

Manejo de las dislipemias en poblaciones especiales: tratamiento de la dislipemia diabética

C. Llor Vila

Introducción

La incidencia de la diabetes mellitus (DM) se está incrementando de forma notable en todo el mundo. Su prevalencia en España es del 3,5-4,5%, aunque si se tiene en cuenta la DM desconocida, se llegaría al 6-10%, y el 85% sería de tipo 2. Los pacientes con diabetes tipo 2 presentan múltiples factores de riesgo cardiovascular independientes que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular. El 70-80% de las muertes en los diabéticos se debe a la arteriosclerosis, y la morbimortalidad cardiovascular es mayor en las mujeres. Los pacientes con DM tipo 2 y también aquellos con anormalidad en la glucemia basal o intolerancia a la glucosa tienen un riesgo de 2 a 4 veces mayor de presentar una coronariopatía que los no diabéticos¹. La prevalencia de la dislipemia es al menos el doble que en la población general. La alteración lipídica más frecuente es la hipertrigliceridemia que se asocia con partículas de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) densas, pequeñas y oxidables, junto con disminución del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL). En la DM tipo 1 existe un déficit de insulina, aunque tras el tratamiento puede haber un exceso de insulina circulante. Cuando hay un mal control de la DM, la actividad de la lipoproteinlipasa está disminuida con un aumento importante de los triglicéridos, hiperquilomicronemia y descenso del cHDL. Si se consigue un buen control de la DM tipo 1, se normalizan las alteraciones lipídicas, incluidas las concentraciones de cHDL; de hecho, la cifra del cLDL se correlaciona bien con los valores de glucemia y la hemoglobina glucosilada². En la DM tipo 2 hay un aumento de los ácidos grasos libres, hiperinsulinismo, resistencia a la insulina e hiperglucemia. La lipoproteinlipasa está normal o algo disminuida, y hay un aumento posprandial de los triglicéridos, alteración en el aclaramiento de los quilomicrones y aumento del cLDL. Estos pacientes presentan

Grupo de Dislipemias semFYC. Centro de Salud Jaume I. Tarragona, España.

Correspondencia: Carles Llor.
Foixarda, 95. 43008 Tarragona, España.
Correo electrónico: cllor.tarte.ics@gencat.net

Palabras clave: Diabetes mellitus. Dislipemia. Riesgo coronario.

Puntos clave

- Los pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo 2 tienen un riesgo de 2 a 4 veces mayor de presentar coronariopatía que los no diabéticos.
- Debe determinarse el perfil lipídico al menos una vez al año en todo paciente con DM.
- La modificación de los estilos de vida, con el seguimiento de una dieta pobre en grasas saturadas y colesterol, la práctica de ejercicio físico, el abandono del tabaquismo y la reducción de peso, ha demostrado mejorar el perfil lipídico de los pacientes con DM.
- En prevención secundaria está demostrada la efectividad de las estatinas y del gemfibrozilo en la reducción del riesgo cardiovascular en la DM. En cambio, en prevención primaria, si bien se observa una asociación entre la reducción del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad con estatinas y la reducción del riesgo cardiovascular, en algunas ocasiones ésta no es estadísticamente significativa.
- En los pacientes diabéticos que no alcancen el objetivo terapéutico con las modificaciones en los estilos de vida será necesario administrar tratamiento farmacológico.
- El objetivo terapéutico primordial en la diabetes, tanto en prevención secundaria como en primaria (principalmente en aquellos con un riesgo cardiovascular alto), es reducir el colesterol de las lipoproteínas de baja densidad a menos de 100 mg/dl (2,6 mmol/l). Además, se recomienda reducir la cifra de triglicéridos a menos de 150 mg/dl (1,7 mmol/l) y aumentar el colesterol de las lipoproteínas de alta densidad a más de 40 mg/dl (1 mmol/l) en varones y 46 mg/dl (1,2 mmol/l) en mujeres.
- El tratamiento hipolipemiante de elección es la estatina. La elección de ésta dependerá del grado de reducción que se requiera. En algunas ocasiones será necesario combinar la estatina con un fibrato, una resina o ezetimiba.

una mayor predisposición a tener partículas de cLDL más pequeñas y más densas, y una mayor glucosilación de estas partículas, con lo que se favorece la aterogenicidad aunque la concentración absoluta de cLDL no esté aumentada de manera significativa². Es frecuente el descenso del cHDL por disminución de su formación y aumento de su catabolismo.

Riesgo cardiovascular de los pacientes con diabetes mellitus

Los resultados del United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), estudio observacional efectuado con 4.585 pacientes con DM, han permitido graduar de mayor a menor importancia los factores de riesgo cardiovascular en la DM tipo 2: aumento del cLDL, disminución del cHDL, incremento de la hemoglobina glucosilada, incremento de las cifras de la presión arterial y tabaquismo; es el denominado «quinteto de la muerte»³. El mayor riesgo cardiovascular que presenta el paciente diabético, frente al no diabético, para el desarrollo de la arteriosclerosis depende de la elevada concentración plasmática de lipoproteínas modificadas por procesos de glucosilación, oxidación o ambos; alteraciones del endotelio vascular con aumento de la endotelina (vasoconstrictora y estimulante de la división de células del músculo liso); aumento de la adhesividad al endotelio de los monocitos; efectos sobre la coagulación, trombosis y fibrinólisis, etc.

