

SIMPOSIO: Mujer y diabetes: actualizando temas clave

Coordinadora: Mabel Graffigna

Enfermedad cardiovascular en la mujer con diabetes

Celina Bertona

Docente, Facultad de Ciencias Médicas, Médica de Planta, Hospital Universitario, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina

La enfermedad cardiovascular (ECV) constituye la primera causa de muerte en mujeres con diabetes mellitus (DM), y la evidencia acumulada demuestra que la DM anula la protección cardiovascular relativa que las mujeres presentan respecto de los varones en la población general.

Un metaanálisis de ensayos de resultados cardiovasculares en DM mostró que las mujeres tienen un riesgo relativo significativamente mayor que los varones de sufrir accidente cerebrovascular (RR 1,28), insuficiencia cardíaca (RR 1,30) y enfermedad renal crónica (RR 1,33), pese a estar infrarrepresentadas en dichos ensayos (28,5-35,8% de la muestra) y recibir con menor frecuencia estatinas, aspirina y betabloqueantes que sus pares varones.

Esta disparidad se explica por una combinación de factores biológicos y asistenciales: la DM atenúa la protección endotelial estrogénica y favorece la disfunción microvascular, lo que se traduce en una mayor prevalencia de angina/isquemia sin obstrucción coronaria significativa (ANOCA/INOCA) y en presentaciones clínicas menos típicas, con el consiguiente retraso diagnóstico. A esto se suman ventanas de riesgo específicas del sexo femenino - DM gestacional, trastornos hipertensivos del embarazo, síndrome de ovario poliquístico y menopausia precoz- que identifican mujeres jóvenes con riesgo cardiovascular aumentado, incluso antes de desarrollar DM2 franca, y que rara vez se interrogan de forma sistemática en la consulta cardiometabólica.

En el plano terapéutico, los *Standards of Care in Diabetes-2026* de la *American Diabetes Association* consolidan a los inhibidores de SGLT2 y a los agonistas del receptor de GLP-1 (incluyendo agentes duales GIP/GLP-1) como pilares de la reducción del riesgo cardiorrenal, con beneficio demostrado en insuficiencia cardíaca, eventos ateroscleróticos y progresión de enfermedad renal crónica, independientemente del valor de HbA1c. Las metas de presión arterial se han vuelto más exigentes (sistólica <120 mmHg en alto riesgo) y se ha incorporado el uso de antagonistas del receptor mineralocorticoide no esteroideos en pacientes seleccionados. Estos beneficios son consistentes entre sexos: la brecha no está en la eficacia de las intervenciones, sino en la intensidad con que se prescriben y en la exhaustividad con que se indaga el riesgo específico de la mujer.

Esta charla propone una actualización orientada a la práctica clínica: reconocer las particularidades fisiopatológicas y de presentación de la ECV en la mujer con DM, sistematizar el interrogatorio de antecedentes reproductivos como herramienta de estratificación de riesgo, y aplicar con igual intensidad terapéutica las estrategias de protección cardiorrenal validadas por la evidencia más reciente.

Bibliografía

- . Peters SAE, Woodward M, et al. Sex disparities in cardiovascular outcome trials of populations with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2020;43(5):1157-1163.
- . Appelman Y, Gulati M, Roeters van Lennep JE, Shaw LJ, Bairey Merz CN. Cardiovascular disease in women: traditional and sex-specific risk factors. *Eur Heart J*. 2025.
- . Kramer CK, Campbell S, Retnakaran R. Gestational diabetes and the risk of cardiovascular disease in women: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*. 2019;62:905-914.

. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 10. Cardiovascular disease and risk management: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S216-S242.

Palabras clave: enfermedad cardiovascular; mujer; diabetes.

SYMPOSIUM: Women and diabetes: updating key issues

Coordinator: Mabel Graffigna

Cardiovascular disease in women with diabetes

Celina Bertona

Professor, Faculty of Medical Sciences, Staff Physician, University Hospital, National University of Cuyo, Mendoza, Argentina

Cardiovascular disease (CVD) is the leading cause of death among women with diabetes, and accumulated evidence shows that diabetes abolishes the relative cardiovascular protection women otherwise have compared with men in the general population. A meta-analysis of cardiovascular outcome trials in diabetes found that women have a significantly higher relative risk than men of stroke (RR 1.28), heart failure (RR 1.30), and chronic kidney disease (RR 1.33), despite being underrepresented in these trials (28.5–35.8% of the total sample) and receiving statins, aspirin, and beta-blockers less frequently than their male counterparts.

This disparity is explained by a combination of biological and care-related factors: diabetes blunts estrogen-mediated endothelial protection and promotes microvascular dysfunction, resulting in a higher prevalence of angina/ischemia with no obstructive coronary artery disease (ANOCA/INOCA) and in less typical clinical presentations, leading to diagnostic delay. In addition, sex-specific risk windows—gestational diabetes, hypertensive disorders of pregnancy, polycystic ovary syndrome, and early menopause—identify young women with increased cardiovascular risk even before overt type 2 diabetes develops, yet these are rarely assessed systematically during cardiometabolic visits.

From a therapeutic standpoint, the American Diabetes Association's Standards of Care in Diabetes—2026 establish SGLT2 inhibitors and GLP-1 receptor agonists (including dual GIP/GLP-1 agents) as cornerstones of cardiorenal risk reduction, with demonstrated benefit on heart failure, atherosclerotic events, and progression of chronic kidney disease, independent of HbA1c level. Blood pressure targets have become more stringent (systolic <120 mmHg in high-risk patients), and nonsteroidal mineralocorticoid receptor antagonists have been incorporated for selected patients. These benefits are consistent across sexes: the gap lies not in the efficacy of these interventions, but in the intensity with which they are prescribed and in how thoroughly sex-specific risk is assessed in women.

This lecture offers a practice-oriented update: recognizing the pathophysiological and presentation-related particularities of CVD in women with diabetes, systematically incorporating reproductive history into risk stratification, and applying cardiorenal protection strategies validated by the most recent evidence with equal therapeutic intensity in women.

Key words: cardiovascular disease; women; diabetes.