiovascular en la diabetes mellitus tipo 2



Tabla 1 Riesgo cardiovascular del paciente con DM

RCV	Comorbilidades y FRCV
Moderado	DM tipo 1 de corta evolución sin ECV, ERC, LOD, FRCV
Alto	DM sin ECV, ERC, LOD, FRCV
Muy alto	DM con ERC o LOD o FRCV
Extremo	DM con ECV clínica establecida

DM: diabetes mellitus; ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; FRCV: factores de riesgo cardiovascular (dislipidemia, hipertensión, c-HDL < 40 mg/dL, historia familiar de ECV en familiar de primer grado < 55 años en hombres o < 65 años en mujeres); LOD: lesión de órgano diana.

Tabla 2 Objetivos lipídicos en pacientes con DM

	c-LDL	c-No-HDL ^a	Apo B
RCV extremo	< 55 mg/dL	< 85 mg/dL	< 70 mg/dL
	< 1,4 mmol/L	< 2,1 mmol/L	< 0,7 g/L
RCV muy alto	< 70 mg/dL	< 100 mg/dL	< 80 mg/dL
	< 1,8 mmol/L	< 2,6 mmol/L	< 0,8 g/L
RCV alto	< 100 mg/dL	< 130 mg/dL	< 90 mg/dL
	< 2,6 mmol/L	< 3,3 mmol/L	< 0,9 g/L
RCV moderado	< 115 mg/dL	< 145 mg/dL	< 100 mg/dL
	< 3,0 mmol/L	< 3,7 mmol/L	< 1,0 g/L

Apo: apolipoproteína; c-LDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; c-No-HDL: colesterol no unido a lipoproteínas de alta densidad; DM: diabetes mellitus; RCV: riesgo cardiovascular.

^a Si triglicéridos > 200 mg/dL o dislipidemia aterogénica.



¿Es útil la aspirina en prevención primaria?

1 No

2 Si

La aspirina es eficaz en prevención primaria, sobretodo en personas con DM2

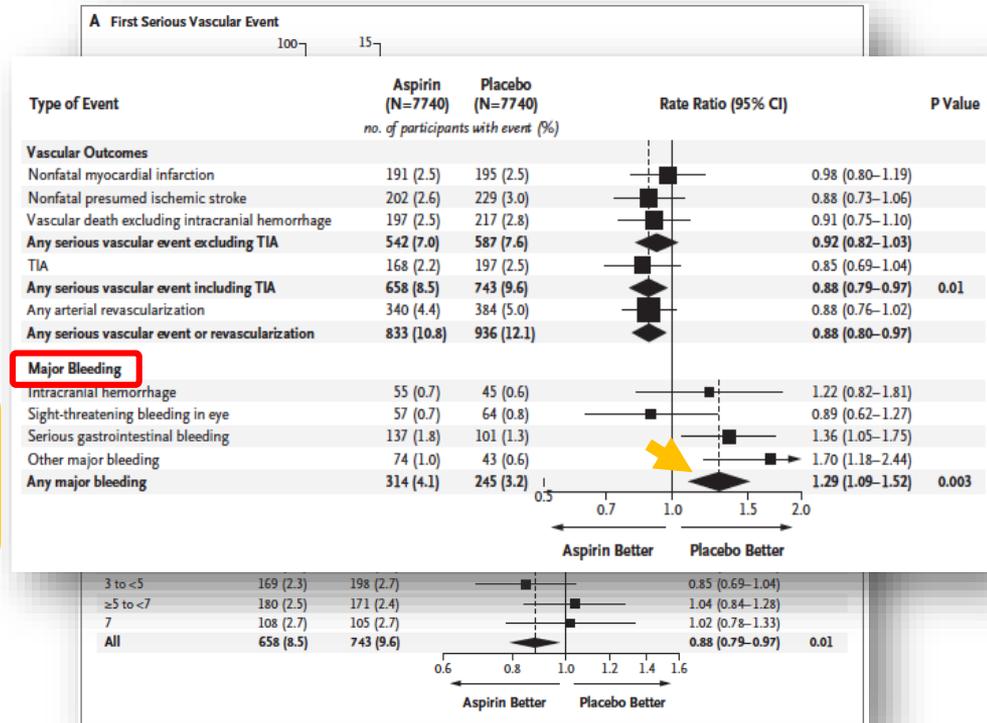
PREVENCIÓN 2ria
PREVENCIÓN

1aria:
IAM en 
y AVC en ??


HEMORRAGIAS
DIGESTIVAS

- ➔ AAS 75-162mg/d Prev 2ria y clopidogrel 75mg/d si alergia.
- ➔ ADA: en Prev 1aria si ≥ 50 años con al menos 1 FR (AF ECV prematura, HTA, DLPM, tabaquismo o albuminuria) y sin riesgo de sangrado.

