

A modo de resumen

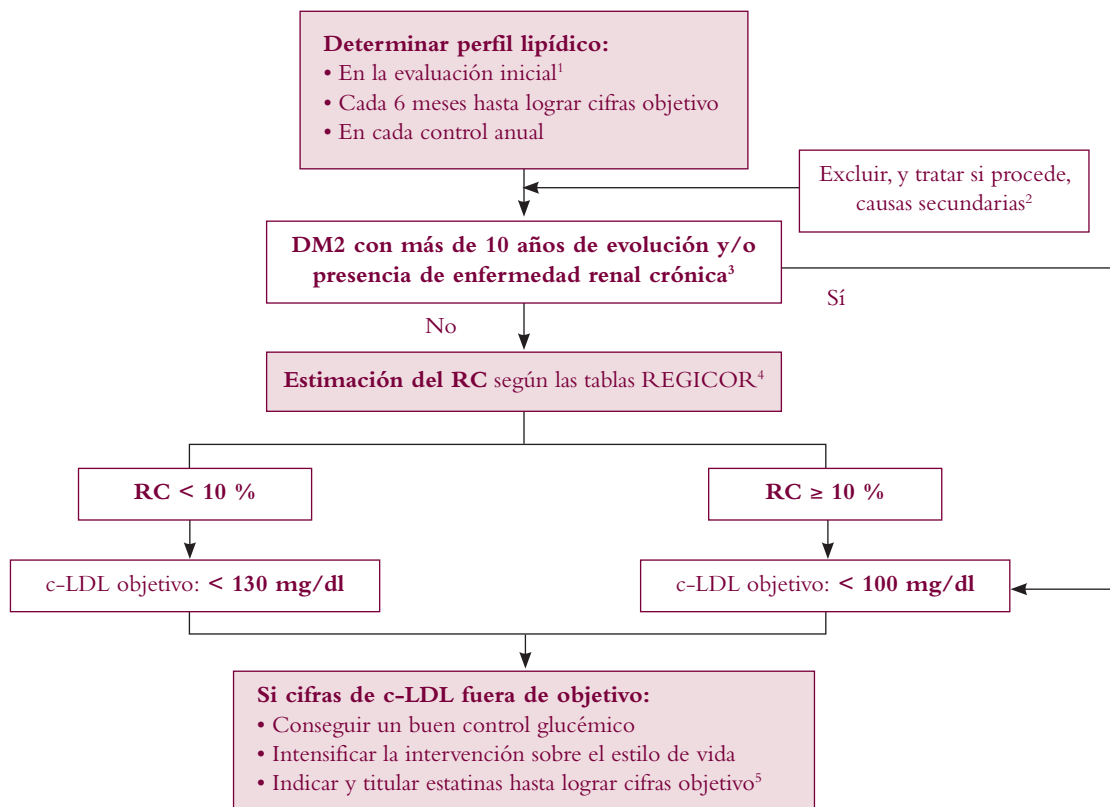
José Manuel Millaruelo Trillo

Médico de familia. Centro de Salud Torrero-La Paz, Zaragoza. redGDPS Aragón

Tras enfrentarme al resumen de este número monográfico sobre el manejo de la dislipemia en los pacientes con diabetes, tengo la convicción de que os va a parecer tan in-

terésante, exhaustivo y profundo como a mí. Y es que los autores han hecho un trabajo excelente. Me resulta imprescindible remarcarlo.

Figura 1. Objetivo de colesterol LDL en prevención primaria en función del riesgo cardiovascular en el paciente con diabetes mellitus tipo 2



c-LDL: colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad; DM2: diabetes mellitus tipo 2; RC: riesgo cardiovascular.

¹ La evaluación inicial del paciente con diabetes exige una valoración global de todos los factores de riesgo cardiovascular y ha de incluir un perfil lipídico completo.

² Las causas más frecuentes son: fármacos, hipotiroidismo, alcohol, colestasis, síndrome nefrótico.

³ Presencia de micro o macroalbuminuria y/o filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m² durante más de 3 meses.

⁴ En la estimación del RC se ha de tener presentes los modificadores del riesgo: antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, obesidad, retinopatía, alteración del índice tobillo/brazo o aumento del grosor de la íntima-media carotídea.

