

¿Cuántos pasos diarios son necesarios para mejorar el pronóstico cardiovascular? Datos de un metaanálisis

Stens NA, Bakker EA, Manas A, Buffart LM, Ortega FB, Lee DC et al. Relationship of Daily Step Counts to All-Cause Mortality and Cardiovascular Events. *J Am Coll Cardiol* 2023;82:1483-94. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.07.029>

Diferentes estudios observacionales y metaanálisis han confirmado la relación que existe entre la actividad física regular y el pronóstico vital, y específicamente con el cardiovascular. Nos referimos no a la actividad deportiva, sino simplemente a caminar. Mayor cantidad de pasos diarios se asocia a menor incidencia de patología cardiovascular y fragilidad, y sobrevida más extendida. La métrica es sencilla: no se trata de medir la distancia recorrida sino de contar los pasos. Diferentes dispositivos (podómetros, acelerómetros) y aplicaciones en teléfonos celulares (que nos acompañan a lo largo de nuestra vida diaria) permiten llevar a cabo esta tarea. Si bien muchas publicaciones han expuesto la asociación citada, no está del todo claro cuál es la cantidad mínima de pasos necesarios para mejorar el pronóstico, y qué otros factores vinculados con la caminata inciden. Por ello se llevó a cabo una revisión sistemática y metaanálisis que se planteó responder estos interrogantes.

Fueron incluidos estudios prospectivos de cohorte publicados en inglés, que hubieran incluido participantes de al menos 18 años, libres de enfermedad cardiovascular (ECV) al inicio del estudio, y en los que en cada participante se hubiera hecho una medición objetiva del número de pasos diarios con acelerómetros o podómetros y se hubiera establecido la relación entre la cuenta de pasos y la mortalidad total y la incidencia de ECV (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca) en el seguimiento.

Fueron incluidos 12 estudios. En 11 de ellos (n = 111 309) se exploró la relación del número de pasos con la mortalidad de todas las causas; en 4 (n=102 191) la relación de la velocidad de caminata con la mortalidad; y en 4 (n = 85 261) la relación del número de pasos con la incidencia de ECV.

La relación del número de pasos diarios con el pronóstico se evaluó de 2 maneras. Una, con la generación de 3 categorías o terciles (cada uno con su mediana y

su rango intercuartilo, RIC) en que se exploró el pronóstico de los terciles intermedio y alto respecto del bajo. La otra, considerando el número de pasos como variable continua. En este caso se tomó como valor de referencia 2000 pasos diarios y se exploró el número de pasos (hasta un máximo de 16 000) con el que se lograra el hazard ratio ajustado (aHR) más bajo para la incidencia de eventos.

En el análisis de los pasos categorizados en tres terciles, para mortalidad de todas las causas y en un seguimiento mediano de 77,8 meses, respecto del tercio más bajo (mediana 3166, RIC 2375-4191), el tercio intermedio (mediana 6000, RIC 5392-6775) se asoció a un aHR de 0,65 (IC 95% 0,56-0,72); y el tercio superior (mediana 10 000, RIC 8843-11 082) a un aHR de 0,50 (IC 95% 0,42-0,60). Para incidencia de ECV, en un seguimiento mediano de 72,9 meses, respecto del tercio más bajo (mediana 2022, RIC 1468-2885), el tercio intermedio (mediana 5737, RIC 5449-6000) se asoció a un aHR de 0,58 (IC 95% 0,46-0,63); y el tercio superior (mediana 11 000, RIC 9923-12 024) a un aHR de 0,42 (IC 95% 0,33-0,53)

En el análisis de los pasos como variable continua, para mortalidad la reducción de riesgo respecto de una referencia de 2000 pasos diarios se dio a partir de 2517 pasos, con un aHR de 0,92 (IC 95% 0,84-0,999) y se alcanzó la máxima reducción con 8763 pasos, con aHR 0,40 (IC 95% 0,38-0,43) por encima de los cuales ya no hubo ganancia estadísticamente significativa. Para incidencia de ECV la reducción de riesgo respecto de una referencia de 2000 pasos diarios se dio a partir de 2735 pasos, con un aHR de 0,89 (IC 95% 0,79-0,999) y se alcanzó la máxima reducción con 7126 pasos, con aHR 0,49 (IC 95% 0,45-0,55) por encima de los cuales ya no hubo ganancia estadísticamente significativa.