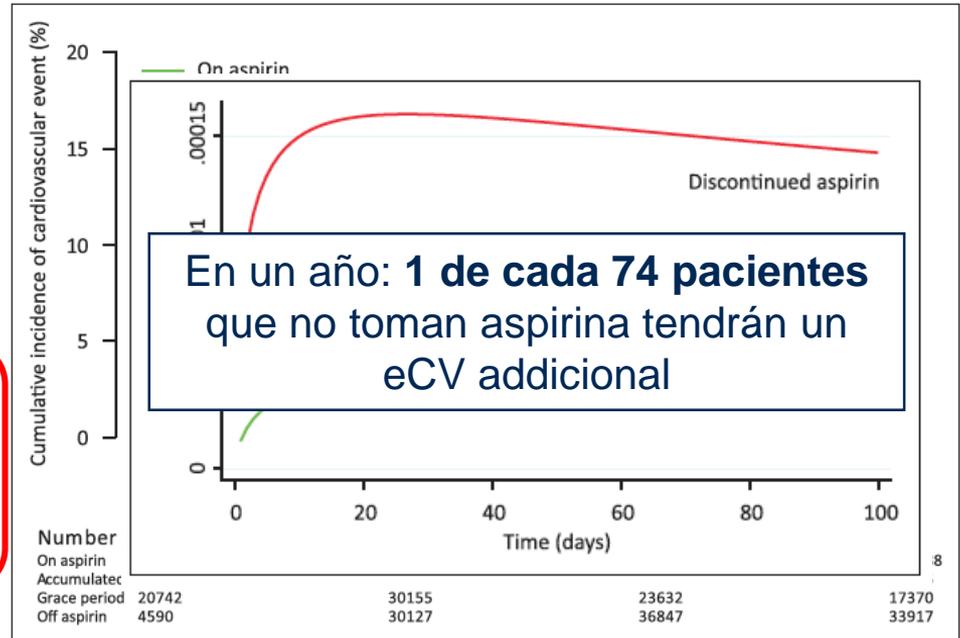
AAS y DM2



Vale, pero... ¿pueden descansar los que ya toman aspirina a dosis bajas?

- ➔ N 601.527 pacientes en prevención 2aria con AAS a bajas dosis
- ➔ Estudio de cohortes 2005-2009. Suiza
- ➔ Seguimiento medio: 3,3 años

La **discontinuación de aspirina** en ausencia de cirugía mayor o sangrado se asocia a un **aumento >30% de riesgo de eventos cardiovasculares**



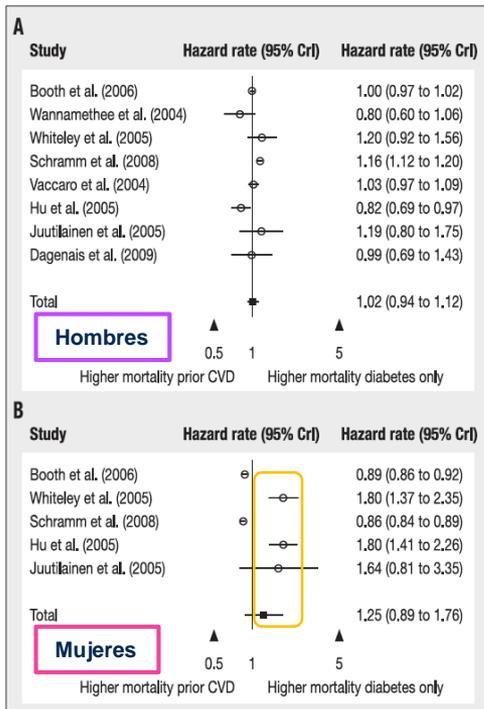


¿La mujer con DM2 tiene menor RV?

