



dra. pilar
riobó
médico
especialista en
endocrinología
y nutrición
fundación
jiménez díaz

Diabetes y colesterol son pésimos en un mismo cuerpo. Una persona que tenga altos niveles de azúcar y de grasa puede sufrir enfermedades coronarias con más frecuencia que aquellas que no padezcan esa primera patología.

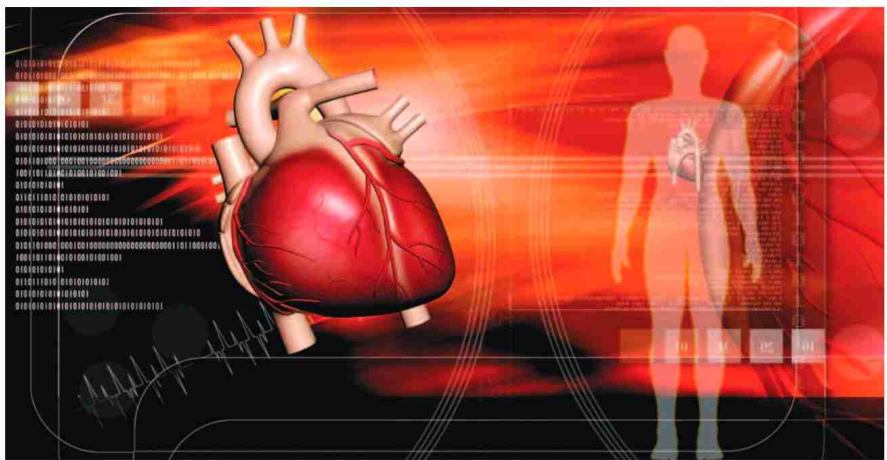
MALOS COMPAÑEROS

Aunque los enfermos de diabetes pueden tener miedo por sufrir un coma diabético, lo cierto es que actualmente, la principal causa de morbilidad y de mortalidad entre los pacientes con esa afección son las patologías cardiovasculares, responsables del 65 por ciento de las muertes en ese sector. Es más, el riesgo de enfermedad cerebro-vascular o coronaria (del corazón) es de dos a tres veces mayor y el riesgo de enfermedad vascular de las piernas es cinco veces mayor en los diabéticos. Por lo tanto, estos enfermos no solo tienen que controlar sus niveles de azúcar en la sangre, sino también el resto de factores de riesgo vascular, como el tabaco, la hipertensión y el colesterol. Y es que los afectados con colesterol elevado ² tienen una probabilidad tres veces mayor de morir de ataque cardíaco, o cerebral que los no diabéticos.

Se ha demostrado que el riesgo absoluto con el que cuenta un paciente diabético de desarrollar un primer evento coronario (infarto, angina de pecho...) es similar al riesgo que tiene una persona que no sufra esa carga de azúcar que ya hubiera padecido un infarto del corazón de presentar nuevos eventos. Además, en caso de producirse un infarto, en los diabéticos la mortalidad es mayor que

DATOS

- Colesterol total máximo 200 mg/dl.
- HDL bueno mínimo 40 mg/dl para hombres y 50 mg/dl en mujeres.
- LDL malo máximo 130 mg/dl en población general.
- En diabéticos o personas con infartos máximo de 100 mg/dl.
- Triglicéridos máximo 150 mg/dl.



en la población que no sufre esa patología y tienen un peor pronóstico.

Para evitar estos problemas, se recomienda que el colesterol elevado en los individuos con problemas de diabetes se trate de forma agresiva, similar a los que no la sufren, pero que tienen enfermedades cardíacas establecidas. En ambos casos, tienen un riesgo mayor de un 20 por ciento para desarrollar eventos coronarios mayores (infarto del miocardio o muerte coronaria) en un período de 10 años. Las metas son lograr unas cifras de colesterol total inferior a 200 mg/dl y de colesterol malo LDL inferiores a 100 mg/dl. Debe in-

tentarse un tratamiento dietético durante tres meses con pérdida de peso, aumento de la actividad física, y moderación en el consumo de alcohol, y si no se consigue el objetivo debe instaurarse un tratamiento farmacológico.

De los medicamentos disponibles, los agentes de primera línea en pacientes que no responden a modificaciones de estilos de vida son los llamados estatinas. Si no se logra el objetivo es útil asociarlo a un fármaco que actúa en el intestino, bloqueando la absorción del colesterol como ezetimibe, y que potencia la acción de las estatinas.