Más allá del número de pasos la cadencia o velocidad de caminata también pesó en el pronóstico. Respecto de una velocidad baja (mediana de 29 pasos/minuto), una velocidad intermedia (mediana de 63 pasos/minuto) y una alta (mediana de 88 pasos/minuto) se asociaron a aHR de 0,67 (IC 95% 0,56-0,80) y 0,62 (IC 95% 0,40-0,97) para mortalidad de todas las causas, respectivamente.

Los estudios en que se emplearon acelerómetros en la cadera mostraron mayor reducción de riesgo que los que usaron acelerómetros en la muñeca o podómetros.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Este metaanálisis confirma el efecto pronóstico beneficioso de caminar. Lo interesante es que la dosis de caminata parece ser menor que la que habitualmente se menciona. Todos hemos escuchado y leído consejos acerca de los 10 000 pasos diarios que debieran darse para mejorar el pronóstico cardiovascular. Vale la pena señalar que esa cifra proviene de una campaña publicitaria, pero que, como vemos, no tiene base en datos epidemiológicos. Vemos que, respecto de 2000 pasos diarios, un incremento de solo 500 a 700 pasos ya implica reducción significativa de la mortalidad y de la incidencia de ECV; y que la máxima reducción se logra con alrededor de 8700 y 7100 pasos respectivamente. Los mecanismos involucrados implican sin duda mejoría de la capacidad de esfuerzo, reducción de la disfunción endotelial, atenuación de la activación inflamatoria, la activación neurohormonal y la resistencia a la insulina, disminución de peso, mejor control de la tensión arterial, retraso en la aparición de diabetes y cáncer.

Una fortaleza de este metaanálisis es la gran cantidad de observaciones y la robustez de los procedimientos estadísticos empleados. Como limitación puede plantearse que estamos frente a estudios observacionales, en los que, más allá de las características basales conocidas que permiten generar HR ajustados, puede haber confusión residual por características no tenidas en cuenta que expliquen la diferente capacidad de caminata y sean responsables del fenómeno. De cualquier manera, la fuerza de la asociación hace muy poco probable que haya confundidores de significación no considerados. Puede plantearse también la posibilidad de causalidad reversa: no es que caminar más mejore el pronóstico, sino que aquellos menos enfermos y con mejor pronóstico caminan más. En ese sentido vale destacar que 10 de los 12 estudios excluyeron la causalidad reversa al remover en análisis de sensibilidad los primeros 1 a 3 años del seguimiento, con lo que los pacientes más enfermos no fueron tenidos en cuenta, y la relación de más pasos con mejor pronóstico se mantuvo. De manera que debemos insistir en la caminata como una medida sencilla en la población general para mejorar el pronóstico vital. Por lo que vemos, podemos obtener beneficio ya con pequeños incrementos. Cada paso cuenta.

El sentido de bajar el colesterol LDL en prevención primaria en adultos de al menos 70 años.

Resultados de un estudio observacional danés

Andersson NW, Corn G, Dohlmann TL, Melbye M, Wohlfahrt J, Lund M. LDL-C Reduction With Lipid-Lowering Therapy for Primary Prevention of Major Vascular Events Among Older Individuals. **J Am Coll Cardiol** 2023;82:1381-91. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.07.027>

Los metaanálisis de los estudios de reducción de colesterol LDL con drogas hipolipemiantes demuestran una disminución de riesgo de eventos cardiovasculares

mayores de un 22% por cada 1 mmol/L (38,66 mg/dL) de reducción del mismo. Las personas mayores de 70 o 75 años están expuestas a un riesgo cardiovascular mayor; sin embargo, están subrepresentadas en los ensayos clínicos. El nivel de evidencia y la fuerza de recomendación para emplear estatinas en prevención primaria en este segmento etario son menores que en los pacientes más jóvenes, y periódicamente se reactiva la polémica sobre la utilidad de implementar el tratamiento en los adultos mayores. Un estudio observacional danés de grandes dimensiones abordó el problema.

