

de riesgo en el SCASEST y el SCACEST.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llois SC, Gadaleta FI, Sinisi VA, Avanzas P, Kaski J. Valor pronóstico del intervalo QT corregido y su correlación con la troponina T cardíaca en el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Rev Argent Cardiol.* 2012;80(6):439-45.
 2. Rodríguez González F, Chávez González E, Machín Cabrera WJ, Reyes Hernández LM, González Ferrer V. Arritmias ventriculares y nuevo síndrome coronario agudo en pacientes con infarto y dispersión del intervalo QT prolongado. *CorSalud [Internet].* 2013 [citado 20 Abr 2013] ;5(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2013/v5n1a13/sca-qtlargo.html>
 3. Cruz Elizundia JM, Carmona Puerta R, Pérez Cabrera D. QT prolongado que precede a la corriente de lesión en el infarto. *CorSalud [Internet].* 2013 [citado 24 Abr 2013];5(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2013/v5n1a13/qt1.html>
 4. Cruz Elizundia JM, Carmona Puerta R, Pérez Cabrera D. Significado y mecanismo del QT prolongado en la isquemia miocárdica aguda. *CorSalud [Internet].* 2013 [citado 24 Abr 2013]; 5(1):[aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2013/v5n1a13/qt2.html>
 5. Jie X, Trayanova NA. Mechanisms for initiation of reentry in acute regional ischemia phase 1B. *Heart Rhythm.* March 2010;7(3):379-86.
 6. Luqman N, Sung RJ, Wang CL, Kuo ChT. Myocardial ischemia and ventricular fibrillation: Pathophysiology and clinical implications. *Int J Cardiol.* 2007; 119(3):283-90.
-

La diabetes mellitus y su relación con las enfermedades cardiovasculares

Diabetes mellitus and its relation to cardiovascular disease

Lic. Yaíma Pérez Agramonte^{a✉}, Lic. Yannelis Rodríguez Valido^b y MSc. Odalys Quesada Ravelo^c

^a Servicio de Cuerpo de Guardia y Terapia Intensiva. Policlínico Docente "Juan B. Contreras Fowler". Ranchuelo. Villa Clara, Cuba.

^b Servicio de Terapia Intensiva Cardiovascular. Policlínico Docente "Juan B. Contreras Fowler". Ranchuelo. Villa Clara, Cuba.

^c Facultad de Enfermería. Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz". Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

Recibido: 21 de diciembre de 2012

Aceptado: 14 de enero de 2013

Palabras clave: Diabetes mellitus, Enfermedades cardiovasculares

Key words: Diabetes mellitus, Cardiovascular disease

Sr. Editor:

Según la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad cardiovascular es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, son la primera causa de mortalidad al ocasionar 17 millones de muertes al año, y representan la mitad de todas las muertes en los Estados Unidos y otros países desarrollados y en vías

de desarrollo¹.

Aunque las estimaciones de la esperanza de vida reflejan cuántos años espera vivir una persona, dadas las tasas de mortalidad de determinados entornos, no especifican el estado de salud "esperado" durante la vida. Las estadísticas sobre mortalidad, por sí solas, no bastan para describir y comparar el estado de salud de

diversas poblaciones porque subestiman los serios problemas de salud causados por enfermedades crónicas.

El número de acontecimientos cardiovasculares en un año es mucho mayor en pacientes que ya han desarrollado una o más formas de la enfermedad aterosclerótica (cerebral, coronaria o arteriopatía periférica) que en aquellos con un perfil de riesgo elevado pero que no han desarrollado ninguna expresión de la enfermedad^{2,3}.

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica cuya morbilidad y mortalidad a largo plazo deriva principalmente del desarrollo de trastornos vasculares ateroscleróticos.

La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en pacientes con DM tipo II. Existe evidencia de que los pacientes diabéticos tienen el mismo riesgo de padecer un síndrome coronario agudo que los pacientes no diabéticos con cardiopatía isquémica⁴.

La diabetes es, además, un importante factor de riesgo para la mortalidad cardiovascular en los pacientes con afectación de la función ventricular izquierda debida a cardiopatía isquémica⁵.

La prevalencia de enfermedades cardiovasculares es mayor y con peor pronóstico en los pacientes diabéticos que en la población general. Otros problemas cardiológicos, son la miocardiopatía diabética y la neuropatía autonómica, los que pueden provocar insuficiencia cardíaca, isquemia silente y un riesgo incrementado de arritmias ventriculares. Por este motivo se considera a la DM no como un simple factor independiente de riesgo sino como una verdadera enfermedad cardiovascular que provoca un gran consumo de recursos sanitarios en los países desarrollados y en vías de desarrollo⁶.