⁵ Si no se alcanzan los objetivos con estatinas en monoterapia, valorar tratamiento combinado.

Aunque el documento de consenso elaborado por nuestro grupo (figura 1) y cuyos autores también participan en este monográfico, a título personal, me sigue pareciendo de plena vigencia, es cierto que la aparición de las nuevas guías ha aportado otros puntos de vista que han sido muy difundidos, pero, a la vez, muy «contestados», y este monográfico le da a cualquier lector la posibilidad de elaborar una opinión personal tras la lectura atenta de sus aseveraciones. Es posible que se haga cierta esa frase escuchada en algún congreso internacional a la salida de una sesión: «Salgo con la misma confusión, pero a un nivel más alto».

Pues, a pesar de lo comentado en los distintos capítulos, no siempre se ha buscado en las evidencias la respuesta a preguntas tan interesantes como cuáles son las cifras objetivo de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) más coste-efectivas en los pacientes con diabetes, si es que ese es un enfoque adecuado; las diferencias en los efectos de la dislipemia y el uso de estatinas en las mujeres, dada su escasa representatividad en los estudios cardiovasculares, ya que su presencia no suele llegar al 20 %; la valoración de los *end points* de morbimortalidad habitualmente utilizados que no enfatizan suficientemente otros aspectos, como su influencia en los ingresos hospitalarios, tanto desde el punto de vista económico, como en su influencia en la penalidad familiar o los años de vida perdidos, como uno de los indicadores más importantes del coste social de la enfermedad, dada la importancia de la enfermedad cardiovascular

en edades medias de la vida en las personas con diabetes. Por último, ¿por qué no explorar las opiniones del paciente, sujeto de nuestras acciones de tratamiento y actor principal, para garantizar una buena adherencia al tratamiento, respecto a las nuevas guías y sus implicaciones? Poco hay escrito sobre el tema.

Pero los autores solo han podido utilizar las armas con las que contaban, que son los distintos estudios clínicos del tema y, no cabe duda, de ellos han escogido los de mayor calidad y de una manera exhaustiva.

Tras el editorial del Dr. J. J. Alemán, que introduce el tema de una manera clara y brillante, el Dr. Manuel Ruiz Quintero debate el tema estrella en estos momentos: la comparación de las recomendaciones de las sociedades americana y europea y sus distintos criterios, que se complementan en otros capítulos con atinados puntos de vista y matizaciones necesarias. Concluye con las últimas novedades en el escenario de la prevención cardiovascular en relación con la dislipemia, los resultados del IMPROVE IT y los resultados a largo plazo del WOSCOPS, con lo que la información no puede ser más relevante y actual. Muy cerca de las recomendaciones europeas añado las recomendaciones del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular (tabla 1).

El Dr. Antonio Rodríguez aboga por el cálculo del riesgo cardiovascular en los pacientes con diabetes como mejor

Tabla 1. Posicionamiento y recomendaciones del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular

	Posicionamiento y recomendaciones
Pacientes con ECV clínica (prevención secundaria) Otros pacientes de muy alto riesgo DM1 o DM2 con ≥ 1 FRCV y/o daño de órgano diana Enfermedad renal crónica grave (FGe < 30 ml/min/1,73 m ²) SCORE ≥ 10 %	Se sigue recomendando el objetivo de c-LDL: < 70 mg/dl ($< 1,8$ mmol/l) o una reducción ≤ 50 % del valor inicial La mayoría de los pacientes necesitarán dosis altas de estatinas potentes; en la práctica, ello minimiza las diferencias entre las guías
Prevención primaria <i>Riesgo alto:</i> Un solo factor de riesgo muy elevado (por ejemplo, dislipemias familiares, hipertensión arterial grave) DM1 o DM2 sin otros FRCV ni daño de órgano diana Enfermedad renal crónica moderada (FGe 30-59 ml/min/1,73 m ²) SCORE ≥ 5 % pero < 10 %	El objetivo terapéutico recomendado es: c-LDL < 100 mg/dl ($< 2,5$ mmol/l)
<i>Riesgo moderado:</i> SCORE ≤ 1 pero < 5 %	El objetivo terapéutico recomendado es: colesterol total < 190 mg/dl (< 5 mmol/l)
<i>Riesgo bajo:</i> SCORE < 1 %	c-LDL < 115 mg/dl (< 3 mmol/l)

c-LDL: colesterol asociado a lipoproteína de baja densidad; DM1: diabetes mellitus tipo 1; DM2: diabetes mellitus tipo 2; ECV: enfermedad cardiovascular; FGe: filtrado glomerular estimado; FRCV: factor de riesgo cardiovascular.
 Rev Esp Cardiol 2014;67:913-9.

