



Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

D-043 - CARDIOPATÍA DIABÉTICA

R. Ramírez¹, J. Márquez², M. Mas², C. Torres², M. Durán²

¹Unidad de HTA. Dislipemias y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Santa Tecla. Tarragona.

Resumen

Objetivos: La miocardiopatía diabética (MD), fue definida como la disfunción ventricular que ocurre en pacientes diabéticos con independencia de la cardiopatía isquémica (CI) o la hipertensión (HTA) u otra etiología conocida. Nuestro objetivo fue analizar los pacientes que podrían cumplir el diagnóstico de MD en una cohorte previa de pacientes que ingresaron por IC.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes que ingresaron por IC (294) entre enero de 2008 y junio de 2011, tras excluir progresivamente aquellos con CI (147), HTA/miocardiopatía hipertrófica (63) y valvular/otras (26). 58 pacientes se incluyeron finalmente comparando aquellos con diabéticos, posible MD (18) con los no DM (40), IC idiopáticas. Se consideró significativo un valor de p 0,05. Los datos fueron analizados utilizando el programa SPSS 20.0.

Resultados: No existieron diferencias en cuanto a sexo (varón) 39% vs 60%, edad 76 (5) vs 74 (10), tabaquismo 17% vs 21%, NYHA III-IV 50% vs 61%, FE 51 (15) vs 50 (17) o fibrilación auricular 56% vs 72% (p ns para todas ellas). Tampoco en cuanto a tratamiento con IECAs 44% vs 32%, ARA2 16,7% vs 25%, betabloqueantes 33% vs 30% o anticoagulantes 38,9% vs 32,5%, (p ns para todas ellas). Las MD presentaron más HTA 72,5% vs 37,5%, DLP 50% vs 12,5% y más tratamiento con AAS 50% vs 15,4% y estatinas 44,4% vs 7,5% (p 0,02, 0,00, 0,01, 0,02 respectivamente). Presentaron mayor glucemia basal (mg/dl) 149 (38) vs 100 (15), Hb A1c (%) 8,6 (2,3) vs 6,1 (0,6), y también triglicéridos más elevados 134 (mg/dl) (59) vs 103 (38), (p, 0,00, 0,00 y 0,02 respectivamente). No existieron diferencias en resto de perfil lipídico, hemoglobina, filtrado glomerular, función hepática, albúmina o ácido úrico. A los 2 años la mortalidad por cualquier causa 20% vs 11,1%, o de origen cardiovascular 5,6% vs 2,5%, no difirió entre ambos grupos. Por último, de las 294 IC estudiadas tan sólo 18 de ellas presentarían MD, con lo que puede estimar que hasta un 6% de las IC que ingresan podría tener MD.

Discusión: Pese a reconocer que no existe una clasificación etiológica satisfactoria para la IC, las guías de práctica clínica para el manejo de la insuficiencia cardíaca (IC) del presente 2016, contemplan la DM en su clasificación etiológica, no siendo considerada como un mero factor de mal pronóstico como en las anteriores guías de 2012. Nuestros resultados podrían ayudar a estimar la prevalencia que ésta podría tener. La lipotoxicidad cardíaca en relación a la hipertrigliceridemia y los ácidos grasos libres se ha considerado uno de los factores implicados en la fisiopatología de la MD; la hiperglicemia por su parte parece contribuir a las alteraciones estructurales miocárdicas vía acúmulo y activación de AGE (Advanced Glycated End-products) y de ROS (Reactive Oxygen Species) miocárdica, lo que conlleva a fibrosis y rigidez ventricular. Nuestros resultados estarían de acuerdo con estos mecanismos fisiopatológicos. A los 2 años la mayor mortalidad por

cualquier causa o de origen cardiovascular no ha alcanzado significación estadística; quizás el pequeño grupo de pacientes analizado impida que hayamos alcanzado resultados de significación. En cualquier caso, nuestros resultados deben ser interpretados con precaución ante su carácter retrospectivo de los mismos sobre una base de datos preexistente, así como por el limitado número de pacientes analizados.

Conclusiones: Hasta un 6% de los pacientes que ingresaron por IC en nuestro centro en el periodo de estudio podría tener MD. La hiperglucemia, la HbA1c e hipertrigliceridemia caracterizan a la MD, también en nuestra serie. No hemos podido objetivar una mayor mortalidad de la MD con respecto al resto de IC.