

LA IMPORTANCIA DEL BINOMIO INSUFICIENCIA CARDIACA Y DIABETES MELLITUS

Dr. Miguel Azañedo Velásquez

Medico Cardiólogo Jefe de la Unidad de IC Instituto Cardiovascular Clinikor Norte

Es reconocido que la insuficiencia cardiaca (IC) es una complicación común de la diabetes mellitus (DM), con una tasa de incidencia creciente y una prevalencia de hasta 22%, esto conllevaría en un futuro una mayor carga sanitaria, especialmente en atención primaria, por ello surge el documento de consenso de la Asociación Americana de Diabetes que tiene como objetivo emitir una serie de guías y recomendaciones relacionadas con el despistaje, diagnóstico y tratamiento de la IC a todos los profesionales sanitarios involucrados en la atención de pacientes diabéticos.

La relación entre diabetes mellitus (tipo I o II) e IC tiene una asociación bidireccional única, epidemiológicamente hablando DM incrementan de 2 a 4 veces el riesgo de IC, incluso presentándose como la primera complicación cardiovascular en estos pacientes. La fisiopatología de la IC en personas con DM es compleja y refleja las interacciones de múltiples factores de riesgo que actúan en conjunto con vías subcelulares desreguladas que se extienden más allá de las consecuencias de la hiperglucemia asociada a la diabetes, todo lo cual conduce a cambios funcionales y estructurales en el corazón diabético, hoy llamada “miocardiopatía diabética” la cual es definida como la disfunción ventricular en ausencia de enfermedad arterial coronaria e hipertensión.

La IC representa un continuo de anomalías y disfunciones estructurales cardíacas y el riesgo cardiovascular asociado, por ello debemos considerar que todo paciente con diagnóstico de DM presenta riesgo de desarrollar IC y por lo tanto clasificarlo en estadio A. Pero realmente muchos pacientes diabéticos se deben incluir en estadio B (“Pre-IC) este sabemos está relacionado a mayor riesgo de mortalidad cardiovascular y por todas las causas, así como con la progresión a estadios más avanzados de IC sintomática, y es de reconocimiento la importancia de los biomarcadores (péptidos natriuréticos o troponinas elevados) para respaldar la detección de disfunción cardíaca en una etapa temprana.

El uso rutinario de la ecocardiografía no se considera rentable, por lo tanto, no se recomienda su uso sistemático en personas asintomáticas, incluidos pacientes diabéticos. Por otro lado, la adición de biomarcadores como parte del estándar de atención puede ayudar a la predicción del riesgo de IC en personas con diabetes. Es por ello que el documento de consenso recomienda que, a las personas con diabetes, se mida al menos una vez al año un péptido natriurético o troponina

cardíaca de alta sensibilidad para identificar las etapas más tempranas de IC e implementar estrategias para prevenir la transición a IC sintomática, Los valores de corte útiles para BNP (50 pg/ml), NT-proBNP (125 pg/ml) o troponina cardíaca de alta sensibilidad (límite de referencia superior del percentil 99) para determinar el riesgo de IC se basan en múltiples estudio clínicos.

En pacientes diabéticos clasificados en estadios C y D, el documento de consenso hace referencia a la importancia de la identificación precoz de síntomas y signos de la enfermedad, así como de la importancia de las exploraciones complementarias que deben realizarse y que incluye necesariamente, la evaluación de enfermedad coronaria subyacente para descartarla como etiología.

La terapia de estilo de vida es una parte importante del manejo del riesgo de IC. Se han propuesto varios enfoques de estilos de vida múltiples a este respecto, como "Life's Simple 7", que proporciona una hoja de ruta importante para abordar los factores de riesgo modificables de IC, teniendo como puntos importantes la pérdida de peso, el ejercicio personalizado regular, minimización de ingesta de alcohol y evitar fumar, también se recomienda el control periódico del potasio sérico.

Respecto al tratamiento farmacológico el consenso, recomienda para personas con insuficiencia cardíaca en estadios A y B intervenciones que modifiquen factores de riesgo y el tratamiento para estabilizar la cardiopatía estructural (IECA/ARA y/o bloqueadores β). En los estadios C y D si nos encontramos con un paciente con ICFEr y diabetes las recomendaciones de terapia fundacional son similares a las de los pacientes con ICFEr sin diabetes e incluyen ARNI (preferible), IECA o ARA, bloqueadores β , MRA e iSGLT2. En paciente con ICFEp se considera a los iSGLT2 como terapia clínicamente comprobada para reducir hospitalizaciones por IC y razonable el uso con espironolactona y/o ARNI.

Las pautas actuales para el control de la diabetes varían en cuanto a los objetivos glucémicos precisos recomendados. Los objetivos glucémicos óptimos para las personas con diabetes e IC deben individualizarse, para considerar una adecuada selección de régimen terapéutico.

Diferentes guías de práctica clínica recomiendan los programas de rehabilitación como complemento útil de tratamiento, ya que mejoran la capacidad de ejercicio y posible efecto sobre mortalidad. Se agrega la importancia del abordaje multidisciplinario dirigida hacia una atención personalizada además de la educación de las personas con diabetes e insuficiencia cardíaca sobre la trayectoria probable de su enfermedad cardíaca y las estrategias de manejo que pueden mejorar sus resultados, para limitar la progresión de la enfermedad, incluidas las hospitalizaciones y muertes relacionadas con la insuficiencia cardíaca.

REFERENCIA:

Rodica Pop-Busui, James L. Januzzi, Dennis Bruemmer, Sonia Butalia, Jennifer B. Green, William B. Horton, Colette Knight, Moshe Levi, Neda Rasouli, Caroline R. Richardson; Heart Failure: An Underappreciated Complication of Diabetes. A Consensus Report of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 7 July 2022; 45 (7): 1670–1690. <https://doi.org/10.2337/dci22-0014>