

CONTROVERSIAS EN LA TERAPÉUTICA CLÍNICA DE PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN SU PERFIL LIPÍDICO

Gheco, Lara ^A

^A Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral

Área: Ciencias de la salud

Sub-Área: Medicina

Grupo: X

Palabras clave: dislipemia, diabetes tipo 2, guías de práctica clínica

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus se define como un desorden metabólico de causas múltiples caracterizado por hiperglucemia crónica producida por defectos en la secreción de insulina, en su acción o ambas. Este desorden se acompaña de alteraciones en el metabolismo de hidratos de carbono, proteínas y grasas. La dislipemia aterogénica, entendida como la elevada concentración de triglicéridos en sangre, baja concentración de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y cifras normales o elevadas de lipoproteínas de baja densidad (LDL), es una característica frecuente presente en los pacientes diabéticos¹⁻².

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en pacientes con diabetes tipo 2, ya sea por infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular o alguna complicación relacionada con enfermedad vascular periférica³. La asociación de la hiperglucemia, con la dislipemia aterogénica, la obesidad y la hipertensión, es lo que se denomina síndrome metabólico⁴⁻⁵. Cada uno de sus componentes constituye un factor de riesgo independiente, requiriendo tratamiento para la reducción de eventos cardiovasculares.

Existen diversas guías internacionales para el diagnóstico y tratamiento de la dislipemia, dentro de las cuales se encuentran la emitida en 2013 por el American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA), la elaborada por la European Society of Cardiology y European Association for the Study of Diabetes (ESC/EASD) en 2011, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) emite una en 2014. A nivel nacional, la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) también emite una recomendación sobre el tratamiento de la dislipemia en pacientes diabéticos (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios para tratamiento de dislipemia en pacientes diabéticos según guías de práctica clínica.

	Guía ACC/AHA	Guía ESC/EASD	Guía NICE	Guía SAD
Criterio para tratamiento	Diabéticos tipo II, entre 40 y 75 años, con LDL>70mg/dl.	Diabéticos tipo II, entre 40 y 65 años, con LDL>100 mg/dl.	Diabéticos tipo II, <84 años, con riesgo cardiovascular >10% en 10 años.	Diabéticos tipo II con Riesgo cardiovascular >20% o con enfermedad cardiovascular establecida

CAID/CIENTIBECA: Diabetes Mellitus tipo 2. Parámetros Clínicos y Bioquímicos para su control y el seguimiento de los pacientes.

Director del proyecto: Carrera, Larisa I.

Director del becario: Carrera, Larisa I.

El objetivo del presente trabajo es determinar la guía que con mayor frecuencia eligen los profesionales médicos para el abordaje de pacientes diabéticos con dislipemia. Posteriormente evaluar un grupo de pacientes diabéticos que concurren a un hospital público de la ciudad de Santa Fe, para determinar si se ajustan o no a la recomendación de tratamiento según las guías seleccionadas.

METODOLOGÍA

Para evaluar el grado de conocimiento y uso de las guías mencionadas (AHA/ACC, ESC/EASD, NICE, SAD), se realizó una encuesta ad-hoc a 37 médicos de los hospitales de la ciudad de Santa Fe y del SAMCo de Esperanza.

El estudio fue descriptivo y de corte transversal, la muestra estudiada fue constituida por pacientes procedentes del Servicio de Clínica Médica del Hospital José María Cullen de la Ciudad de Santa Fe, República Argentina. Todos con diagnóstico de Diabetes tipo 2, mayores de 18 años. Se obtuvieron muestras de sangre por venipunción, tras 12 horas de ayuno. Los sueros obtenidos fueron analizados en el servicio de bioquímica del Hospital José María Cullen. Se determinó en todos los individuos las concentraciones séricas de Colesterol Total y Colesterol LDL. Se tomaron los valores de tensión arterial con un esfigmomanómetro de mercurio, según las directrices de la OMS⁶, considerándose como hipertensión cifras de tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg. Se obtuvo información sobre hábito tabáquico e historia de enfermedad cardiovascular establecida.

Los datos obtenidos se procesaron y analizaron con el programa IBM SPSS Statistics 23.0 perteneciente a la Facultad de Ciencias Médicas de la UNL. La descripción de las variables cuantitativas se realizó utilizando media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIQ) según correspondiera. Las variables cualitativas se expresaron en forma de recuentos (n) y porcentajes (%).

Los datos obtenidos de estos pacientes fueron volcados a las guías internacionales para diagnóstico y tratamiento de la dislipemia para determinar según esos criterios, cuales debían ser tratados con fármacos hipolipemiantes.

Se utilizó el índice de kappa (k) para evaluar la concordancia entre las guías para la recomendación del tratamiento farmacológico hipolipemiante y se valoró con base en los parámetros propuestos por Landis y Koch⁷. El nivel de significancia seleccionado fue $\alpha=0.05$.

RESULTADOS

La muestra de médicos encuestados, estaba constituida por 37 médicos de los cuales 13 correspondían al Hospital J.B Iturraspe, 12 al Hospital J.M. Cullen, 5 al Protomédico y 7 al SAMCo de Esperanza.

El total de los encuestados relatan conocer alguna guía de práctica, de ellos el 56,7% sólo conocen la guía AHA/ACC, mientras que el resto tiene conocimiento de más de una guía. Con respecto a la recomendación nacional emitida por SAD, sólo el 13,5% de los encuestados tiene conocimientos de la misma (Gráfico 1)

De los 37 médicos encuestados, 22 usan las guías ACC/AHA a la hora de tomar decisiones sobre el tratamiento de sus pacientes, complementadas con las guías SAD que recomiendan el ministerio.

