

A pesar de la controversia sobre si la DM2 es equivalente o no a haber padecido un infarto agudo de miocardio (IAM), lo que sí podemos afirmar con rotundidad es que el paciente con DM2 tiene un riesgo mayor de sufrir un evento cardiovascular que el que no la padece. Por lo tanto, debemos poner en marcha medidas que minimicen las consecuencias, controlando todos los factores de RCV, que es el método más eficaz de tratamiento precoz de la cardiopatía isquémica, tal como como nos demostró el estudio STENO-2¹. Además la DM2 se asocia frecuentemente a otros factores de RCV como son hipertensión, dislipemia y sobrepeso u obesidad; los cuales aumentan el RCV de estos pacientes². La prevalencia de cardiopatía isquémica asintomática es alta y, aunque varía en los diferentes estudios según la población estudiada, existe un claro incremento con la edad³.

Cribado de CI y diagnóstico

Se aconseja realizar detección de complicaciones vasculares mediante anamnesis y exploración, si procede, dirigidas a conocer:

- Antecedentes de enfermedad vascular arteriosclerótica (EVA) conocida y documentada (angina, IAM), cerebrovascular (ictus) o periférica (EAP), incluyendo angioplastia o cirugía de revascularización.

- Antecedentes familiares de enfermedad vascular arteriosclerótica precoz: diagnóstico de EVA en familiares de primer grado (padres o hermanos) varones antes de los 55 años o mujeres antes de los 65 años.
- Factores de riesgo vascular asociados: tabaquismo, hipertensión, dislipemia, obesidad o riesgo vascular aumentado⁴.

Los pacientes diabéticos no se han de considerar inicialmente y de forma sistemática como «equivalente coronario». A todo paciente diabético sin enfermedad cardiovascular clínica o subclínica, se le ha de estimar el riesgo cardiovascular para graduar la intensidad de nuestra intervención e informar al paciente.

La función que se ha de utilizar para la estimación del riesgo vascular en nuestro entorno es la derivada del estudio REGICOR (punto de corte $\geq 10\%$), que es la única validada en nuestro país.

→ Mensajes clave

- Los pacientes diabéticos no se han de considerar inicialmente y de forma sistemática como un «equivalente coronario». **GRADO B.**
- A todo paciente diabético sin enfermedad cardiovascular clínica o subclínica, se le ha de estimar el riesgo cardiovascular para graduar la intensidad de nuestra intervención e informar al paciente. **GRADO D.**
- La función que se ha de utilizar para la estimación del riesgo vascular en nuestro entorno es la derivada del estudio REGICOR (punto de corte $\geq 10\%$). **GRADO D.**

Aunque se han utilizado varios sistemas para el cribado de la CI (electrocardiografía de estrés, ecocardiografía de estrés, tomografía computarizada mediante haz de electrones, o por emisión de fotón único (SPECT) con prueba de estrés, angiografía coronaria con tomografía computarizada), ninguno de ellos ha demostrado suficiente sensibilidad y especificidad y tampoco se correlacionan con la clínica como para poder ser recomendados de forma rutinaria. En caso de realizar cribado, solo existe la recomendación de utilizar técnicas de imagen funcionales

no invasivas: ecocardiografía de estrés o tomografía computarizada por emisión de fotón único, sola o en combinación.

Actualmente, ni la Asociación Americana de Diabetes (ADA) ni la European Society of Cardiology/European Association for the Study of Diabetes (ESC/EASD) recomiendan el cribado de CI en pacientes asintomáticos. No obstante, la búsqueda de CI puede llevarse a cabo en pacientes que tengan un riesgo especialmente elevado, como aquellos con evidencia de enfermedad arterial periférica o con un índice de calcio coronario elevado o proteinuria y en sujetos que deseen iniciar un programa de ejercicio vigoroso⁵.

→ Mensajes clave

- No se recomienda de forma sistemática la utilización de técnicas de imagen para el cribado de coronariopatía asintomática. **GRADO D.**
- En caso de realizar el cribado, se utilizarían las técnicas de imagen funcionales no invasivas: ecocardiografía de estrés o tomografía computarizada por emisión de fotón único, sola o en combinación. **GRADO D.**

El cribado de cardiopatía isquémica no mejora la morbilidad cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus⁶.

Tratamiento de la cardiopatía isquémica

El tratamiento de la cardiopatía isquémica es la prevención mediante el control de los factores de RCV que se tratan de forma más detallada en otros capítulos.

El ácido acetil salicílico no está recomendado de forma rutinaria en prevención primaria y debe reservarse su uso para los pacientes en prevención secundaria.

Las cifras objetivo de TA deben ser inferiores a 140/90 mmHg.

→ Mensajes clave

- El AAS no está recomendado para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en personas diabéticas. Se debe administrar AAS en prevención secundaria. **GRADO A.**
- En general, las cifras objetivo de PAS/PAD en los pacientes diabéticos y con hipertensión son < 140/90 mmHg. **GRADO A.**
- En la prevención secundaria de la ECV, salvo contraindicación formal, todo paciente diabético ha de recibir tratamiento farmacológico con estatinas. **GRADO A.**
- En la prevención primaria de la ECV, salvo contraindicación formal, todo paciente con DM y RCV \geq 10 % ha de recibir tratamiento farmacológico con estatinas. **GRADO B.**
- Se recomienda administrar dosis moderadas de estatinas en pacientes con DM y ECV independientemente de las cifras basales de colesterol; en pacientes que hayan sufrido un síndrome coronario agudo, se debe administrar dosis altas de estatinas. **GRADO A.**

Bibliografía

1. Gæde P, Oellgaard J, Carstensen B, Rossing P, Lund-Andersen H, Parving H-H, et al. Years of life gained by multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: 21 years follow-up on the Steno-2 randomised trial. *Diabetología* [Internet]. 2016 Nov 16;59(11):2298-307. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27531506>.
2. Martín-Timón I, Sevillano-Collantes C, Segura-Galindo A, Del Cañizo-Gómez FJ. Type 2 diabetes and cardiovascular disease: Have all risk factors the same strength? *World J Diabetes* [Internet]. 2014 Aug 15;5(4):444-70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25126392>.
3. Valensi P, Lorgis L, Cottin Y. Prevalence, incidence, predictive factors and prognosis of silent myocardial infarction: A review of the literature. *Arch Cardiovasc Dis* [Internet]. 2011;104(3):178-88. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875213611000465>.
4. Standards of Medical Care in Diabetes-2017: Summary of Revisions. *Diabetes Care* [Internet]. 2017 Jan 15;40(Suppl 1):S4-5. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/lookup/doi/10.2337/dc17-S003>.

5. Rydén L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, Danchin N, et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular, en colaboración con la European Association for the Study of Diabetes. *Rev Española Cardiol* [Internet]. 2014 Feb;67(2):136.e1-136.e56. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893214000323>.
6. Rados DV, Pinto LC, Leitão CB, Gross JL. Screening for coronary artery disease in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis and trial sequential analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2017 May 9;7(5):e015089. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2016-015089>.