Existen en la actualidad 2 posturas encontradas: por un lado, considerar a todos los pacientes diabéticos como prevención secundaria y, por otro, considerar sólo a un subgrupo de estos diabéticos como tales. En el año 2003 se publicó en ATENCIÓN PRIMARIA una revisión realizada por los grupos de diabetes y dislipemia de la Sociedad Española de Medicina de Familia donde se exponía esta controversia⁴. Algunos estudios van a favor de la aseveración que equipara DM con prevención secundaria. Éstos ponen de manifiesto que la magnitud de la mortalidad por enfermedad coronaria en los pacientes diabéticos es muy similar a la que tienen los pacientes no diabéticos con enfermedad cardiovascular activa^{5,6}. Conviene decir que los pacientes incluidos en el estudio de Haffner et al⁵ presentaban un mal control metabólico. Estos resultados los han adoptado el National Cholesterol Education Program⁷ y la American Diabetes Association (2004)⁸, que recomiendan un tratamiento más agresivo con fármacos hipolipemiantes en la DM. En otros estudios, sin embargo, no se confirman estos hallazgos; en un estudio de cohortes efectuado en Escocia, los 5.350 pacientes no diabéticos con historia previa de cardiopatía isquémica presentaron un riesgo 2,9 mayor de mortalidad cardiovascular respecto los 3.403 pacientes diabéticos sin enfermedad cardiovascular⁹. En el estudio Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) también se observó un menor riesgo de cardiopatía isquémica entre los diabéticos respecto a los pacientes no diabéticos con enfermedad cardiovascular, pero la incidencia de accidente cerebrovascular fue similar en ambos grupos¹⁰.

En cambio, existe unanimidad en los estudios publicados en cuanto al hecho de que la evolución de la enfermedad cardiovascular, una vez que aparece, es más acelerada (mortalidad al año) y grave (mayor tasa de letalidad) en los diabéticos, especialmente en las mujeres. El motivo de esta aterogénesis más acelerada entre las diabéticas no está bien establecido, pero en parte se explicaría por las alteraciones más marcadas que presentan en las lipoproteínas, especialmente en lo que hace referencia a las concentraciones más elevadas de triglicéridos y a los valores más bajos de cHDL que tienen las diabéticas, y porque ellas presentan una mayor alteración de la función endotelial que los diabéticos varones¹¹.

La presencia de microalbuminuria o macroalbuminuria incrementa el riesgo de muerte, especialmente por enfermedad cardiovascular, de manera importante. En un estudio de 12 años de evolución en diabéticos, la presencia de microalbuminuria o macroalbuminuria se asociaba a un riesgo mucho más elevado de muerte por cardiopatía isquémica y por accidente cerebrovascular, una vez controlados los otros factores de riesgo cardiovascular¹². Se considera que el 40% de los diabéticos tipo 1 desarrollarán microalbuminuria a los 30 años de evolución de la DM, y en el caso de la DM tipo 2 se estima que un 20-25% de los pacientes la presentará a los 10 años de evolución de su enfermedad¹³. Además, la mortalidad a los 4 años es del 32% en los pacientes diabéticos tipo 2 con microalbuminuria y del 50% si presentan macroalbuminuria. Por todo ello resulta de gran importancia su detección temprana en las consultas de atención primaria mediante la determinación de microalbuminuria en el momento del diagnóstico y, después, con periodicidad anual mientras se mantenga negativa hasta los 70 años. A su vez, la prevalencia de hipertensión arterial aumenta al doble en los diabéticos: en la DM tipo 1 está relacionada con la nefropatía y en la DM tipo 2 con el estado de insulinoresistencia.

Beneficios del tratamiento hipolipemiante en la diabetes mellitus

Los estudios Cholesterol and Recurrent Events Trial (CARE), Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) y Heart Protection Study (HPS) demuestran la efectividad de las estatinas en la reducción de enfermedades cardiovasculares en pacientes con DM en prevención secundaria⁸. En el estudio Veterans Affairs High-Density Lipoprotein Cholesterol Intervention Trial (VA-HIT), los pacientes diabéticos con enfermedad cardiovascular activa y cHDL bajo tratados con gemfibrozilo presentaron una reducción del 24% de los acontecimientos cardiovasculares^{8,14}.

En prevención primaria disponemos ahora de los resultados del Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS)¹⁵. Se trata del primer ensayo clínico en el que se muestra la eficacia y seguridad del tratamiento continuado con estatinas (atorvastatina a dosis de 10 mg/día)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9290885>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9290885>

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