El exceso de peso corporal sugiere la presencia de resistencia a la insulina, mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de esta hormona. Si bien la resistencia a la insulina puede mejorar con la pérdida de peso y el control de la glucemia, raramente regresa a un estado normal; el riesgo de desarrollar una DM tipo II aumenta con la edad, la presencia de la obesidad y el sedentarismo, y su prevalencia es más frecuente en mujeres con diabetes gestacional previa, personas con HTA e individuos con dislipidemias.

Tres cuartas partes de las muertes por aterosclerosis se deben a enfermedad arterial coronaria, que es la principal causa de muerte en los diabéticos. En estos

pacientes son más frecuentes los episodios de isquemia indolora y aunque se benefician con el tratamiento trombolítico, en caso de infarto con elevación del segmento ST, su mortalidad es el doble de la de los pacientes no diabéticos⁴.

Existe una relación recíproca entre las posibilidades de desarrollar hipertensión arterial (HTA) y DM. Se afirma que la incidencia de DM entre los hipertensos es de un 29,1 por cada 1.000 individuos al año, contra un 12 por cada 1.000 entre los normotensos. Desde el otro punto de vista, la HTA se presenta en el 20-40 % de los pacientes con tolerancia alterada a la glucosa, en un 30-50 % de los diabéticos tipo 2 y en el 40 % de los tipo 1^{7,8}.

La HTA es un factor de riesgo importante en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, sobre todo en pacientes con DM tipo 2. El control estricto de la presión arterial se traduce en una reducción importante del riesgo de mortalidad y complicaciones relacionadas con la DM. En el estudio Steno-2, el control intensivo de múltiples factores de riesgo cardiovascular, incluida la HTA, en pacientes con DM tipo II y microalbuminuria, se tradujo en una reducción del 50 % de la aparición de episodios macro y microvasculares^{7,8}.

En Cuba, la DM ocupa un lugar cada vez más relevante, y es la tipo II la más frecuente, con mayor predominio en el sexo femenino⁹.

Cada 14 de noviembre, se celebra el Día Mundial de la Diabetes. Muchos han sido los esfuerzos de la comunidad científica para señalar, educar, y orientar sobre la vinculación de este trastorno endocrino-metabólico con las enfermedades cardiovasculares. Se necesitan, sin embargo, mayores intentos desde el punto de vista estatal, que fomenten políticas más eficaces para la reducción de la aparición de enfermedades cardiovasculares en pacientes diabéticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Díaz-Realpe JE, Muñoz-Martínez J, Sierra-Torres CH. Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en trabajadores de una institución prestadora de servicios de salud, Colombia. Rev Salud Pública [Internet]. 2007 Mar [cited 28 Nov 2012];9(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0124-00642007000100008&lng=en.
- Steg PG, Bhatt DL, Wilson PW, D'Agostino R, Ohman EM, Röther J, et al. One-year cardiovascular

- event rates in outpatients with atherothrombosis. *JAMA*. 2007;297(11):1197-206.
3. Suárez C, Castillo J, Esmatjes E, Sala J, Cairols M, Montoto C, *et al*. [Cardiovascular complications at 1-year of follow-up in patients with atherothrombosis. On behalf of Spain's REACH Registry]. *Med Clin (Barc)*. 2009;132(14):537-44.
 4. Gil Montalbán E, Zorrilla Torras B, Ortiz Marrón H, Martínez Cortés M, Donoso Navarro E, Nogales Aguado P, *et al*. Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid: estudio PREDIMERC. *Gac Sanit [Internet]*. 2010 [citado 28 Nov 2012];24(3):233-240.
 5. Rydén L, Standl E, Bartnik M, Van den Berghe G, Betteridge J, de Boer M. Guías de práctica clínica sobre diabetes, prediabetes y enfermedades cardiovasculares: versión resumida. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60(5):525.e1-e64.
 6. Conesa González AI, Díaz Díaz O, Conesa del Río JR, Domínguez Alonso E. Mortalidad por diabetes mellitus y sus complicaciones, Ciudad de La Habana, 1990-2002. *Rev Cubana Endocrinol [Internet]*. 2010 [citado 28 Nov 2012];21(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1561-29532010000100003&lng=es
 7. Gress T, Nieto J, Shahar E, Wofford MR, Brancati F. Hypertension a significant risk factor for type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2000;342:905.
 8. Schernthaner G. The growing burden of diabetic hypertension controlling hypertension in people with type 2 Diabetes. Symposium Eleventh European Meeting on Hypertension Milan, Italy. June 15, 2001.
 9. Rosales González E, Crespo Mojena N, Triana Ponce A, Triana López Y, Palma López M. Causas de muerte en pacientes diabéticos de Ciudad de La Habana según certificados de defunción. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*. 2008 [citado 28 Nov 2012]; 24(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0864-21252008000100003&lng=es