1 No

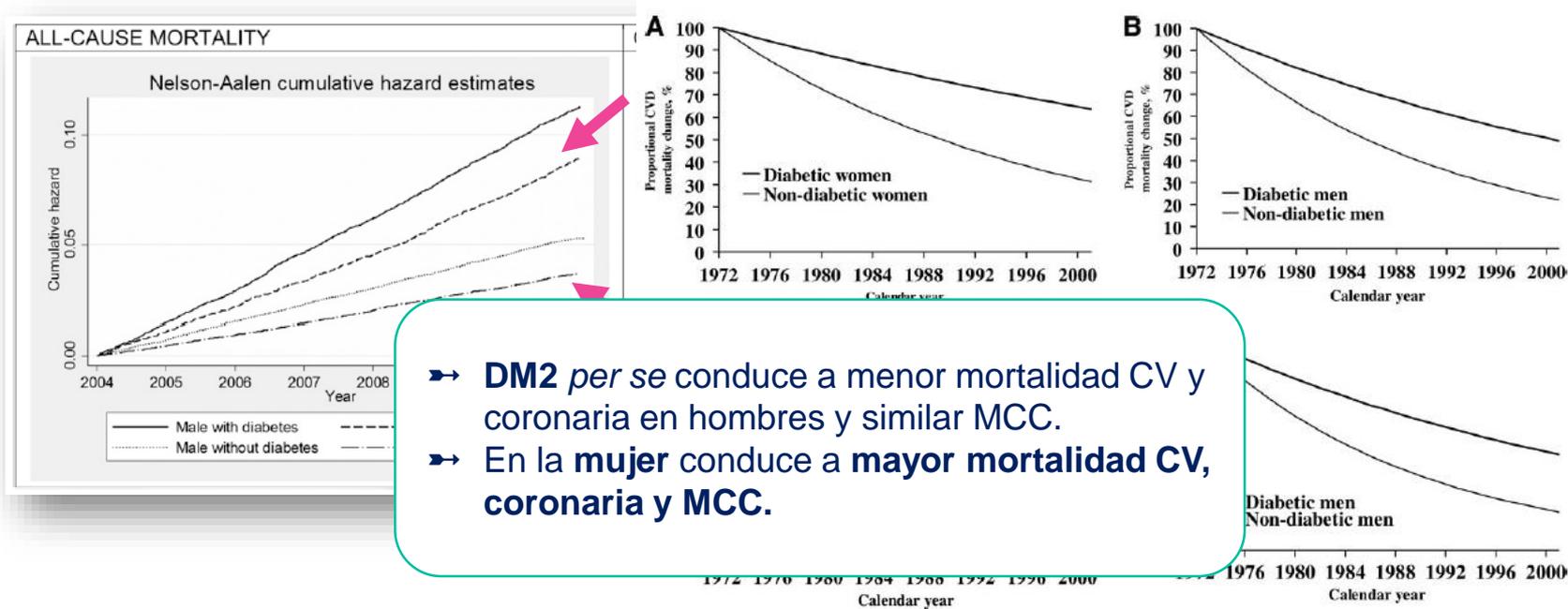
2 Si

Si tienes DM2, pero eres mujer, no debes preocuparte por tu riesgo cardiovascular

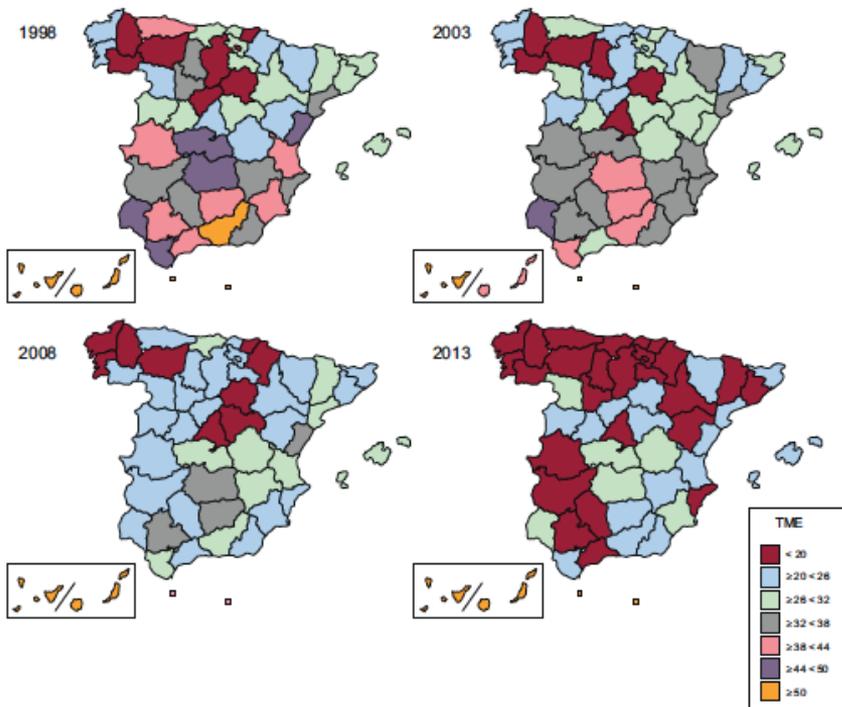


La **DM2** induce en la mujer un RCV relativo frente a mujeres sin diabetes **más elevado** que en varones y con **peor pronóstico** tras el ECV.

Si tienes DM2, pero eres mujer, no debes preocuparte por tu riesgo cardiovascular



Si tienes DM2, pero eres mujer, no debes preocuparte por tu riesgo cardiovascular



Reducción de mortalidad por DM en varones 25,3% y en mujeres del 41,4%



¿El estilo de vida saludable (EVS) disminuye poco el RV?

