

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](#)