

Prólogo

ESPECIAL

DIABETES

Washington Vignolo¹, Bernardo Layerle FACC, FESC²

La diabetes es una enfermedad cuyo estudio ha aumentado en forma exponencial en el último siglo, pero ya 1.550 años aC era mencionada en el papiro de Ebers (encontrado en 1862 en Tebas) por Hesy Ra, quien describe el aumento de la diuresis como un síntoma característico y plantea un tratamiento en base a ciertas decocciones^(1,2).

Tal vez la primera prueba (600 aC) del compromiso vascular de la diabetes sea la prótesis de madera y cuero del primer dedo del pie de la momia egipcia que se exhibe en el museo de El Cairo⁽³⁾.

En el pasado la diabetes era una enfermedad considerada como rara, pero ya Thomas Willis en 1674 anunció lo que actualmente se denomina “la epidemia de la diabetes”, destacando el aumento de la prevalencia de dicha afección: “...antiguamente esta enfermedad era bastante rara, pero en nuestros días, la buena vida y la afición por el vino hacen que encontremos casos a menudo...”⁽⁴⁾.

Si bien la existencia de la diabetes y sus complicaciones metabólicas fueron sospechadas y estudiadas por largo tiempo, el compromiso cardiovascular inherente a esta enfermedad es de descubrimiento relativamente reciente. De hecho, fue con el advenimiento de los estudios epidemiológicos modernos que esta enfermedad quedó definitivamente definida como un factor de riesgo cardiovascular en las últimas décadas⁽⁵⁾.

Esto no es menor ya que, como veremos en el capítulo correspondiente, la principal causa de muerte en los diabéticos es la enfermedad cardiovascular. Solo por ser diabético el riesgo cardiovascular es alto, en algunos estudios ha demostrado ser tan alto como el de un paciente no diabético que ya sufrió un infarto agudo de miocardio^(6,7).

En Uruguay estamos acostumbrados a conocer los datos epidemiológicos correspondientes a este tema fundamentalmente a través de la literatura

internacional. Sin embargo, nos ha parecido de gran relevancia presentar información de nuestra realidad, por lo que en este número se dedica un capítulo a la revisión de los datos epidemiológicos de nuestro país.

En esta publicación intentaremos abordar el compromiso cardiovascular de la diabetes comenzando con las estrategias de prevención cardiovascular que han demostrado ser efectivas en dicha población. En este sentido, nuestra intención es presentar la evidencia que consideramos más relevante con nuestro análisis de la misma así como las recomendaciones que entendemos más razonables y aplicables que se desprenden de ésta. Abordaremos desde el análisis del beneficio del ejercicio en la prevención de eventos, que en algún estudio ha demostrado reducir el riesgo de muerte cardiovascular en el diabético a una tercera parte, igualándola a la del paciente no diabético sedentario⁽⁸⁾, hasta la evaluación de los fármacos con impacto demostrado en la prevención de eventos como el ácido acetilsalicílico, los antihipertensivos y los hipolipemiantes con las estatinas como drogas paradigmáticas. En la práctica clínica diaria no siempre tenemos presente los diferentes aspectos de estos ítems, ya sea el momento de iniciar la medida así como la dosis y los controles de los fármacos, entre otros.

En capítulo aparte se analiza un tema muchas veces soslayado en la práctica clínica como es el de la eventual relación entre los diferentes tipos de hipoglucemiantes y el riesgo cardiovascular, lo que debería sopesarse en el momento de la selección de los mismos.

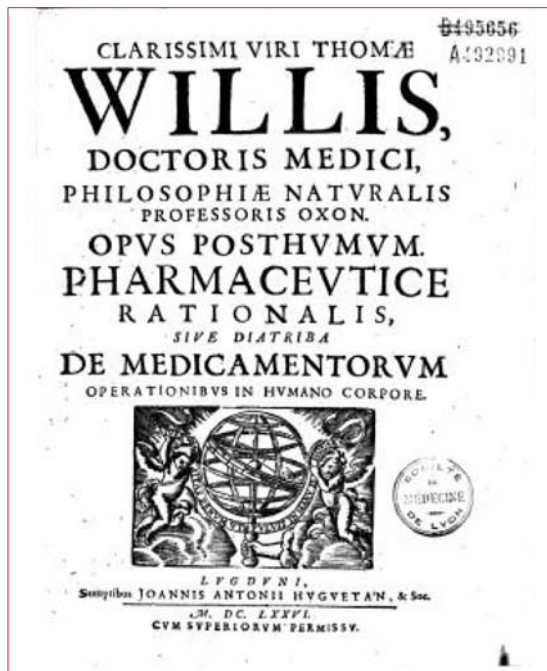
La diabetes impacta a nivel de cardiovascular causando alteraciones específicas variadas. Es así que la afectación neuroautonómica que desarrollan los diabéticos conlleva un compromiso cardiovascular que no siempre es bien conocido por el médico

1. Cardiólogo. Internista. Profesor Agregado Clínica Médica B. UDELAR.

2. Cardiólogo. Internista. Ex Profesor Adjunto de Medicina Interna. UDELAR.

Correspondencia: Bernardo Layerle. Correo electrónico: blayerle@gmail.com.

Washington Vignolo. Correo electrónico: wvignolo@gmail.com



tratante y que tiene connotaciones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas que se deben tener en cuenta. Por eso dedicamos un capítulo aparte a este ítem.

En una publicación ulterior analizaremos con más profundidad el compromiso coronario de esta población, desde su tamizaje hasta las diferentes técnicas de revascularización con sus resultados e indicaciones, así como el rol de la afectación renal en el compromiso cardiovascular entre otros temas.

El objetivo principal de nuestra publicación es contribuir a optimizar los resultados de la atención médica de los pacientes diabéticos en los diferentes

aspectos concernientes a su potencial o real compromiso cardiovascular. Esperamos que así sea.

Bibliografía

1. **Ebbell B.** The papyrus Ebers. Copenhagen and Oxford: Oxford University Press; 1937. p. 115.
2. **Kumar PA, Kumar SP, Janardan S.** Diabetes- a historical review. *Journal of Drug Delivery & Therapeutics* 2013; 3(1): 83-4.
3. **Finch J.** The ancient origins of prosthetic medicine. *Lancet* 2011; 377(9765): 548-9.
4. **Willis T.** *Pharmaceutica rationalis. Sive diatriba de medicamentorum operationibus in humano corpore.* London: Hagae-Comitis, 1674.
5. **Kannel WB, McGee DL.** Diabetes and glucose intolerance as risk factors for cardiovascular disease: the Framingham study. *Diabetes Care* 1979;2:120-6.
6. **Haffner SM, Lehto S, Rönnemaa T, Pyörälä K, Laakso M.** Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1998;339:229-234.
7. **Schramm TK, Gislason GH, Køber L, Rasmussen S, Rasmussen JN, Abildstrøm SZ, et al.** Diabetes patients requiring glucose-lowering therapy and nondiabetics with a prior myocardial infarction carry the same cardiovascular risk: A population study of 3.3 million people. *Circulation.* 2008; 117(15):1945-1954. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.720847.
8. **Moe B, Eilertsen E, Nilsen TIL.** The combined effect of leisure-time physical activity and diabetes on cardiovascular mortality: the Nord-Trøndelag Health (HUNT) cohort study, Norway. *Diabetes Care.* 2013;36(3):690-695. doi:10.2337/dc11-2472.