



Riesgo cardiovascular en diabetes y nefropatía

R. Romero

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

La patología cardíaca, especialmente la enfermedad coronaria, es la mayor causa de mortalidad y morbilidad entre pacientes con diabetes mellitus. Así la enfermedad coronaria es más común que en la población general afectando al 55% de los pacientes. En los estudios realizados en Framingham encontraron que la enfermedad cardiovascular se observa el doble en los hombres y el triple en las mujeres diabéticas que en la población general cuando se ajusta por otros factores de riesgo, como edad, sexo, hipertensión, tabaquismo, hipercolesterolemia e hipertrofia ventricular izquierda. Y cuando consideraron los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 la mortalidad acumulada fue entre el 35-55% comparado con el 4-8% entre pacientes sin diabetes. Lo mismo se apreció en el probablemente más extenso realizado como es el MRFIT en el cual el 9,7% de los pacientes tratados con antidiabéticos orales murieron de enfermedad cardiovascular en comparación con el 2,6% entre los que no tenían diabetes mellitus y diferente cuando se ajusta por otros factores de riesgo. Como resumen epidemiológico los pacientes tienen un 50% de riesgo de infarto de miocardio y un 150% entre las mujeres y un 50% de muerte súbita entre los varones y un 300% entre las mujeres.

Además del aumento de la enfermedad coronaria y cardiovascular los pacientes diabéticos también presentan una mayor extensión de las lesiones vasculares. En estudio necrópsico se observó que un 83% de los pacientes diabéticos presentan lesión de 2 ó 3 vasos coronarios en comparación con un 17% de los que no lo son. Resultados similares se observaron entre pacientes remitidos para realizar una angioplastia coronaria. Por último los pacientes diabéticos presentan una mayor incidencia de isquemia miocárdica silente. El infarto de miocardio silente se observa entre 1,5 y 2 veces más frecuentemente que en la población general y lo mismo ocurre con las anomalías observadas con el ejercicio tanto electrocardiográficas como gammagráficas.

La presencia de proteinuria/albuminuria se acompaña de un aumento de enfermedad renal tanto en el paciente diabético como no diabético. Pero en ambos casos tanto la presencia de proteínas en la orina como la hipercreatininemia se acompaña de

un aumento de mortalidad cardiovascular. Desde la publicación inicial de Mogensen en 1984 numerosos estudios han confirmado que la microalbuminuria se acompaña de incremento de mortalidad cardiovascular. La presencia de nefropatía diabética incipiente o establecida es el más potente predictor de enfermedad coronaria en la población de raza blanca. Así en DMID los pacientes con proteinuria presentaban una mortalidad del 22,1% mientras que en los no proteinúricos era del 2,5% y en los no diabéticos de 0,6%. Lo mismo fue observado en pacientes diabéticos ancianos (WHO multinational study) y recientemente en un estudio danés realizado en pacientes con DMNID encontraron ratios de mortalidad cardiovascular del 39,3%, 23,2% y 9,4% por 1.000 personas y año cuando se comparó pacientes con proteinuria, microalbuminuria y normoalbuminuria. Diversos mecanismos explican este exceso de mortalidad coronaria. En pacientes con insuficiencia renal crónica, la diabetes mellitus es la primera causa de IRC en el conjunto de los países accidentales, las enfermedades cardiovasculares, especialmente infarto de miocardio, son la primera causa de mortalidad cardiovascular. Los pacientes introducidos en programas de diálisis tienen también una alta mortalidad, especialmente cardiovascular y la supervivencia a los tres años es inferior al 60%.

Algunos aspectos pueden explicar la importante asociación con el aumento de patología cardíaca en los pacientes diabéticos con nefropatía. En primer lugar los pacientes con nefropatía tienen antecedentes familiares de hipertensión y de HTA esencial. Segundo muchos pacientes tienen HTA y anomalías lipídicas. En tercer lugar cuando desciende el filtrado glomerular se produce retención de productos avanzados de glucosilación entre otros como la homocisteína que son factores que incrementan el riesgo cardiovascular. Por último algunas medidas pueden reducir la mortalidad cardiovascular: descenso del colesterol sérico, de la presión arterial, supresión del tabaquismo y utilización de antiagregantes plaquetarios entre otras medidas terapéuticas de forma agresiva y temprana, es decir cuando los pacientes inician proteinuria podrían reducir esta inaceptable alta mortalidad.