

# Dislipidemia en las personas de edad muy avanzada

P. Friocourt

Los datos sobre la hiperlipidemia y la hipercolesterolemia referentes a las personas de edad avanzada y de edad muy avanzada son escasos, y actualmente no se dispone de estudios de intervención ni de recomendaciones basadas en pruebas sobre el tratamiento de la hiperlipidemia en esta franja de edad. El valor predictivo del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (LDL) disminuye en los ancianos, y el efecto protector de concentraciones elevadas de lipoproteínas de alta densidad (HDL) se reduce con la edad. El riesgo absoluto de accidente vascular aumenta con la edad, y los métodos de evaluación no se adaptan a las personas de edad muy avanzada. La decisión de tratar se basa en el tipo de prevención (primaria o secundaria), los factores de riesgo asociados, la esperanza de vida y los deseos del paciente. El tratamiento se basa en la actividad física, la dieta y los tratamientos medicamentosos, dominados por las estatinas, que globalmente reducen la mortalidad en alrededor del 10% y el riesgo de aparición de accidente cardiovascular en un 15-20%; el beneficio depende del nivel de riesgo inicial del paciente. La eficacia de las estatinas en términos de disminución de la concentración de colesterol no se ve afectada por la edad, y la reducción del riesgo absoluto es superior en los ancianos. La tolerabilidad de las estatinas se valora por la clínica (calambres musculares) y la biología (creatina-fosfoquinasa, transaminasas, glucemia, concentración de HbA<sub>1c</sub>), y las dosis elevadas no se recomiendan en los ancianos. Las recomendaciones europeas de 2012 no establecen distinciones en función de la edad. El tratamiento con una estatina se recomienda en prevención secundaria, empezando por dosis bajas y después efectuando una valoración. En prevención primaria, el tratamiento puede discutirse, sobre todo si existen factores de riesgo diferentes de la edad. Las recomendaciones consideran que el colesterol debe ser inferior a 5 mmol/l (190 mg/dl), y el colesterol-LDL inferior a 3 mmol/l (115 mg/dl), y que los valores normales deben ser más bajos en las personas de riesgo. En las personas de riesgo muy elevado, el valor blanco del colesterol-LDL es inferior a 1,8 mmol/l (70 mg/dl) o, en su defecto, una reducción superior o igual al 50% del valor del colesterol-LDL. En la práctica, en los ancianos, la concentración de colesterol debe analizarse desde una óptica de tratamiento global de la enfermedad, y el tratamiento debe individualizarse.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Colesterol; HDL; LDL; Dislipidemia; Lípidos

## Plan

■ Introducción	1
■ Modificación de las lipoproteínas con la edad	2
■ Factores de riesgo de aterosclerosis	2
■ Riesgo vascular, colesterol y edad	3
■ Límites del valor «absoluto» de la concentración de colesterol y sus fracciones	3
Impacto de la hipercolesterolemia con la edad	3
Tener en cuenta también valores anteriores	4
Tener en cuenta particularidades propias de cada país	4
■ Riesgo cerebral y colesterol	4
Lípidos y funciones cognitivas	4
■ Elemento tiempo en ancianos	5
■ Elementos que intervienen en la decisión de tratar	5

■ Tratamiento de la hipercolesterolemia en el anciano	5
Actividad física	5
Dietas	5
Tratamientos medicamentosos	5
Clases terapéuticas	5
Eficacia y beneficios de los tratamientos hipolipemiantes en el anciano	6
Riesgos del tratamiento	7
■ Recomendaciones actuales	7
■ En la práctica	8
■ Conclusión	8

## ■ Introducción

La hiperlipidemia y, sobre todo, la hipercolesterolemia son factores de riesgo cardiovascular modificables cuya corrección

comporta una reducción de las afecciones cardiovasculares en el adulto de mediana edad. Los datos referentes a personas de edad avanzada y de edad muy avanzada son escasos. Se han realizado algunos estudios epidemiológicos en los grandes ancianos, pero actualmente no se dispone de estudios de intervención ni de recomendaciones basadas en pruebas sobre el tratamiento de la hiperlipidemia en esta franja de edad. Ahora bien, en la práctica, esta población especialmente expuesta a los accidentes vasculares (cardíaco y cerebral) se trata ampliamente.

## “ Punto importante

- El riesgo absoluto de accidente vascular aumenta con la edad, y los métodos de evaluación no se adaptan a las personas de edad muy avanzada.
- La decisión de tratar se basa en el tipo de prevención (primaria o secundaria), los factores de riesgo asociados, la esperanza de vida y los deseos del paciente.
- El tratamiento se basa en la actividad física, la dieta y los medicamentos, que están dominados por las estatinas.
- En prevención secundaria, se recomienda el tratamiento con una estatina, empezando con dosis bajas y después efectuando una valoración.
- En prevención primaria, el tratamiento puede discutirse, sobre todo si existen factores de riesgo diferentes de la edad.
- En los ancianos, la concentración de colesterol debe analizarse desde una óptica de tratamiento global, y el tratamiento debe individualizarse.

## ■ Modificación de las lipoproteínas con la edad

La concentración sérica de lipoproteínas evoluciona con la edad: la concentración de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (HDL-C) disminuye en la pubertad en el varón y se mantiene baja en el adulto. La concentración de HDL-C evoluciona poco en la edad adulta. La concentración de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) aumenta después de la pubertad, pero más lentamente en la mujer; después de la menopausia, aumenta y supera a la del varón de la misma edad. Después de los 50 años en el varón y de los 60 años en la mujer, la concentración de LDL-C se mantiene en meseta y disminuye progresivamente. La concentración de colesterol total disminuye con la edad en los ancianos <sup>[1]</sup>, y se ha demostrado que la disminución de la concentración de colesterol total y de LDL-C con la edad en el varón no se debe a un efecto de selección de los supervivientes.