1 No

2 Si

El estilo de vida saludable (EVS) disminuye poco el riesgo cardiovascular

- ➔ N 19.320
- ➔ Índice
- ➔ Años
- ➔ Se id

Un mayor índice de EVS (7-10) se asoció con una RR 78% riesgo de ECV

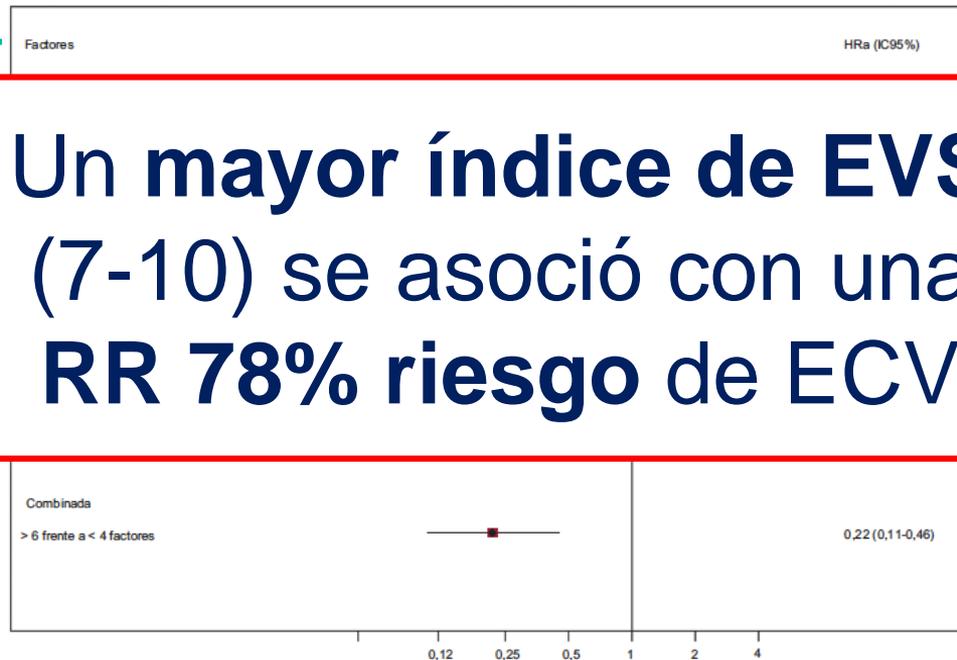


Tabla 1
Índice de hábitos de estilo de vida saludable

	Puntuación
Tabaquismo	
Abstinencia del tabaco	1
Fumador (activo y exfumador)	0
Actividad física (MET-h/semana)	
Físicamente activo (> 20 MET-h/semana)	1
No físicamente activo (≤ 20 MET-h/semana)	0
Patrón de dieta mediterránea (puntuación de Trichopoulos)[†]	
Adherencia alta (≥ 4)	1
Adherencia baja (< 4)	0
Índice de masa corporal	
≤ 22	1
> 22	0
Consumo moderado de alcohol	
Consumo moderado (0,1-5 g/día; varones, 0,1-10 g/día)	1
No consumo o consumo elevado (> 5 g/día; varones, > 10 g/día)	0
Tiempo viendo la televisión	
Poco tiempo viendo la televisión (< 2 h/día)	1
Mucho tiempo viendo la televisión (≥ 2 h/día)	0
«Atracones»	
Pocos «atracones» (1-2 veces al mes o menos)	1
Muchos «atracones» (3 o más veces al mes)	0
Siesta	
Siesta corta (0,1-0,5 h/día)	1
No siesta o dormir la siesta o siesta larga (> 0,5 h/día)	0
Tiempo con los amigos	
Pasar tiempo con los amigos (> 1 h/día)	1
No pasar tiempo con los amigos (≤ 1 h/día)	0
Tiempo trabajando	
Largo tiempo trabajando (≥ 40 h/semana)	1
Poco tiempo trabajando (< 40 h/semana)	0

[†] Puntuación de 0 a 8; las puntuaciones más altas indican mayor adherencia (excluyendo consumo de alcohol).