Tomó los datos de diferentes registros administrativos, farmacéuticos, de laboratorio y de salud de Dinamarca, aprovechando que en dicho país cada individuo tiene un número de identificación personal que comparten los diferentes registros. Se generó una cohorte de personas de al menos 50 años, que hubieran iniciado tratamiento hipolipemiente (estatinas solas o combinadas con otras drogas) para prevención primaria de ECV entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de octubre de 2017. Se consideró fecha índice para el seguimiento la de la primera prescripción de la medicación. Los pacientes debían tener una determinación de colesterol LDL dentro de los 6 meses previos a la fecha índice, y otra dentro del año posterior. Debían haber sobrevivido al menos 1 año tras la fecha índice. El punto final primario del estudio fue la incidencia de hospitalización debida a ECV (síndrome coronario agudo, accidente cerebrovascular no hemorrágico o procedimiento de revascularización), y fueron puntos finales secundarios los componentes del primario y la mortalidad de todas las causas. Se consideró pacientes mayores (PM) a los de al menos 70 años. Se tomó como inicio del seguimiento un año posterior a la fecha índice. Fueron incluidos en el estudio 65 190 pacientes, de los cuales 16 035 (el 24,6%) eran PM. Su edad media era 75,4 años, y el 57,5% eran mujeres. Los pacientes menores de 70 años tenían edad media de 60,2 años, y el 53% eran mujeres. Los PM tenían, lógicamente, mayor prevalencia de comorbilidades y fragilidad. La mayor parte de los pacientes en todo el rango etario usaban tratamiento con estatinas de moderada intensidad (77,4% los PM; 79,4% los más jóvenes); la mayor parte de los restantes usaban estatinas de alta intensidad.

La mediana de reducción de colesterol LDL fue 1,7 mmol/L (65,7 mg/dL) en ambos grupos etarios, lo que representó un descenso de 45,2% en los PM y 43,6% en los más jóvenes. Durante un seguimiento mediano de 2,5 años la incidencia de eventos cardiovasculares mayores fue de 13,4 ‰ anual entre los PM y 7,1 ‰ en los más jóvenes. La reducción de riesgo por cada 1 mmol/L (ajustada por edad, sexo, nivel socioeconómico, colesterol LDL, intensidad de tratamiento hipolipemiente, comorbilidad y cotratamiento) fue similar en ambos grupos: un HR de 0,77 (IC 95% 0,71-0,83) en los PM y 0,76 (IC95% 0,71-0,80), p= 0,79. No se verificó reducción de la mortalidad de todas las causas en ninguno de los 2 grupos. Considerando un valor de corte de 75 años los resultados fueron similares.

Un metaanálisis de Gencer y col que comentamos en *Rev Argent Cardiol* 2020; 88: 591-600, ya daba cuenta en 29 estudios aleatorizados que testearon estatinas, ezetimibe y/o inhibidores de PCSK9 con 244 090 pacientes, de los cuales 21 492 (el 8,8%) tenían al menos 75 años. Fueron incluidos estudios de prevención primaria y secundaria. Entre los ≥ 75 años el efecto del tratamiento activo o más intensivo implicó un RR para eventos mayores de 0,74 (IC 95% 0,61-0,89) por cada descenso del colesterol LDL de 1 mmol/L. El efecto fue similar al logrado en los menores de 75 años (RR 0,75). Pero una limitación de este metaanálisis fue que solo un cuarto de los eventos correspondió a prevención primaria, lo que restó fuerza a la evidencia en esta condición en pacientes añosos.

Pero es cierto también que muchos de estos estudios aleatorizados datan de una a dos décadas, y es seguro que el perfil poblacional ha variado. Por otra parte, por los criterios de inclusión y exclusión es factible que los pacientes añosos incluidos fueran los más sanos, con menor tasa de comorbilidad y fragilidad, y por tanto con menor riesgo basal. En este sentido, este estudio observacional de grandes proporciones ofrece datos de una cohorte contemporánea. Como limitaciones puede citarse, como siempre, la posibilidad de confusión residual propia de todo estudio observacional, y la falta de datos que hubieran sido de importancia en el análisis multivariado: tensión arterial, glucemia, índice de masa corporal. Un estudio aleatorizado en marcha, STAREE, podrá contribuir a aclarar el efecto del tratamiento con estatinas en prevención primaria en > 70 años. Hasta tanto se conozcan sus resultados, este registro danés sugiere fuertemente que no habría que excluir a las personas mayores del beneficio de dicha terapia.