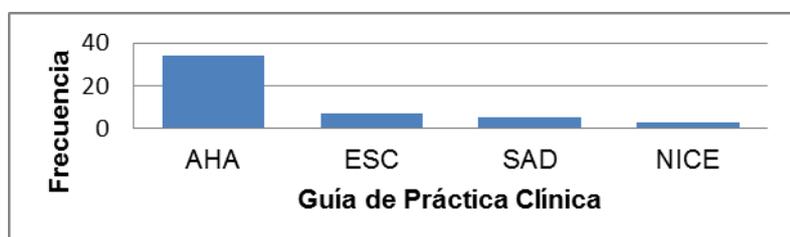


Gráfico 1. Frecuencia de Guías de Práctica Clínica conocidas por los

La muestra estaba constituida por 102 pacientes diabéticos, de ellos se seleccionaron aquellos entre 40 y 75 años, resultando de una suma de 83 pacientes.

Los resultados fueron volcados en una base de datos con los siguientes resultados: la edad fue 59,7 años (IC_{95%} 57,8 - 61,5), la mediana de la edad fue de 61, por lo que el 50% de la muestra entre 61 y 75 años.

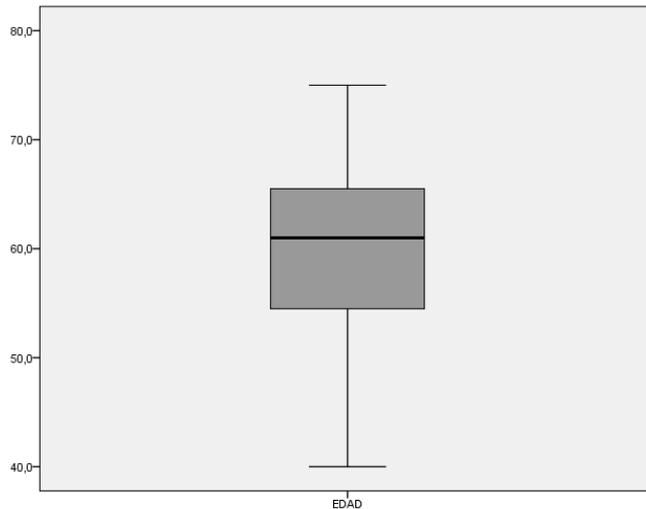


Gráfico 2: Gráfico de caja en la cual se muestra la edad en años

Se aplicaron los criterios para el tratamiento farmacológico hipolipemiante a los pacientes de la muestra. A partir de dicha muestra se estudió el Colesterol total, LDL y la Presión Arterial Sistólica (tabla 1).

Tabla 1. Medidas descriptivas de estos datos (n=83)			
	Media	IC95%	Mediana
Colesterol Total	1,68	1,60-1,77	1,68
Colesterol LDL	1,12	1,04-1,20	1,1
Presión Arterial Sistólica	131	127,7-134,3	130

Indagados los pacientes sobre el hábito tabáquico, sólo 14 de los 83 resultaron fumadores. Analizado el riesgo cardiovascular a 10 años según las tablas de riesgo de la OMS, sólo 7 pacientes presentaban riesgo mayor al 20%. Además, de los pacientes estudiados sólo 5 tenían enfermedad cardiovascular confirmada.

Según los resultados de las guías AHA deberían tratarse el 88% de los pacientes, es decir 73 de ellos, mientras que las guías sólo recomiendan el tratamiento de 13.

Calculada la relación entre los resultados obtenidos del uso de las guías AHA y SAD, resulto un valor $p=0,32$ del test exacto de Fisher, dado que una celda tenía valor menor a 5.

La estimación de la concordancia para el tratamiento farmacológico hipolipemiante entre las guías AHA/ACC y SAD según el índice kappa, el valor estimado fue de 0,050 (IC_{95%} -0,077-0,176), clasificado como una fuerza de concordancia leve⁷, pero límite con la ausencia de concordancia.

CONCLUSIÓN

De los datos obtenidos se puede concluir que, el uso de recomendaciones

nacionales e internacionales respecto al tratamiento de la dislipemia en pacientes diabéticos resulta cotidiano para los profesionales, ya que todos ellos disponían de información sobre algunas de ellas. Sin embargo, resulta evidente que la guía norteamericana (AHA/ACC) es ampliamente difundida, lo que nos lleva a pensar que la utilización de las mismas en el ámbito profesional tal vez se ve sesgada por el desconocimiento acerca de las demás recomendaciones.

Del análisis de los resultados, nos surge el interrogante acerca de aquellos pacientes que quedan en la franja entre los puntos de corte de las guías, y que dependen de la elección de su médico sobre el uso de una u otra recomendación para definir si es tratado o no. Cabría entonces preguntarse si el uso de las guías de práctica clínica facilita la tarea sin afectar el criterio médico, y el impacto tanto en los costos en salud pública como en el riesgo cardiovascular de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- **Botet Juan P., Mantilla-Morato Teresa.** El papel de la dislipemia aterogénica en las guías de práctica clínica. Revista Clínica e investigación en arterioesclerosis. ELsevier 2015.
- 2- **Scott M. Grundy, Ivor J. Benjamin.** Diabetes and Cardiovascular Disease: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. AHA 1999.
- 3- **Pollak Felipe, Arteaga Antonio, Serrano Valentina.** Diabetes y dislipemia. Revista ALAD 2007
- 4- **Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ.** The metabolic syndrome. [Lancet](#). 2005
- 5- **Zimmet Paul, Alberti K. George, Serrano Ríos Manuel.** Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: fundamento y resultados. Revista española de cardiología, vol 58, 2005.
- 6- **WHO Expert Committee.** Arterial hypertension. Technical Report Series number 628. Ginebra: OMS; 1978.
- 7- **Landis JR, Koch GG.** The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977 Mar;33(1):159-74.