

DIABETES Y CORAZÓN

HEART AND DIABETES

DR. CARLOS ZAVALA U. (1), DR. FERNANDO FLORENZANO U. (2)

(1) Médico Jefe Unidad de Diabetes. Departamento de Medicina Interna. Clínica Las Condes.

(2) Médico Jefe Departamento de Cardiología. Clínica Las Condes.

Email: szavala@clc.cl, czavalaumd@yahoo.com

RESUMEN

En la diabetes mellitus (DM) el corazón es el órgano que se compromete con mayor frecuencia y lo hace a través de la enfermedad coronaria (EC), cardiopatía hipertensiva (CH), miocardiopatía diabética (MCDM) y neuropatía autónoma cardíaca (NAC), entidades de gran morbilidad y mortalidad y que pueden coexistir en el mismo paciente. Las personas diabéticas con enfermedad coronaria establecida son el grupo de mayor riesgo para presentar un infarto cardíaco. La EC en las personas diabéticas adquiere connotaciones propias en relación a su diagnóstico, evolución y tratamiento. En la DM por una parte está ampliamente reconocido el efecto nocivo de la hiperglicemia y de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) para la aparición y progresión de sus complicaciones y por otra, la evidencia de los grandes ensayos clínicos ha demostrado que un enfoque terapéutico global que incluya de manera temprana no sólo un estricto control de la glicemia sino que el resto de los FRCV trae consigo reducción de la morbilidad y mortalidad CV y general. Recientemente se ha estandarizado la manera de investigar y tratar estos factores en presencia de DM. La clave está en la pesquisa y tratamiento precoz de los estados de preDM y DM, y de los otros FRCV asociados como son la elevación del colesterol de LDL, de la presión arterial, eliminar el hábito de fumar y controlar la obesidad. Aunque aparentemente menos frecuentes pero no menos importantes son la MCDM y NAC, exigen una diagnóstico y tratamiento oportuno, al aumentar la morbimortalidad de causa cardiovascular. La insuficiencia cardíaca (IC) es frecuente en las personas con diabetes. La EC es la causa más frecuente de IC, pero la MCDM también contribuye y debe ser investigada ya que expone a mayor morbimortalidad, menor tolerancia al ejercicio y peor calidad de vida. La insuficiencia renal en etapa avanzada es causa frecuente de IC en DM.

El objetivo de este artículo presentar una actualización del diagnóstico y manejo del compromiso cardíaco en la diabetes mellitus.

Palabras clave: Diabetes mellitus, enfermedad coronaria, miocardiopatía diabética, neuropatía autónoma cardíaca.

SUMMARY

In diabetes mellitus (DM) the heart is the organ most frequently involved, being a major risk factor for developing coronary heart disease (CHD), hypertensive heart disease (HHD), diabetic cardiomyopathy (DCM) and cardiac autonomic neuropathy (CAN), entities with high morbidity and mortality, that can coexist in the same patient. Diabetics with established coronary heart disease have a major risk for acute myocardial infarction. Coronary Heart Disease in diabetics has its own features regarding diagnosis, prognosis and treatment. In DM it is widely recognized the deleterious effect of hyperglycemia as a cardiovascular risk factors (CVRF) for the onset and progression of complications. Moreover, the evidence from clinical trials has shown the importance of a global therapeutic approach, not only an early strict glycemia control, but also in the control at the rest CVRF, making possible to reduce CV morbidity and overall mortality. Recently it has been standardized the way to study and manage these factors, in the presence of DM. The key is, in the early research and treatment of pre-DM and DM states and the other associated cardiovascular risk factors, such as: high LDL cholesterol, blood pressure, smoking and obesity control. Although DCM and CAN are less frequent, they are not less important, requiring prompt diagnosis and treatment, because of its increased morbidity and mortality. Heart failure (HF) is common in people with diabetes. Although the CD is the most common cause of HF, is important to emphasize that DCM also contributes and should be investigated, because it increases morbidity and mortality, reduces exercise tolerance and worsens quality of life. The end-stage renal failure is a frequent cause of heart failure in diabetics.

The aim of this article is to present an update of the diagnosis and management of the cardiac disease in diabetes mellitus.

Key words: Diabetes mellitus, coronary artery disease, diabetic cardiomyopathy, cardiac autonomic neuropathy.