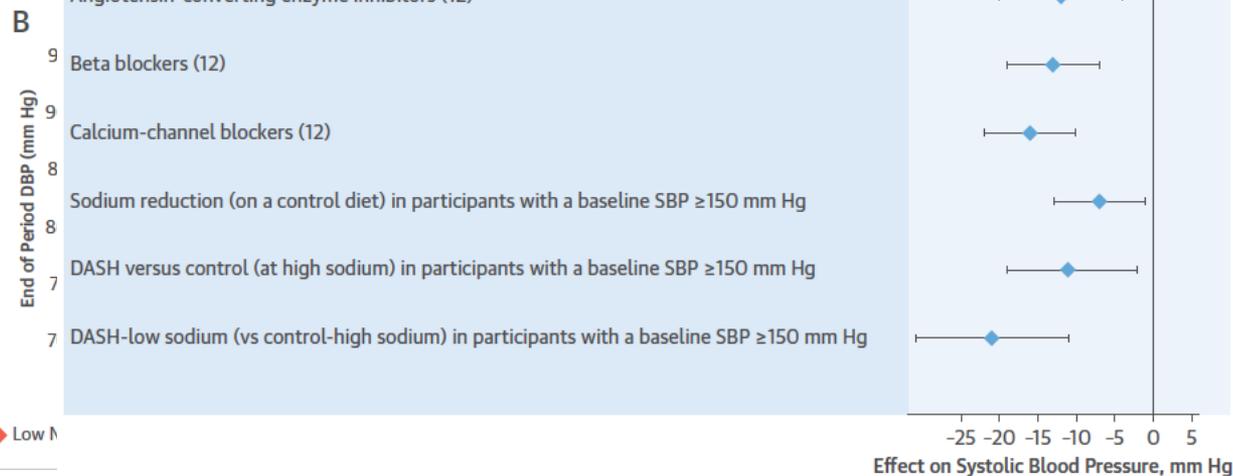
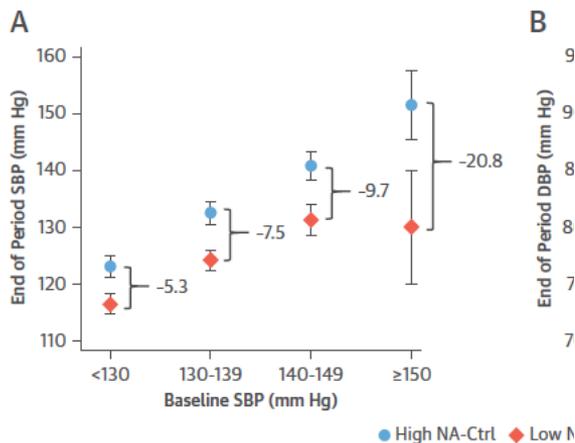
¿Es la dieta DASH es más efectiva que los fármacos?

1 No

2 Si

La dieta DASH es más efectiva que los fármacos en la disminución de la PA

- ➔ N 419
- ➔ 57% mujeres y 57% raza negra
- ➔ Edad media 48 años
- ➔ PA media: 135/86mmHg





¿Fumar y beber alcohol un produce daño vascular precoz?

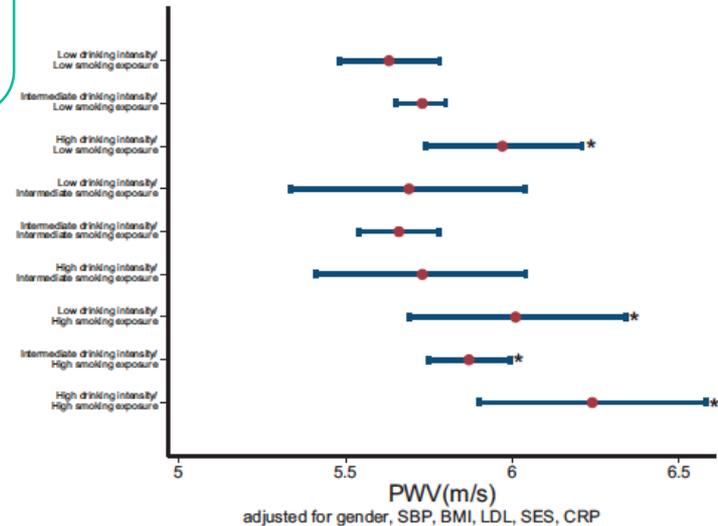
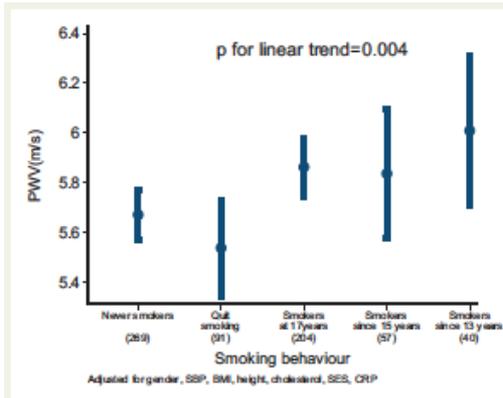
1 No