Predictores de mejoría de la fracción de eyección ventricular izquierda en la insuficiencia cardíaca tras la ablación de la fibrilación auricular

Bergonti M, Ascione C, Marcon L, Pambrun T, Della Rocca DG, Ferrero TG et al. Left ventricular functional recovery after atrial fibrillation catheter ablation in heart failure: a prediction model. *Eur Heart J* 2023;44:3327-35. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad428>

La insuficiencia cardíaca (IC) y la fibrilación auricular (FA) son dos condiciones que frecuentemente coexisten. Cada una de ellas favorece la aparición de la otra y condiciona su tratamiento. Si bien inicialmente los estudios de control de ritmo y control de frecuencia de la FA en pacientes con IC arrojaron resultados similares, la aparición de la ablación por catéteres de la FA demostró en pacientes seleccionados capacidad de mejorar sensiblemente el pronóstico. Un metaanálisis de Chen y col que comentamos en *Rev Argent Cardiol* 2020; 88: 487-496 evidenció con la ablación por catéteres de la FA en pacientes con IC menor mortalidad y hospitalización, y una mejoría promedio de la frac-

ción de eyección ventricular izquierda (FEVI) de casi 7 puntos. Sin embargo, quiénes son los pacientes en los que podemos esperar esa mejoría, y por lo tanto, aquellos en los que resulta más aconsejable llevar a cabo el procedimiento sigue siendo motivo de duda. El estudio ANTWOORD, publicado en 2022, desarrolló un score predictor de mejoría de la FEVI tras ablación por catéteres de FA en pacientes con IC, denominado score de Antwerp. Dicho score fue validado internamente, y conocemos ahora un estudio de validación externa.

Se trata de un estudio multicéntrico, retrospectivo, con pacientes con IC y FEVI $< 50\%$ procedentes de 8 centros de derivación a los que fueron enviados para ablación por catéteres de su FA. El punto final primario fue la recuperación de la FEVI al año del procedimiento (entre 9 y 15 meses). Se definió como respondedores a los pacientes con FEVI entre 40% y 50% que hubieran alcanzado tras la ablación una FEVI $> 50\%$, y a aquellos con FEVI inicial $< 40\%$ que hubieran tenido un aumento de la misma $\geq 10\%$ y tuvieran en el seguimiento una FEVI $> 40\%$. Se consideró la capacidad predictiva del score desarrollado previamente, que considera las siguientes variables: a) etiología conocida (2 puntos); b) QRS > 120 mseg (2 puntos); c) volumen indexado de aurícula izquierda > 50 mL/m² (1 punto) y d) FA paroxística (1 punto). A mayor puntaje menor probabilidad de recuperación de la FEVI.

Se incluyeron en el análisis 605 pacientes tratados entre 2010 y 2021, con edad media de 61 años, el 24% mujeres. En poco más de la mitad de los casos el procedimiento consistió en la ablación de venas pulmonares como único tratamiento, en el resto hubo otra práctica asociada. El 70 % fueron respondedores, e incrementaron la FEVI en una media de $19,6 \pm 9,6\%$. Los no respondedores no variaron su FEVI: $0,3 \pm 5,7\%$. Los respondedores fueron más frecuentemente hombres, algo más jóvenes, con menos comorbilidades, menos necesidad de dispositivos de terapia eléctrica, menor volumen auricular y ventricular izquierdo, QRS más angosto (media de 102 vs 127 mseg), menos frecuentemente etiología conocida y FA paroxística. La mediana (RIC) de score de Antwerp fue de 1 (0-2) en los respondedores vs. 4 (3-5) en los no respondedores. En un seguimiento mediano de 440 días (316-728) los respondedores experimentaron menos frecuentemente recurrencia de arritmia auricular (30,6 vs 51,5%), recurrencia específica de FA persistente (9,6 vs 34,1%), hospitalización por IC (3,8 vs 30,1%), muerte o trasplante cardíaco (1,5 vs 11,5%), y por el contrario, más frecuentemente remodelado inverso, con caída de al menos un 15% en el volumen de fin de sístole del ventrículo izquierdo (48,8 vs 9,6%). En todos los casos las diferencias fueron estadísticamente significativas. El score tuvo excelente validación externa. En aquellos con un score ≤ 2 la tasa de recuperación de la FEVI fue del 90%; en aquellos con score ≥ 5 , del 14%; en los de score intermedio, 47%.