método para valorar el tratamiento hipolipemiente, sobre todo en nuestro medio, basándose en el estudio REGICOR, y propone, en un concepto novedoso, reclasificar a los pacientes en dependencia de la presencia de otros factores (microalbuminuria, antecedentes familiares de enfermedad coronaria precoz o insuficiencia renal) que no aparecen en las tablas de riesgo.

El Dr. Adalberto Serrano analiza cuál es el mejor parámetro lipídico para valorar el riesgo y el grado de control, tras revisar los propuestos por las distintas guías de práctica clínica, así como las ventajas e inconvenientes de utilizar el c-LDL, el colesterol no-HDL (lipoproteínas de alta densidad) o la apolipoproteína B, y se decanta por el colesterol no-HDL, ya que por las características de la dislipemia diabética la fórmula de Friedewald provoca inexactitudes e incluso es imposible de calcular en casos, frecuentes, de hipertrigliceridemias importantes.

El Dr. Patxi Ezkurra plantea interrogantes de gran interés. Aunque la Asociación de Diabetes Americana en sus propuestas para el año 2014 y otras muchas sociedades científicas recomiendan que en las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) sin enfermedad cardiovascular declarada el objetivo sea un c-LDL < 100 mg/dl (2,6 mmol/l) (Evidencia grado B), se pregunta si los estudios en los que se basan estas evidencias tenían como objetivo obtener unas cifras de c-LDL concretas. La respuesta es negativa. No existen trabajos que evalúen la eficacia de intervenciones diseñadas para alcanzar cifras de c-LDL concretas en la prevención primaria de eventos cardiovasculares en población general ni en pacientes con DM2.

Con base en los argumentos expuestos en la guía de práctica clínica de DM2 del Ministerio de Sanidad y Consumo y en su actualización en Osakidetza 2013, de las que es coautor, se muestra partidario de basarnos en el riesgo car-

diovascular del paciente con DM2 a través del cálculo con las tablas del REGICOR, considerando el tratamiento con estatinas en pacientes con un riesgo $\geq 10\%$ y siempre teniendo en cuenta los beneficios y los riesgos contrastados con el paciente en personas con DM2 que no han sufrido previamente un evento cardiovascular.

A la hora de plantearse la elección de una estatina, el Dr. Artemio Álvarez nos propone varios ítems: evidencias de los ensayos clínicos; potencia de reducción del c-LDL; interacciones farmacológicas; coste del tratamiento farmacológico; efecto de las estatinas en el control glucémico, así como posibles diferencias entre las distintas estatinas. Tanta información sería de difícil manejo sin la existencia de la tabla resumen que nos facilita y que permite al clínico la elección más aconsejable y razonada, respetando siempre su criterio de una estrategia de *shot and forget* o de objetivo terapéutico concreto.

En cuanto al seguimiento de estos pacientes, el Dr. José Luis Torres analiza diversos aspectos de gran interés y poco comentados habitualmente por los clínicos. Además del consabido y siempre importante «enfoque integral del paciente y de los factores de riesgo que en él se asocian», plantea la mayor capacidad predictiva de los lípidos medidos en condiciones prandiales, aunque la costumbre ancestral consiste en realizarlos en período de ayuno. La periodicidad del seguimiento debe seguir las pautas habituales de individualización según las características del paciente, se ha de hacer hincapié en la detección de posibles efectos secundarios que habitualmente no se detectan en los estudios aleatorizados, mediante la información del paciente previamente alertado y los habituales controles analíticos, y por último proponer unas pautas de derivación a la unidad de lípidos, si contamos con ese recurso, en casos seleccionados en los que parezca de utilidad un estudio genético.

Espero que sea de vuestro mayor interés.