

MIOCARDIOPATÍA DIABÉTICA. LA DM ES UN FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Autor: Marcos García Aguado

Fecha de publicación: 06/04/2022

Patología: IC / Categoría: Recordar

Tiempo de lectura: 2 minutos



La Diabetes Mellitus (*DM*) es un factor de riesgo independiente de aterosclerosis y cardiopatías isquémicas. Pero también es un factor de riesgo independiente de insuficiencia cardiaca (*IC*).

Los pacientes con DM tienen una prevalencia de IC muy elevada en comparación con los pacientes sin DM, y su pronóstico vital es peor. Se estima que entre el 10 y el 15% de los pacientes con DM tienen IC y que más del 40% de los pacientes hospitalizados por IC tienen DM.

Por múltiples y complejos mecanismos moleculares, la DM genera cambios en el corazón, responsables de generar disfunción diastólica y disfunción sistólica, la antesala de la IC.

Los cambios moleculares e histológicos del paciente con DM, responsables de las alteraciones estructurales que generan disfunción diastólica por problemas en la distensibilidad del ventrículo izquierdo (VI) y disfunción sistólica por reducción de la capacidad contráctil, son la base de la miocardiopatía diabética. La forma de IC más frecuente en la miocardiopatía diabética es la IC con fracción de eyección preservada.

La [miocardiopatía diabética](#) se define como una vulnerabilidad del miocardio en pacientes con DM, independiente de la hipertensión arterial, valvulopatía y enfermedad coronaria.

La miocardiopatía diabética presenta una fase subclínica sin síntomas, de larga evolución. En esta fase se identifican las alteraciones estructurales que producen la disfunción diastólica y/o sistólica del VI, pero sin clínica, por tanto, estaríamos en el estadio “pre-IC” de IC de los 4 definidos por las guías de práctica clínica de la [ACC/AHA 2022](#) para incidir en la prevención del desarrollo de IC (*estadio riesgo de IC: Factores de riesgo de IC, pero sin IC; estadio pre-IC: cardiopatía estructural subyacente, pero sin IC; estadio IC sintomática: IC establecida; estadio IC avanzada: IC avanzada*).

Es fundamental identificar la miocardiopatía diabética en fase subclínica, para poder aplicar medidas adecuadas y reducir el riesgo de desarrollo de IC. Recordemos que la aparición de IC imprimirá mal pronóstico al paciente, con tasas de supervivencia inferiores al 30% a los 10 años de evolución.

Este año [se ha publicado](#) un interesante documento de posicionamiento europeo sobre prevención de IC, con la participación de las **Asociaciones Europeas de Prevención Cardiovascular e IC**. Igualmente, [las guías de IC ACC/AHA 2022 insisten en la importancia de la prevención de IC](#). Como resumen de ambos documentos, en pacientes con DM, se recomienda:

- Utilización de péptidos natriuréticos para identificar a pacientes en fase preclínica de IC (guías ACC/AHA)
- Manejo adecuado de los factores de riesgo implicados en el desarrollo de IC, indicando medidas potenciales de intervención.
- Valorar tratamientos específicos para la reducción del riesgo de desarrollo de IC. Los iSGLT2 (*fundamentalmente canagliflozina, ertugliflozina, empagliflozina y dapagliflozina*) han demostrado un efecto beneficioso en la protección frente al desarrollo de IC en los pacientes con DM y enfermedad CV establecida o DM con factores de riesgo asociados CV. Se insiste en el uso de iSGLT2 en pacientes con DM como medicamento eficaz en la prevención de IC.



Ilustración 1. Miocardiopatía diabética

REFERENCIAS

[European Journal of Preventive Cardiology, Vol 29, Issue 1, January 2022, pg 275-300](#)

[Circulation. 2022. Apr 1.](#)

[Am J Med. 2008. Sep;121\(9\):748-57](#)