

El 80% de los diabéticos tipo 2 tienen a lo largo de su vida una complicación cardiovascular

Diferentes especialistas ahondaron ayer en la estrecha relación existente entre las patologías cardiovasculares y la diabetes tipo 2 durante la presentación del "Documento de Consenso Multiespecialidad 2005 sobre Pautas de Manejo del Paciente Diabético Tipo 2 en España".

Madrid, 25 de noviembre 2005 (EP)

El riesgo de sufrir un infarto de miocardio en un paciente con diabetes tipo 2 sin antecedentes cardiovasculares es igual al de una persona sin diabetes que previamente ha tenido un episodio de este tipo, explicó ayer José Luis Palma Gámiz, coordinador del Grupo de Trabajo de Corazón y Diabetes de la Sociedad Española de Cardiología (SEC). "Si a esto se une la hipertensión, el riesgo cardiovascular se multiplica. Pero además, es muy común que estas personas sean fumadoras, obesas y con vida sedentaria, lo que ensombrece el pronóstico y complica la clínica", subrayó.

Por la relación que la diabetes tipo 2 (DM2) mantiene con otras patologías, el documento de consenso recoge el trabajo de la Sociedad Española de Diabetes (SED), la SEC, la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y el Grupo para el Estudio de la Diabetes en Atención Primaria (GEDAPS).

En España entre el 6 y el 10% de la población tiene DM2 y se calcula que el mismo porcentaje desconoce que la padece. De este modo, el país se sitúa en una de las áreas de Europa con mayor prevalencia de esta patología, algo que para el doctor Ramón Gomis, presidente de la SED, viene del brazo del aumento de la obesidad y de los cambios en el estilo de vida.

Más del 95% de estos pacientes tienen sobrepeso u obesidad debido a los hábitos nutricionales erróneos y a la falta de actividad física. "La DM2 es multifactorial y aunque necesita el fracaso de la célula beta y la resistencia a la insulina, otros factores contribuyen a acelerar su desarrollo o la agravan", señaló Manuel Serrano Ríos, jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario San Carlos (Madrid).

Para el diagnóstico de la DM2, lo más recomendable es medir las cifras de glucosa en ayunas -100 miligramos por decilitro o menos es lo normal y 126 o más significa diabetes clínica-. Sin embargo, en el medio de estos niveles existe una intolerancia a la glucosa en ayunas o prediabetes que hay que controlar, aseveró Serrano.

Así, el consenso afirma que el despistaje para localizar a estos pacientes debe realizarse en el ámbito de la atención primaria en personas a partir de los 45 años de edad cada tres años. En caso de obesidad, antecedentes familiares, diabetes gestacional previa, intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina relacionada con otras condiciones clínicas, hipertensión arterial, dislipemia y enfermedad vascular asociada a síndrome metabólico, puede realizarse la prueba antes de esa edad.

Diabetes infantil

Entre el 4 y el 6% de la población infantil ha desarrollado DM2, comentó Serrano. Este porcentaje irá en aumento, si no se corrige la obesidad infantil. De hecho, un estudio demuestra que ver la televisión o los videojuegos más de 40 horas a la semana es un factor que determina el desarrollo futuro de diabetes.

En lo que respecta al tratamiento de la DM2, el tratamiento engloba una educación sanitaria centrada en el ejercicio regular -de tipo aeróbico e intensidad moderada- y una dieta con sustitución de azúcares de absorción rápida por los de absorción más lenta y con reparto de las ingestas a lo largo del día para facilitar la secreción de la insulina endógena y evitar los picos de glucemia posprandial.

Según el consenso, la práctica de ejercicio regular constituye una parte del plan terapéutico que no debe ser descuidada y permite reducciones adicionales de la hemoglobina A1C de hasta el uno por ciento al cabo de un año, y añade que "los beneficios se manifiestan a los 15 días, pero desaparecen a los 3-4 días de no realizarlo".

Por otra parte, el arsenal terapéutico disponible se divide en dos tipos, los que actúan sobre la resistencia a la insulina -metformina y glitazonas- y los que resuelven la insulinodeficiencia -sulfonolureas y meglitinidas-. Además, el consenso recoge la existencia de los inhibidores de la alfa-glucosidasas que actúan retrasando la absorción de los hidratos de carbono.