A la hora de decidir la ablación por catéteres de la FA en el contexto de la IC con FEVI reducida se

plantea siempre la duda acerca de la elección del candidato adecuado. El éxito del procedimiento depende enormemente de las características basales, clínicas y paraclínicas. Por ello las guías de tratamiento hablan siempre de “pacientes seleccionados”. El estudio que presentamos contribuye a una elección adecuada de los casos con mayor factibilidad de éxito. La variable etiología conocida se refiere al hecho de poder señalar una causa para la disminución de la FEVI, más allá de la FA. Si dicha etiología (isquémica, no isquémica, infiltrativa, etc.) está presente, es menos factible que la ablación de la FA mejore notablemente la FEVI. Si no lo está, podemos confiar más en su aumento al erradicar la FA. La dilatación auricular y el QRS ensanchado hablan de daño estructural instalado, y por ende menor posibilidad de éxito. Nótese que el volumen auricular considerado como valor de corte es muy elevado (50 mL/m²), lo cual aumenta la especificidad y por ende el valor predictivo positivo. La FA paroxística señala inestabilidad eléctrica por la presencia de gatillos y un sustrato predispuesto. La presencia de las 4 variables del score sugiere ser pesimistas a la hora de esperar éxito del procedimiento. Su ausencia, por el contrario, permite confiar en un resultado favorable.

Vale destacar que los respondedores (dos tercios del total) tuvieron un 30 % de recurrencia de FA o aleteo auricular, pese a lo cual su pronóstico fue mucho mejor que el de los no respondedores, con un punto final combinado muerte/trasplante 10 veces menor. Ello coincide con el concepto de que una reducción de carga de FA >50% se asocia a remodelado reverso y mejor pronóstico. La recurrencia de la FA no es, entonces, per se, señal de fracaso del procedimiento. Pero debe por otra parte dejarse en claro que no podemos, en este estudio observacional, atribuir la mejor evolución solo a la ablación exitosa de la FA. Los respondedores eran, de hecho, más jóvenes, menos enfermos, con un QRS más angosto y un score de Antwerp claramente menor. Una evidencia más firme de la relación de la ablación de la FA con el pronóstico en pacientes con IC avanzada surge sin dudas de un estudio aleatorizado como Castle-HTx, que comentamos en el número anterior.

Riesgo cardiovascular atribuible a la diabetes tipo 2 recientemente diagnosticada

Gyldenkerne C, Mortensen MB, Kahlert J, Thrane PG, Warnakula Olesen KK, Sorensen HT et al. 10-Year Cardiovascular Risk in Patients With Newly Diagnosed Type 2 Diabetes Mellitus. *J Am Coll Cardiol* 2023;82:1583-94. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.08.015>

Si bien la diabetes tipo 2 es un factor de riesgo cardiovascular universalmente reconocido, el grueso de la información procede de pacientes con larga data de la enfermedad. Hay escasez de datos sobre el pronóstico cardiovascular de pacientes con diabetes tipo 2 de menos de 10 años de evolución, y de hecho se admite que

esa corta duración de enfermedad podría no implicar alto riesgo de eventos. Para clarificar esta situación se llevó a cabo en Dinamarca un estudio de cohorte en que pacientes con diabetes tipo 2 recientemente diagnosticada entre enero de 2006 y diciembre de 2013 fueron apareados por edad y sexo en relación 1:3 con personas libres de diabetes. Se excluyó del estudio a todos aquellos (con o sin diabetes) que tuvieran enfermedad cardiovascular (ECV) establecida. Ello llevó finalmente a tener una relación de personas con vs sin diabetes de 1 a 2,7. El punto final primario del estudio fue incidencia de ECV: muerte de origen CV, infarto agudo de miocardio no fatal y accidente cerebrovascular no fatal. Se consideró el riesgo competitivo de muerte no CV para el punto final de muerte CV, y el de muerte no relacionada para los eventos cardiovasculares no fatales. El seguimiento comenzó con el diagnóstico de diabetes tipo 2, y se extendió hasta un máximo de 10 años, la incidencia de alguno de los puntos finales, o el 31 de diciembre de 2013, lo que ocurriera primero.

Fueron incluidos finalmente 142 857 personas con diabetes recientemente diagnosticada y 388 410 individuos de la población general, todos libres de ECV. La edad mediana de la población fue de 60 años. En general, los pacientes con diabetes presentaron mayor prevalencia de comorbilidades y se les prescribió más medicación. En los pacientes con diabetes se empleó metformina en el 69% de las mujeres y el 67% de los hombres, y estatinas en el 35,7% de las mujeres y el 38,5% de los hombres. Lógicamente, por los años de inclusión, la utilización de gliflozinas y agonistas GLP-1 fue 0 o cercana a 0. En el rango etario de hasta 49 años los pacientes con diabetes presentaron más frecuentemente diagnóstico de obesidad que en edades más avanzadas, y se les prescribieron menos estatinas y medicación antihipertensiva.

