



CARTAS CIENTÍFICAS

Prevalencia de insuficiencia cardiaca diagnosticada en pacientes diabéticos en el ámbito de la atención primaria. ¿Debemos mejorar el cribado?

Prevalence of heart failure diagnosed in diabetic patients in the primary care setting. Should we improve screening?

Manuel Sánchez Molla ^{a,*}, Juan Manuel Zazo Menargues ^{a,b} e Inmaculada Candela García ^{a,b}

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, Elche, España

^b Centro de Salud Raval Elche Centro, Elche, España

Disponible en Internet el 7 de mayo de 2024

La diabetes mellitus de tipo 2 es un factor de riesgo de incidencia de insuficiencia cardíaca (IC) y aumenta el riesgo de morbimortalidad en pacientes con IC previa. Son 2 enfermedades prevalentes y los datos apuntan a su incremento en un futuro próximo¹. La IC es la principal causa de ingreso hospitalario no programado en la población con diabetes mellitus. Ensayos clínicos recientes han demostrado el efecto sinérgico del manejo de ambas enfermedades y el potencial de los nuevos fármacos para la diabetes mellitus en la mejora del pronóstico de la IC².

La IC sin síntomas ha sido infradiagnosticada habitualmente tanto en la población general como en población diabética³. Por todo esto, las nuevas guías de la Asociación Americana de Diabetes³ y del Grupo Español Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS)⁴ recomiendan el cribado anual de IC mediante el análisis del péptido natriurético en población diabética sin clínica de IC⁵.

El objetivo del estudio es revisar la prevalencia de IC diagnosticada en nuestra zona básica y ver si existe algún perfil asociado.

Se diseñó un estudio transversal con una muestra de pacientes seleccionada aleatoriamente desde el censo de pacientes diabéticos ($N = 1.350$ pacientes) de nuestro centro de salud. Se calculó el tamaño muestral necesario y se estudió a 159 pacientes ($N = 159$).

A partir de los registros de la historia clínica electrónica (HCE), se obtuvieron las variables: años de evolución, tratamiento farmacológico, grado de control, últimos valores analíticos, existencia de complicaciones macro- o microvasculares, la coexistencia de factores de riesgo cardiovascular y la existencia de IC.

Todos los datos fueron obtenidos por sus médicos de referencia e introducidos anónimizados en una hoja Excel en formato base de datos.

Se solicitó autorización al Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIM) para el acceso a la HCE (código del Comité: 22/054).

Los datos fueron analizados con el programa libre Open.Epi y con R Commander. Se realizó una estadística descriptiva y un análisis bivariante mediante test paramétricos o no paramétricos, según criterios de aplicación.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(M. Sánchez Molla\).](mailto:manuel.sanchezm@umh.es)

Tabla 1 Variables asociadas al diagnóstico de insuficiencia cardíaca en diabetes mellitus de tipo 2

Variables n (%)	Media(DE)		Valor P
	IC (N = 14)	No IC (N = 144)	
<i>Edad</i>	78,14 (9,36)	69,68 (11,57)	0,029
<i>Sexo femenino</i>	7 (50)	54 (38)	NS
<i>Tratamiento con SGLT2</i>	5 (35,7)	49 (34,0)	NS
<i>Fumador</i>	0 (0)	21 (15,0)	0,006
<i>Hipertensión</i>	14 (100)	110 (77,5)	NS
<i>Dislipidemia</i>	10 (71,4)	104 (73,8)	NS
<i>Obesidad</i>	5 (35,7)	61 (42,3)	0,017
<i>Creatinina media (DE)</i>	1,045 (0,55)	0,850 (0,35)	0,03671
<i>HbA1c media (DE)</i>	6,86 (0,99)	6,79 (0,96)	NS
<i>Años de evolución de diabetes</i>			
<5 años	1 (7,1)	35 (24,6)	0,03
5-9 años	3 (21,4)	32 (22,5)	
9-15 años	1 (7,1)	33 (23,2)	
>15 años	9 (64,3)	42 (29,6)	
<i>Cardiopatía isquémica</i>	5 (35,7)	19 (13,4)	0,002688
<i>Ictus</i>	4 (28,6)	17 (12)	0,001278
<i>Arteriopatía periférica</i>	3 (23,1)	11 (7,9)	0,054
<i>Retinopatía</i>	2 (15,4)	16 (11,3)	NS
<i>Nefropatía</i>	8 (57,1)	15 (10,7)	0,0014
<i>Neuropatía diabética</i>	1 (7,1)	8 (5,8)	NS

NS: diferencias no significativas.

