



Nuevas alternativas en el tratamiento de la dislipidemia diabética

● El objetivo es reducir los valores del colesterol y de las lipoproteínas

● El riesgo cardiovascular en las mujeres diabéticas llega a multiplicarse

EL PERIÓDICO
monograficos@aragon.elperiodico.com
ZARAGOZA

La tarde de ayer, los zaragozanos se dieron cita en la nueva conferencia del X Ciclo del Aula Montpellier. El doctor Rafael Carmena Rodríguez, Catedrático de Patología y Clínica Médica Universidad de Valencia, expuso ante los presentes un tema de máxima actualidad; los beneficios y las nuevas alternativas terapéuticas del tratamiento integral de la dislipidemia diabética. Con dicho tratamiento se persigue reducir el riesgo cardiovascular, de gran importancia en los varones con diabetes que puede llegar a multiplicarse en caso de ser mujer. Para prevenirlos, es imprescindible iniciar el tratamiento mejorando y optimizando el control glucémico; introducir las modificaciones dietéticas necesarias para reducir el peso si existe obesidad e identificar y controlar otros factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión o tabaquismo.

El tratamiento dietético y la mejoría del control glucémico (con insulina o agentes orales) permiten la corrección de la dislipidemia en algunos casos. En la diabetes mellitus tipo 1 (DM1), la correcta insulinización y el control óptimo de la glucemia se acompañan prácticamente siempre de la normalización de las alteraciones lipídicas. Si existe o aparece oligoalbuminuria y neuropatía diabética, reaparecerán o empeorarán las alteraciones lipídicas, especialmente la elevación de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), de baja densidad (LDL) y la lipoproteína. En la diabetes mellitus de tipo 2 (DM2),

además de los cambios de estilo de vida y la optimización del control glucémico con fármacos orales, insulina o combinación de ambos, el tratamiento de la dislipidemia necesitará casi siempre el empleo de fármacos.

El objetivo fundamental del tratamiento se centra en reducir los valores del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL). Esta actitud queda justificada porque el cLDL es el predictor más potente del riesgo cardiovascular en el diabético y porque las pruebas del beneficio obtenido cuando se reducen los valores del cLDL es significativamente superior al observado cuando se interviene sobre otros lípidos plasmáticos. Por lo tanto, para corregir la dislipidemia y reducir el riesgo cardiovascular, los hipolipideantes de primera elección son las estatinas. En muchos casos, es necesario complementarlas con fármacos más eficaces para la reducción de los triglicéridos y la elevación del cHDL (colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad).

Las complejas disfunciones de las lipoproteínas plasmáticas en los pacientes diabéticos se explican por una agrupación de alteraciones metabólicas estrechamente relacionadas entre sí. La resistencia a la insulina y la hipertrigliceridemia, por producción excesiva de partículas VLDL grandes y flotantes, desempeñan un importante papel y determinan el descenso del cHDL, el predominio de partículas LDL pequeñas y densas y la lipidemia posprandial prolongada. Se espera que el mejor conocimiento de los patógenos que intervienen en la disfunción de las lipopro-



FABIÁN SIMÓN

Rafael Carmena en la ponencia de ayer por la tarde.

teínas observada en la dislipidemia diabética redunde en una mayor disponibilidad de tratamientos y en un beneficio clínico sustancial.

Diversos estudios han demostrado que el descenso de cLDL a cifras cercanas a 70mg/dl va seguido de una significativa reducción de la morbilidad por ECV (enfermedad cardiovascular) y justifican su adopción como nuevo objetivo terapéutico en diabéticos de muy alto riesgo cardiovascular. En definitiva, el tratamiento farmacológico de la disciplina aterogénica de los diabéticos de tipo 2 con alto riesgo cardiovascular debe basarse en las estatinas más potentes, combinadas con fármacos capaces de elevar el cHDL y reducir los triglicéridos. ■

Puntos clave del tratamiento farmacológico

- El hipolipideante de primera elección para reducir el cLDL y riesgo cardiovascular es una estatina.
- Todos los diabéticos con ECV establecida deben recibir tratamiento con estatinas para disminuir el cLDL a un objeto de 100mg/dl.
- En los diabéticos sin ECV mayores de 40 años se debe buscar un cLDL de 100mg/dl.
- En los diabéticos sin ECV menores de 40 años la decisión de iniciar tratamiento con estatinas se basará en la estimación del riesgo cardiovascular.
- En las diabéticas jóvenes se asegurarán medidas de contracepción antes de iniciar un tratamiento con estatinas, contraindicadas en caso de embarazo.
- El objetivo de la triglyceridemia en ayunas es de 150mg/dl.
- Los hipolipideantes más potentes para reducir la triglyceridemia son los fibratos mientras que, el fármaco más eficaz para elevar el cHDL es el ácido nicotínico.
- Para alcanzar los objetivos diabéticos, en algunos diabéticos es necesario un tratamiento combinado con estatinas y fibratos o ácido nicotínico.