

# 17 Dislipemia

El abordaje de la dislipemia debe hacerse en el contexto de la evaluación del riesgo cardiovascular (RCV) global. Los pacientes que más se benefician de intervenciones intensas son los de alto RCV, sin embargo, el mayor número de eventos cardiovasculares (ECV) se da en la población con RCV medio y bajo por lo que es necesario una intervención comunitaria para promocionar hábitos de vida saludables y así reducir los factores de riesgo cardiovascular.

La dislipemia en el paciente con diabetes tiene unas características específicas, con alteraciones cuantitativas y cualitativas:

- Alteraciones cuantitativas:
  - Valores bajos de HDL-colesterol (HDL-c), es la alteración más frecuente.
  - Aumento de triglicéridos y VLDL-colesterol.
  - Alteraciones variables del colesterol total y LDL-colesterol (LDL-c), habitualmente aumentos discretos de sus niveles.
- Alteraciones cualitativas:
  - Las partículas de LDL-c son más pequeñas, densas y modificadas por lo que poseen un perfil más aterogénico. No son reconocidas por el receptor de LDL hepático y se eliminan vía macrófagos favoreciendo el desarrollo de la placa de ateroma.

## Objetivos de control

El objetivo principal para el tratamiento de la dislipemia en la diabetes es el LDL-c.

El colesterol no-HDL, que consiste en sustraer al colesterol total el HDL-c, refleja las concentraciones de lipoproteínas consideradas aterogénicas y no solo del LDL-c. Es útil cuando los triglicéridos son mayores de 400 mg/dl y se aconseja su determinación para el seguimiento del tratamiento ya que no se precisa que el paciente esté en ayunas. Las cifras objetivo son 30 mg/dl más que las de LDL-c.

Las guías de práctica clínica nos proponen distintos enfoques:

- Tratamiento con estatinas titulando la dosis hasta conseguir el objetivo propuesto de LDL-c.<sup>1</sup>
- Tratamiento con una dosis estándar de estatinas realizando un control periódico de los lípidos para evaluar la respuesta al tratamiento y la adherencia al mismo.<sup>2,3</sup> Recomiendan las diferentes estatinas en función de su potencia para reducir el LDL-c. (Tabla 1).

**Tabla 1** Tratamiento con estatinas de intensidad alta y moderada

Tratamiento con estatinas de alta intensidad (↓ LDL-c ≥ 50 %)	Tratamiento con estatinas de moderada intensidad (↓ LDL-c de 30 % a 50 %)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atorvastatina 40-80 mg</li> <li>• Rosuvastatina 20-40 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atorvastatina 10-20 mg</li> <li>• Rosuvastatina 5-10 mg</li> <li>• Simvastatina 20-40 mg</li> <li>• Pravastatina 40-80 mg</li> <li>• Lovastatina 40 mg</li> <li>• Fluvastatina 80 mg</li> <li>• Pitavastatina 2-4 mg</li> </ul>

Para valorar y prevenir el riesgo cardiovascular en el paciente con diabetes se recomiendan las tablas del proyecto REGICOR<sup>4</sup>, función calibrada y validada externamente para la población española. Los pacientes con diabetes que tengan antecedentes familiares de ECV precoz (hombres < 55 años y mujeres < 65 años), un índice tobillo/brazo < 0,9, un aumento del grosor de la íntima media de la arteria carotídea o una calcificación de la arteria coronaria, deben reclasificarse en un grupo de riesgo superior<sup>1</sup>.

Las tablas de cálculo de riesgo no deben utilizarse en las siguientes situaciones: en prevención secundaria, en pacientes mayores de 75 años, en pacientes con una hipercolesterolemia franca y en casos de hipercolesterolemia familiar u otros trastornos genéticos.

Las estatinas son efectivas en la prevención secundaria de la ECV, por lo que se aconseja su uso independientemente de las cifras de colesterol. Asimismo, son efectivas en la prevención primaria de la ECV en los pacientes con alto riesgo cardiovascular. Se consideran diabéticos de alto riesgo cardiovascular aquellos que tienen un RCV  $\geq 10\%$ , una enfermedad renal o una diabetes de 15 o más años de duración<sup>1,5,6</sup>.