Se detectó una prevalencia de IC del 8,8% (intervalo de confianza al 95%: 5,1-14), valor en el rango del detectado por el estudio de Mata et al.⁶, que es el que consta en el documento de GEDAPS, pero muy inferior a lo esperado según la Asociación Americana de Diabetes³. Las variables asociadas a IC fueron mayor edad, mayor tiempo de evolución de la diabetes, presencia de cardiopatía isquémica, de ictus, de nefropatía diabética, creatinina, obesidad y tabaquismo (tabla 1). La proporción de pacientes tratados con inhibidores del cotransportador sodio glucosa de tipo 2 (SGLT2) fue mayor en el grupo con IC, pero sin alcanzar significación estadística. El 34,2% (intervalo de confianza al 95%: 27,1-41,8) recibía en nuestra muestra este tratamiento.

Existe un infradiagnóstico en la HCE de IC en la cohorte de diabéticos. Existe un perfil que define a un grupo con más IC y que debe ser tenido en cuenta a la hora de priorizar la búsqueda activa de casos. Se debería aumentar la implementación de estas guías y mejorar el cribado, detectar IC oculta, mejorar el registro y adecuar el tratamiento con aquellos fármacos que optimizan el pronóstico de ambas enfermedades. Se debería evitar caer en la inercia diagnóstico terapéutica.

Consideraciones éticas

Estudio aprobado por el Comité Ético de Investigación Médica del Hospital General Universitario de San Joan (CEIM) con código 22/054.

Los accesos a los registros de historia clínica informática se realizaron por sus sanitarios habituales autorizados en condiciones de práctica clínica habitual. En el análisis se utilizaron datos anonimizados de los pacientes.

Financiación

El trabajo no recibió financiación.

Conflictos de intereses

Todos los autores manifiestan no presentar ningún conflicto de interés.

Bibliografía

- Dunlay SM, Givertz MM, Aguilar D, Allen LA, Chan M, Desai AS, et al. Type 2 diabetes mellitus and heart failure: A scientific statement from the American Heart Association and the Heart Failure Society of America: This statement does not represent an update of the 2017 ACC/AHA/HFSA heart failure guideline update. Circulation [Internet]. 2019 Ago 13;140:E294-324, <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.00000000000691> [consultado 8 Dic 2023].
- Park JJ. Epidemiology, pathophysiology. Diagnosis and treatment of heart failure in diabetes. Diabetes Metab J [Internet]. 2021 Mar 1;45:146-57 [consultado 9 Dic 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33813813/>
- Pop-Busui R, Januzzi JL, Bruemmer D, Butalia S, Green JB, Horton WB, et al. Heart failure: An underappreciated complication of diabetes. A consensus report of the American Diabetes Association. Diabetes Care [Internet]. 2022 Jul 7;45:1670-90, <http://dx.doi.org/10.2337/dc22-0014> [consultado 9 Dic 2023].
- Suplemento extraordinario. Diabetes práctica. La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada [consultado 8 Dic 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.52102/diabetpract.ICfracciondeeyeccion.art3>.
- Bayés-Genís A, Navarro J, Rodríguez-Padial L. Biomarcadores de disfunción ventricular preclínica en la diabetes

- mellitus tipo 2. Rev Española Cardiol [Internet]. 2023 Ene 1;76:4–6 [consultado 13 Mar 2024]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es-biomarcadores-disfuncion-ventricular-preclinica-diabetes-articulo-S0300893222002482>
6. Mata-Cases M, Franch-Nadal J, Real J, Cedenilla M, Mau-
rio D. Prevalence and coprevalence of chronic comorbid conditions in patients with type 2 diabetes in Catalonia: A population-based cross-sectional study. BMJ Open [Internet]. 2019 Oct 1;9:e031281 [consultado 27 Dic 2023]. Disponible en: <https://bmjopen.bmjjournals.com/content/9/10/e031281>