2 Si

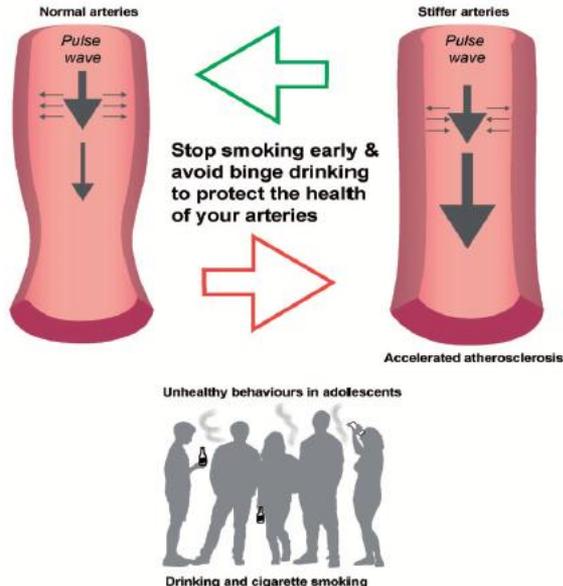
Fumar y beber alcohol produce daño vascular precoz, ya desde la adolescencia



- ➔ N 1.266 (66,4% mujeres)
- ➔ Determinar el **impacto del consumo de tabaco y alcohol** durante la **adolescencia** en la **rigidez arterial**
- ➔ Fumadores (intensidad) vs no fumadores
- ➔ Frecuencia y cantidad consumo alcohol
- ➔ Onda pulso carótido-femoral (OVP) a los 17 años



Fumar y beber alcohol produce daño vascular precoz, ya desde la adolescencia



- **Fumadores activos: mayor OVP** en comparación vs no fumadores ($p = 0,003$)
- **Grandes consumidores de alcohol** aumentaron OVP ($p = 0,013$)
- **Efecto aditivo significativo** ($p = 0,002$)

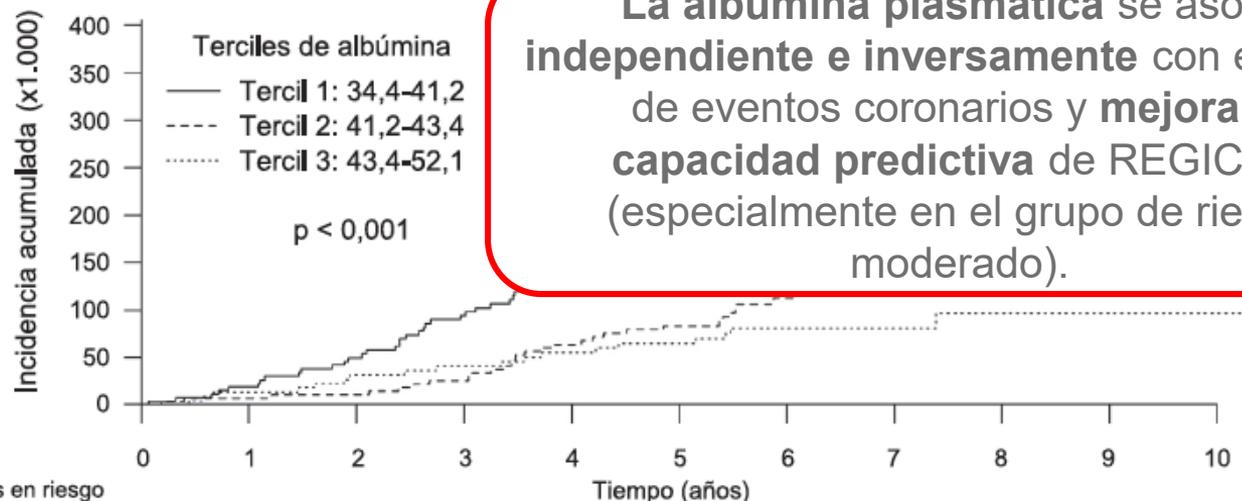


¿La albúmina plasmática ayuda en la estimación del RCV?

1 No

2 Si

La albúmina plasmática ayuda en la estimación del RCV



La albúmina plasmática se asocia **independiente e inversamente** con el riesgo de eventos coronarios y **mejora la capacidad predictiva** de REGICOR (especialmente en el grupo de riesgo moderado).



¿Es frecuente la asociación de DM2 con IC?

