

Introducción

José L. Palma Gámiz

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.
Presidente del Grupo de Trabajo Corazón y Diabetes de la Sociedad Española de Cardiología

Los importantes logros que la medicina obtuvo en la primera mitad del siglo pasado cristalizaron sólidamente en las décadas de 1960-1990, de forma que, en los tiempos que corren, muchos de aquellos progresos han revolucionado el concepto de la etiopatogenia, la clínica y el tratamiento de muchas enfermedades. Una de ellas ha sido la diabetes mellitus tipo 2, enfermedad conocida desde hacía siglos pero únicamente investigada en profundidad en los últimos años.

Antes del advenimiento de la insulina, los diabéticos tenían una vida mala y corta, pero tras ese trascendental descubrimiento, las perspectivas cambiaron de forma radical. Hoy por hoy, son pocos los diabéticos que mueren por un coma metabólico intratable e irreversible y, sin embargo, la enfermedad sigue constituyendo una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental.

En efecto, la diabetes mellitus tipo 2, una pandemia en expansión que, de acuerdo con las estadísticas de la International Diabetes Federation (IDF) o los datos de la American Diabetes Association (ADA) podría afectar en pocos años a más de 300 millones de personas en todo el mundo, es una de las causas etiopatológicas más relevantes para inducir enfermedad cardiovascular. En la actualidad sabemos que la diabetes mellitus provoca enfermedad y muerte por infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, ceguera por retinopatía vascular, insuficiencia arterial periférica y enfermedad renal irreversible en un porcentaje muy elevado de los pacientes. Dos tercios, aproximadamente, de los diabéticos fallecen por estas causas. Los motivos que podrían explicar este progresivo y rápido incremento de la enfermedad metabólica son múltiples y variados, pero entre ellos, y con independencia de los factores genéticos, cabe destacar el papel esencial que desempeña en la sociedad de nuestros días un sedentarismo preocupante y unos hábitos dietéticos poco saludables. A esto, y como una consecuencia derivada de las anteriores premisas, hay que añadir, además, la creciente expansión de la obesidad, que cada día afecta a un segmento poblacional más amplio e incide en sectores cada vez más jóvenes.

Actualmente sabemos que, desde un punto de vista fisiopatológico, la resistencia insulínica, por un lado, y

la disfunción de la célula beta pancreática, por otro, son la clave para entender el proceso. En este sentido, los esfuerzos terapéuticos del pasado y el presente se han centrado en el control de estos dos aspectos: la mejoría de la insulinoresistencia y la búsqueda de la normoglucemia a través de la preservación de la función de la célula beta. La incomodidad que supone la administración parenteral de la insulina indujo a buscar alternativas terapéuticas, que en 1970 se hicieron realidad mediante opciones orales que mejoraron la calidad de vida de los pacientes. Las primeras sulfonilureas, como hipoglucemiantes orales, fueron recibidas por la clase médica con tanto entusiasmo que muchos consideraron que la insulina había llegado a su fin. Pronto se comprobó que nada estaba más alejado de la realidad. Aquellos primeros compuestos, no del todo bien tolerados, sentaron, no obstante, las bases para la investigación de nuevas moléculas afines y posibilitaron, además, la búsqueda de nuevos agentes que poco a poco han ido cambiando el espectro terapéutico antidiabético.

En ensayos a gran escala del pasado, entre los que cabría destacar el UKPDS o el DCCT, y otros más recientes, como STOP-NIDDM, DREAM, ADOPT, y algunos otros en curso, están revelando que el empleo de nuevos hipoglucemiantes orales del tipo de los estimulantes de la secreción pancreática de insulina, los secretagogos (sulfonilureas, glinidas), inhibidores de la absorción de hidratos de carbono (acarbose y miglitol) o sensibilizadores de la insulina (metformina y glitazonas), e incluso nuevos agentes con efecto incretina (inhibidores de la DPP-4, sitagliptina y vildagliptina) no solamente modifican el curso de la enfermedad, sino que las reducciones que inducen en la hemoglobina glucosilada, por modestas que sean, logran paralelamente rebajar las tasas de morbilidad vascular imputables a la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono. De todas formas, es importante señalar que algunos estudios han demostrado de modo incontestable que introducir cambios en la dieta y en el estilo de vida del diabético, propiciando una actividad física regular, vigorosa y aeróbica, puede resultar tan rentable en términos de evolución de la propia enfermedad y en la reducción de eventos cardiovascula-

res como lo puede hacer un buen control de la hemoglobina glucosilada con los antidiabéticos orales de uso común. Otros estudios en curso, como el ORIGIN, tratan de responder a una pregunta clave de cara al futuro del diabético: ¿podría la insulinización agresiva y precoz rebajar significativamente las tasas de morbilidad cardiovascular? El tiempo lo dirá.

Las expectativas hoy día son esperanzadoras. Y así, otros grandes ensayos, como HOPE, Micro-HOPE, LIFE, ONTARGET, NAVIGATOR, XENDOS, etc., señalan, además, que actuar sobre otras comorbilidades de la enfermedad, como el sistema renina-angiotensina, los lípidos, la coagulación, la disfunción endotelial, la inflamación, la obesidad, etc., no sólo mejora el cuadro metabólico en sí mismo, sino que además podría mejorar las expectativas de vida del diabético al modificar la evolución y las complicaciones vasculares inherentes a la misma enfermedad metabólica.

Este número monográfico de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA se recogen y amplían en detalle las conferencias que fueron presentadas durante uno de los cursos monográficos que periódicamente organiza la Sociedad Española de Cardiología en materia de corazón y diabetes. El conjunto de temas aborda, desde una visión global, las modificaciones patológicas que induce el trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono en el sistema cardiovascular y la forma en que éstas pueden ser diagnosticadas, prevenidas y tratadas, tanto desde un punto de vista médico como intervencionista y quirúrgico. Los autores, excelentes conocedores del tema, han desarrollado en capítulos

claros, atractivos y concisos los aspectos que pueden tener más hondo significado en la práctica clínica del cardiólogo, el cual, y de acuerdo con las estadísticas actuales, recibe en su consulta a una población con enfermedades cardiovasculares que en un 30% presenta, además, diabetes mellitus tipo 2. Es posible que muchos de estos pacientes cardiovasculares lo sean porque han experimentado de manera crónica un trastorno del metabolismo glucídico inductor de la enfermedad vascular. Es lógico, por tanto, y por demás absolutamente necesario, que el cardiólogo se involucre de manera decidida en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, enfermedad que fue recientemente definida por la American Diabetes Association como un proceso cardiovascular de origen metabólico. De la buena cooperación que pueda obtenerse entre internistas, diabetólogos, endocrinólogos, cardiólogos y médicos de familia dependerá el futuro de los diabéticos, un colectivo en aumento que demanda la rápida consecución de objetivos concretos, tanto en materia de calidad de vida como de supervivencia y prevención vascular.

Desde estas líneas introductorias queremos agradecer a todos los autores sus trabajos, a la Sociedad Española de Cardiología la confianza que depositó en nosotros al confiarnos la dirección de uno de los Cursos de Formación Continuada de la Casa del Corazón y su posterior edición en este monográfico, actividades que han sido acreditadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Y, finalmente, a la editorial Elsevier-Doyma por su apoyo y cooperación.