****

**ARTÍCULOS COMENTADOS**

[**Patients With Diabetes Without Significant Angiographic Coronary Artery Disease Have the Same Risk of Myocardial Infarction as Patients Without Diabetes in a Real-World Population Receiving Appropriate Prophylactic Treatment**](http://care.diabetesjournals.org/content/40/8/1103)

Diabetes Care 2017; 40 (8): 1103-1110

https://doi.org/10.2337/dc16-2388

Este estudio vuelve a poner en la palestra la estratificación del riesgo cardiovascular en el paciente diabético. La evidencia actual a refutado estudios previos como el de Haffner et al.(NEJM 1998) donde la DM era catalogada como equivalente coronario y determinaron cambios en el manejo de los pacientes diabéticos que incluía el uso de estatinas, aspirina y IECA entre otros durante la década de los 90. Actualmente, la evidencia apoyaría el estatus coronario como el principal factor de riesgo. Esto lleva a que los autores se cuestionen: ¿podemos distinguir pacientes con diabetes de alto y bajo riesgo de eventos cardiacos adversos?.

Metodología: estudio observacional tipo cohorte, en Dinamarca, a partir de los datos del Registro Nacional de procedimientos coronariograficos entre enero 2003 y diciembre 2012. Clasificaron a los pacientes en DM+/- y enfermedad coronaria obstructiva o CAD+/-, definida como estenosis >50% en 1 arteria coronaria. Se excluyó pacientes con enfermedad coronaria difusa. Se comparó el riesgo (RR) de muerte, muerte cardiaca e infarto agudo al miocardio (IAM) a 7 años de seguimiento o muerte o emigración ( lo que ocurriera primero) entre pacientes con CAD-/DM- y todas las otras combinaciones. El riesgo se ajustó por edad ,sexo,score comorbilidad,HTA,tabaquismo, prioridad de procedimiento, y un 2º ajuste por IMC.

Resultados: 93.866 pacientes, 12.544 eran DM+ (13,4%). Dentro de las características basales, los pacientes con CAD obstructiva fueron más hombres, de mayor edad y el procedimiento fue indicado de urgencia por IAM, independiente de la presencia de DM. Pacientes con DM fueron más obesos, más HTA y score de comorbilidad mayor, independiente de la presencia o no de CAD. Pacientes CAD- con DM+ eran tratados en mayor proporción con estatinas (75.3% vs 46%) y aspirina (65.7 vs 52.7%) que los DM-. Pacientes CAD- con o sin diabetes presentaron el mismo riesgo ajustado de morir, muerte cardiaca e IAM (RR 1.03 [95% CI 0.92–1.15]; P = 0.61), (RR 1.21 [95% CI 0.90– 1.64]; P = 0.21), (RR 0.88 [95%CI: 0.65–1.17]; P = 0.37).

Conclusión: En estudio de la “vida real” pacientes con DM sin enfermedad coronaria obstructiva a la coronariografía tiene mismo bajo riesgo de muerte por cualquier causa, muerte cardiaca e IAM que pacientes sin cardiopatía coronaria y sin DM. Las conclusiones dan pie para extrapolar que la coronariografía sería una buena herramienta para distinguir a aquellos pacientes con diabetes que se favorecerían de un tratamiento “profilaxis 2º” intensivo de aquellos que no. Por lo invasivo del procedimiento los autores proponen el score de calcio coronario medido por Tomografía computada como una posible estrategia de tamizaje. En resumen, la ausencia de enfermedad coronaria significativa en coronariografía, en pacientes con diabetes bajo tratamiento profiláctico cardiovascular, tienen el mismo riesgo de eventos cardiovasculares que los pacientes sin diabetes y sin profilaxis.

*Comentado por Dra. Paulina Vignolo. Residente de Diabetes del Adulto, Universidad de Chile.*