1 No

2 Si

COMORBILIDADES EN DIABETES TIPO 2 . SIDIAP. CATALUÑA

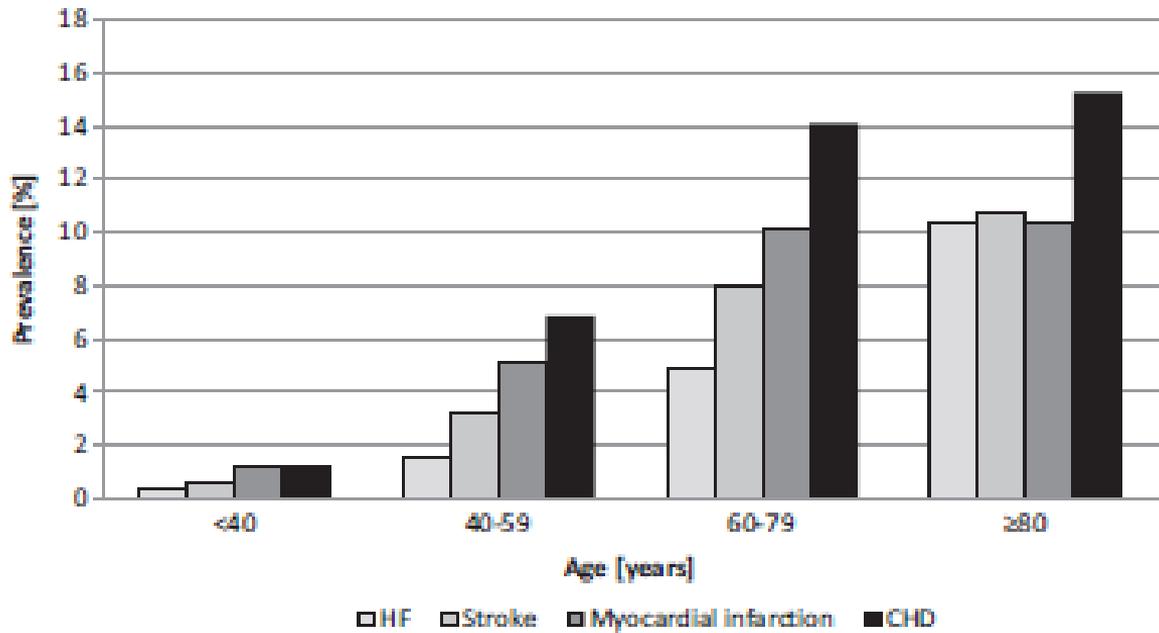
N: 373.185 PERSONAS CON DIABETES

N= 373.185 DM2
(año 2017)

Edad media: 70,3 años
55% hombres
Años Dm2: 8,7 años
HbA1c 7,12%
PA: 133/75 mmHg
IMC:30,1 kg/m²
Fge: 72,g ml/min
14% fumadores

	HTA	DISLIP	CVD	I Card	I Renal	Obesidad
HTA	72%	45%	19%	6%	25%	35%
DISLIP		60%	15%	4%	18%	28%
CVD			23%	4%	10%	9%
I Card				7%	5%	4%
I Renal					28%	11%
Obesidad						45%

Heart failure among people with Type 2 DM: Real-World Data of 289 954 people



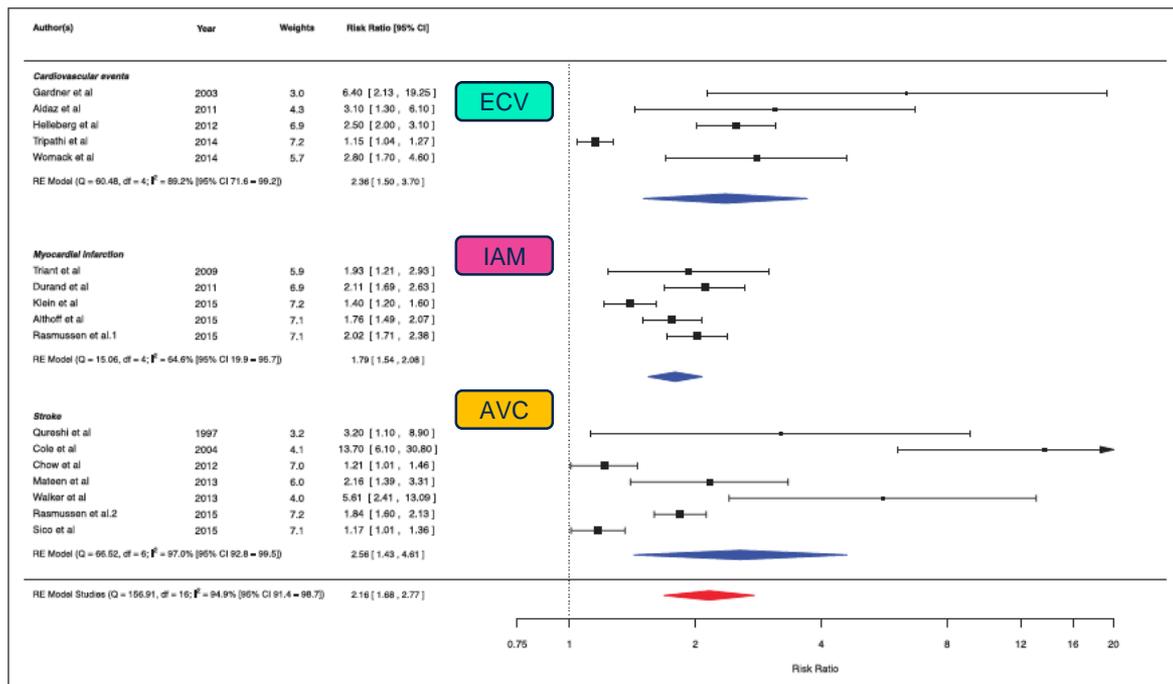


¿Tiene el paciente con infección por VIH mayor riesgo cardiovascular?