El aumento del LDL-C parece esencialmente debido a una reducción del catabolismo de las LDL, relacionado con una disminución del número, de la regulación y de la función de los receptores. La síntesis de colesterol también está sometida a la regulación de las enzimas de su cadena de síntesis, en especial de una enzima clave, la 3-hidroxi-3-metilglutaril coenzima A reductasa (HMGR). El envejecimiento se acompaña de la activación de esta enzima, activación que, por otra parte, está estrechamente regulada por otras enzimas (sobre todo la proteína-quinasa activada por AMP [AMPK] y diversas hormonas, sobre todo los estrógenos) <sup>[2]</sup>.

Es importante señalar que las variaciones de la concentración de lipoproteínas con la edad están determinadas por factores genéticos y medioambientales, pero también por la comorbilidad y el estado de salud. Esto puede explicar el pronóstico desfavorable asociado a las concentraciones bajas de colesterol.

Los estudios epidemiológicos han demostrado una disminución de la concentración media de colesterol en las poblaciones occidentales en las últimas décadas (alrededor de 0,2 mmol/l por década) y un ligero aumento en el Sudeste Asiático y el Pacífico.

Estas variaciones parecen secundarias a modificaciones de la alimentación y tienen un impacto importante sobre la mortalidad cardiovascular.

El estudio lipídico (evaluación de una anomalía lipídica) debe comprender la determinación del colesterol y sus fracciones HDL y LDL, así como la determinación de la concentración de triglicéridos. El HDL-C debería determinarse en todas las personas que tienen una hipercolesterolemia, puesto que con frecuencia puede explicar esta hipercolesterolemia.

Recordemos que el valor del LDL-C (en g/l) puede calcularse a partir de los valores del colesterol total, del HDL-C y de los triglicéridos mediante la fórmula de Friedwald modificada:

$$\text{LDL-C} = \text{CT} - \text{HDL-C} + \text{triglicéridos}/5$$

Esta fórmula sólo puede utilizarse si la concentración de triglicéridos es inferior a 4 g/l.

El tratamiento de una hiperlipidemia primitiva supone también haber descartado las hiperlipidemias secundarias (una elevación del LDL-C induce a buscar un hipotiroidismo, un síndrome nefrótico o, más raramente, una colestasis; una elevación de los triglicéridos y una concentración baja de HDL-C pueden encontrarse en caso de obesidad, sedentarismo, insuficiencia renal, etilismo, diabetes mal controlada o toma de medicamentos [diuréticos tiazídicos, corticoides, β-bloqueantes no cardioselectivos]). La evaluación inicial debe pues asociar una determinación de la glucemia, la albuminemia, las transaminasas, la gamma-glutamiltanspeptidasa y la tirotopina.

## ■ Factores de riesgo de aterosclerosis

La aterosclerosis es una enfermedad multifactorial. Se han identificado varios factores de riesgo independientes de enfermedad coronaria, principalmente el tabaquismo, la dislipidemia (concentración elevada de colesterol total y de LDL-C y concentración baja de HDL-C), la hipertensión, la diabetes y la edad avanzada. Se han identificado otros factores potentes (obesidad, obesidad abdominal [integrada o no en un síndrome metabólico], sedentarismo, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, elevación de la concentración de triglicéridos, de Lp[a], presencia de pequeñas partículas de LDL, factores inflamatorios, etc.) cuya importancia está mal precisada en los ancianos. La diabetes es un factor de riesgo importante.

Estos factores de riesgo no tienen el mismo peso. En el Cardiovascular Health Study, la incidencia de accidentes coronarios está fuertemente ligada a la edad (7,8 por 1.000 personas-año para los pacientes de 65-69 años y 25,6 por 1.000 personas-año después de los 85 años), a la presión arterial sistólica y a la glucemia, pero no a la concentración de lípidos, y la hipertensión arterial (HTA) explica un 25% de los accidentes cardiovasculares <sup>[3]</sup>.

La asociación de los factores de riesgo aumenta fuertemente el riesgo y explica la gravedad del síndrome metabólico (existen varias definiciones del síndrome metabólico. El National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III [NCEP ATP III] define el síndrome metabólico por la presencia de tres elementos de los siguientes: triglicéridos superiores a 150 mg/dl, HDL-C inferior a 35 mg/dl en el varón y 40 mg/dl en la mujer, presión arterial superior a 130/85 mmHg, glucemia superior a 110 mg/dl, contorno de cintura superior a 102 cm en el varón y 88 cm en la mujer [lo cual corresponde a un índice de masa corporal de 30 mg/m<sup>2</sup>]). El exceso de riesgo de aparición de accidentes cardiovasculares en el síndrome metabólico puede atribuirse esencialmente al HDL-C, después a los triglicéridos, a la glucemia y, finalmente, al contorno de cintura).

Esto impone considerar el riesgo cardiovascular en conjunto (riesgo cardiovascular absoluto). Varios métodos permiten evaluarlo, pero proceden de estudios que no siempre reflejan a la población francesa y, sobre todo, no dan valor para las edades superiores a 75 años.

Los efectos de la hipercolesterolemia no se limitan a la constitución de la placa de ateroma. La elevación de la concentración de colesterol y de LDL-C y, sobre todo, las LDL modificadas intervienen en la disfunción endotelial que conduce a un fenómeno

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757888>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757888>

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