INTRODUCCIÓN

Al presentar este artículo pretendemos entregar una visión resumida y actualizada del compromiso cardíaco en la Diabetes Mellitus (DM), orientada a familiarizar en su diagnóstico y manejo al médico que le corresponde ver a este tipo de pacientes en diferentes circunstancias, dada la elevadísima frecuencia de la ambas entidades. De la partida debemos destacar que la DM obliga a investigar enfermedad cardiovascular (ECV) y el reconocimiento de ECV obliga a descartar DM. La DM es una enfermedad metabólica crónica que ha experimentado un crecimiento explosivo, cuyas complicaciones crónicas son responsables de morbilidad y mortalidad devastadora y de grandes costos económicos directos e indirectos y sociales. El compromiso del corazón es una de las complicaciones más graves en la DM y se da en el contexto de diferentes entidades patológicas: enfermedad coronaria (EC), cardiopatía hipertensiva(CH), miocardiopatía diabética (MCDM), neuropatía autonómica cardíaca (NAC).

Cualquiera de estos cuadros puede desencadenar o agravar una insuficiencia cardíaca ensombreciendo el pronóstico.

ENFERMEDAD CORONARIA

Epidemiología. La EC aterosclerótica es el compromiso patológico más frecuente del corazón en la DM, duplicando o triplicando el de la población general (1). El mayor riesgo de infarto cardíaco lo exhiben los portadores de DM con EC establecida (5). Sin embargo, hay que reconocer que no todos los individuos diabéticos tienen el mismo riesgo, sino que este aumenta por la acumulación de factores de riesgo cardiovascular (FRCV). El riesgo mayor lo presenta el paciente diabético que ha sufrido un infarto de miocardio (IM) (2). El 75% de los pacientes diabéticos fallece por EC, una proporción importante tiene complicaciones, siendo el pronóstico de un evento coronario en el corto y largo plazo más ominoso (3, 4). En los últimos 40 años la mortalidad por EC ha disminuido en la población general; y en la última década en los diabéticos (5).

MECANISMOS DE LA ATEROESCLEROSIS (ATE) Y CONSECUENCIAS

La hiperglicemia y dislipidemia son responsables de la gluco y lipotoxicidad que implica: oxidación de la matriz extracelular, formación de productos terminales de glicosilación avanzada, disfunción endotelial, consecuencia de una menor producción o inactivación del óxido nítrico (ON). La hipertrigliceridemia postprandial, aun en presencia de triglicéridos normales en ayunas es un factor de riesgo independiente para aterosclerosis (6). La obesidad aumenta el grado de resistencia a la insulina, además el mal control metabólico y la presencia de nefropatía e hipertensión arterial influyen en las múltiples etapas del proceso aterogénico y trombogénico, facilitado por el estado procoagulante secundario al desequilibrio de los sistemas de coagulación y fibrinólisis. Por otra parte la carga genética contribuye de manera importante en el proceso.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD CORONARIA EN DIABETES

SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS

Infarto de miocardio

El IM y la angina inestable, constituyen el grueso de los síndromes coronarios agudos y el IM es la causa más frecuente de muerte en diabetes dentro y fuera del hospital.

SÍNDROMES CORONARIOS CRÓNICOS

Angina crónica

Un tercio de los diabéticos se presenta con isquemia silente. La dificultad para percibir el dolor de la angina clásica en DM ocurriría por denervación autonómica, enmascarando la sintomatología (7).

Diagnóstico

La DM de tipo 2 en cualquier momento de la evolución puede presentar EC, incluso antes de su aparición; en cambio la DM de tipo 1 lo hace generalmente después de 20 años de evolución. Considerando la mayor prevalencia de la EC, morbimortalidad elevada y cuadros clínicos atípicos en la DM 2, podría ser riesgoso esperar la aparición de síntomas clásicos para iniciar la pesquisa, más aun sabiendo que un diagnóstico oportuno mejora el pronóstico. Sin embargo no contamos con evidencia para realizar pesquisa con estudios no invasivos de isquemia en toda la población diabética asintomática, dado que las expectativas y la calidad de vida no mejoran en estos sujetos. Por lo tanto, parecería conveniente iniciar la pesquisa de EC sólo en los individuos diabéticos mayores de 40 años y en los menores cuando hay FRCV asociados. Tabla 1.

TABLA 1. PESQUISA DE ENFERMEDAD CORONARIA EN DIABETES

1. Síntomas típicos o atípicos de EC
2. ECG de reposo sugerente de isquemia o infarto
3. Enfermedad arterial periférica, cerebral, carotídea y aneurisma de aorta abdominal
4. DM 2 mayor de 40 años
5. DM 1 con más de 15 años de evolución
6. DM con dos o más factores de riesgo clásicos <ul style="list-style-type: none"> a) Colesterol LDL > 130 mg/dl o HDL < 45 mg/dl o triglicéridos > 150 mg/dl b) Presión arterial > 130/85 mm/Hg c) Fuma tabaco d) Historia familiar de cardiopatía coronaria prematura e) Microalbuminuria f) Obesidad central g) Sedentarismo
7. Previo a cirugía que implique anestesia general o regional
8. Diabético sedentario que inicia práctica de actividad física

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3830346>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3830346>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)