1 No

2 Si

La infección por VIH ya no es un marcador de riesgo cardiovascular



Las personas con VIH tienen doble riesgo de desarrollar ECV. Se ha triplicado la ECV asociada a VIH en los últimos 20 años.



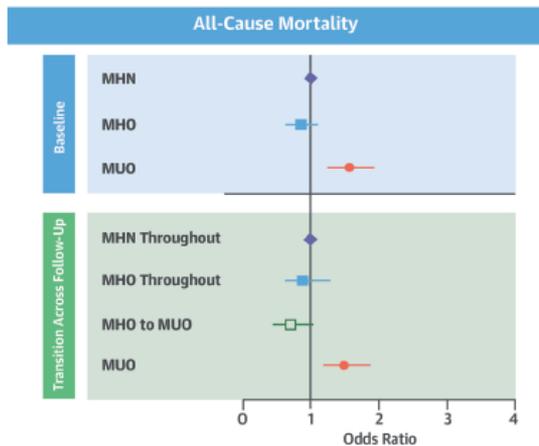
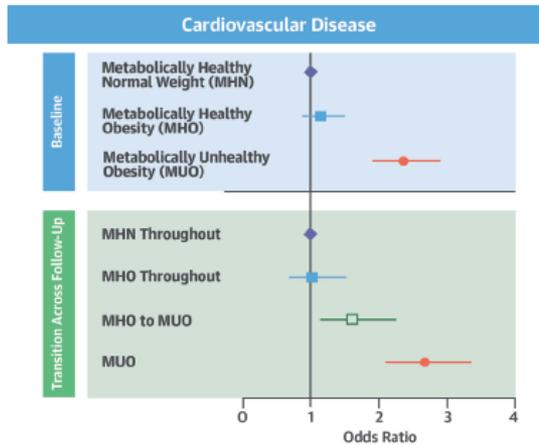
¿ Existe “el obeso metabólicamente sano”?

1 No

2 Si

El obeso metabólicamente sano no tiene un mayor RCV

- ➔ N 6.809
- ➔ Seguimiento: 12,2 años
- ➔ Investigan asociación conjunta entre **obesidad y sd metabólico con enfermedad cardiovascular y mortalidad.**



¿Quién es obeso metabólicamente sano?
¿Creéis que tiene mayor RCV?

La obesidad metabólicamente saludable no es una condición estable ni un indicador fiable del riesgo futuro de ECV.



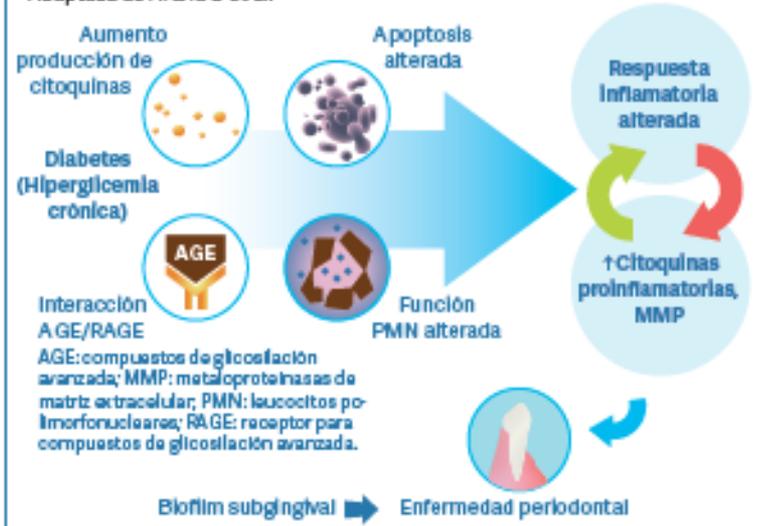
¿ Tiene el dentista un papel en el Riesgo CV?

1 No

2 Si

Una mala salud periodontal aumenta el riesgo cardiovascular

Figura 2. Mecanismos de Interacción entre diabetes y enfermedad periodontal. Adaptada de Arana C et al.⁴



IS
entes y
ción.



- ➔ La enfermedad periodontal es **más frecuente y más severa en personas con DM**.
- ➔ El **30%** de los pacientes ≥ 30 años visitados en dentista tienen **disglucemia** → diagnóstico precoz de prediabetes y diabetes.
- ➔ Derivar a odontología para examen en el momento del diagnóstico de la DM.

¡Muchas gracias!

@jescribano19
jescribano19@gmail.com