## Recomendaciones para el tratamiento

Podemos optar por tratar hasta conseguir un determinado objetivo de LDL-c. En este caso, se recomienda titular la dosis de estatina hasta conseguir el objetivo de LDL-c  $< 100$  mg/dl en prevención primaria o menor de 70 mg/dl en prevención secundaria. Si no es posible, se considera que el tratamiento es efectivo si se consigue una reducción de al menos un 40 % del colesterol no-HDL<sup>3</sup>.

En esta guía se recomienda, al igual que en otras guías de práctica clínica<sup>5,7</sup>, el tratamiento basándonos en el RCV del paciente (Tabla 2).

**Tabla 2** Recomendaciones para pautar estatinas

- Diabéticos con enfermedad cardiovascular establecida, estatinas a dosis altas (**GRADO A**).
- Diabéticos con un RCV  $\geq 10\%$ , estatinas a dosis bajas/moderadas (**GRADO B**).
- Diabéticos con disminución del FG o con albuminuria, estatinas a dosis bajas/moderadas (**GRADO C**).
- Diabéticos de larga evolución, estatinas a dosis bajas/moderadas (**GRADO C**).
- Diabéticos con CT  $> 320$  o LDLc  $> 240$  sin FRCV, estatinas a dosis moderadas (**GRADO C**).

## Plan terapéutico

- Intervención sobre los hábitos de vida, promoviendo estilos de vida cardiosaludables: dieta mediterránea, aumento de la actividad física y abandono del tabaco si es fumador.
- Tratamiento farmacológico: el tratamiento de elección son las estatinas. La elección dependerá entre otras cosas de la potencia a la hora de reducir el LDL-c, de la vía metabólica utilizada, de su lipofilia y de su

capacidad para producir metabolitos activos. Hay que prestar atención a sus efectos secundarios en especial ante situaciones que aumentan el riesgo de rabdomiolisis (mayores de 75 años, insuficiencia renal, hipotiroidismo, consumo excesivo de alcohol o combinaciones con fármacos que pueden aumentar el riesgo de presentar toxicidad muscular) monitorizando en estos casos los niveles de creatinina cinasa (CK).

En caso de síntomas musculares debidos al tratamiento con estatinas, se puede optar por suspender temporalmente la estatina utilizada, cambiar a otra, administrarla en días alternos o dos veces por semana, reducir la dosis y/o combinarla con otro fármaco hipolipemiente<sup>3</sup>.

Existen pocos datos respecto a los riesgos y los beneficios del tratamiento en diabéticos mayores de 75 años. En ancianos, el factor de riesgo más importante es la edad y las tablas de riesgo tienen menos capacidad de predicción; además, los pacientes mayores de 75 años no están representados en ninguna tabla de riesgo coronario o cardiovascular. Por tanto, los objetivos y, en su caso, el tratamiento deberán decidirse de manera individualizada y consensuada con el paciente en base al RCV, la valoración funcional y la expectativa de vida, poniendo especial interés en evitar los posibles efectos adversos de los tratamientos<sup>1,2,3,5,7</sup>.

Se aconseja realizar un primer control a las 6-8 semanas tanto del perfil lipídico como de las transaminasas y CK si procede. La frecuencia del seguimiento posterior va a depender de varios factores, entre ellos del RCV, la comorbilidad asociada, los tratamientos concomitantes y el tipo de tratamiento instaurado para su dislipemia.

## Bibliografía

1. Guía ESC/EAS 2016 sobre el tratamiento de las dislipemias Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Atherosclerosis Society (EAS) sobre el Tratamiento de las Dislipemias. Rev Esp Cardiol. 2017;70(2):115. e1-e64.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2018. Diabetes Care 2018 Jan; 41(Supplement):S1-S2.
3. Lipid modification and cardiovascular risk assessment for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease: summary of updated NICE guidance. BMJ. 2014 Jul 17;349:g4356.

4. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovás J, Cerdán F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56:253-61.
5. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud (Actualización) (2012). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2012.
6. Ezkurra Loiola P, coordinador. Fundación redGDPS. Guía de actualización en diabetes mellitus tipo 2. Badalona: Euromedice Vivactis; 2017. Disponible en: <http://www.redgdps.org/guia-de-actualizacion-en-diabetes-20161005>.
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.