En una mediana (RIC) de seguimiento de 8,1 años (6,3-10) la incidencia de ECV fue de 12 % entre los pacientes con diabetes y 9,3% en aquellos sin diabetes. El riesgo de ECV aumentó de 2% en los menores de 40 años a 30% en los de 80 años o más; el HR considerando el riesgo competitivo de muerte no CV disminuyó a medida que aumentó la edad, desde 2,59 en los < 40 años a 1,08 en los ≥ 80 años. Para cualquier percentilo de riesgo de ECV, los pacientes con diabetes lo alcanzaron a una edad más temprana. Por ejemplo, un riesgo de ECV de 5 % a 10 años fue alcanzado por hombres con diabetes tipo 2 recientemente diagnosticada a los 43 años, y en hombres sin diabetes a los 55 años. En el caso de las mujeres, alcanzaron un riesgo de 5% a 10 años a los 51 años si tenían diabetes, y a los 61 si no la presentaban. Riesgos progresivamente mayores fueron alcanzados lógicamente a edades más avanzadas, y coincidieron con menor diferencia etaria entre personas con y sin diabetes. En todos los grupos etarios el riesgo de ECV de los pacientes con diabetes recientemente diagnosticada fue mayor en los hombres que en las mujeres, especialmente en los más jóvenes

(en < 40 años, 4% en hombres, 1,3% en mujeres) pero extendiéndose hasta las edades más avanzadas (en ≥ 80 años 30,3% en hombres vs 29,8% en mujeres). El riesgo de muerte de todas las causas a 10 años fue 25% entre los pacientes con diabetes y 16% en aquellos sin diabetes, fundamentalmente atribuible a muerte no cardiovascular.

Este estudio de cohorte, danés como el que comentamos sobre colesterol LDL, comparte con este el hecho de basarse en registros nacionales de datos médicos y administrativos. Permite dilucidar qué es lo que sucede con la diabetes tipo 2 de reciente diagnóstico, y cómo pesa en la determinación pronóstica. Vale la pena señalar que, en valores absolutos, lógicamente el riesgo de ECV en los pacientes con diabetes tipo 2 de reciente diagnóstico es mayor a medida que aumenta la edad; pero que la relación de riesgo entre un paciente con y sin diabetes, disminuye a medida que la edad aumenta. Riesgo de eventos más alto, pero con menor peso de la condición de diabetes en los pacientes más añosos; lógico si consideramos que a mayor edad mayor presencia de otros factores de riesgo en los pacientes sin diabetes, de manera que su diferencia con un paciente con diabetes tiende a disminuir. En cambio, la presencia de diabetes tipo 2 en pacientes jóvenes va de la mano de obesidad y

tabaquismo. Esta combinación, sumada a una menor prescripción de estatinas y antihipertensivos, puede contribuir a explicar en ellos el exceso de riesgo de ECV respecto de la contraparte sin diabetes.

Son fortalezas del estudio el tratarse de una cohorte contemporánea, con excelente calidad de datos prospectivamente recogidos, y el número de observaciones. Son debilidades el hecho de no contar con los datos de tabaquismo, consumo de alcohol y cifras de presión arterial. Tampoco con las cifras de colesterol LDL o HbA1c. En la comparación de pacientes con y sin diabetes no se pudo ajustar entonces por la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular. Sostienen los autores que, de cualquier manera, ello permite considerar el exceso de riesgo que tiene un paciente cuando se le diagnostica diabetes, con toda la carga de factores de riesgo que ello trae aparejado.

En conclusión, la diabetes de reciente diagnóstico implica exceso de riesgo de ECV ya en los primeros 10 años del diagnóstico. Dicho exceso de riesgo es incluso mayor en términos relativos cuanto más jóvenes son los pacientes, sobre todo los hombres. Este dato debiera tenerse en cuenta a la hora de elegir el tratamiento: estatinas, gliflozinas, agonistas GLP-1 (a tener en cuenta si consideramos la mayor prevalencia de obesidad en este subgrupo).