

# Boletín CAIPaDi

## Apego en el tratamiento con estatinas en pacientes con diabetes: una meta alcanzable

La diabetes y las dislipidemias son factores de riesgo importantes para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares<sup>1</sup>. De acuerdo a la ENSANUT 2018, 30.4% de la población reportó haber tenido resultados anormales en su perfil de lípidos<sup>2</sup>. Es por ello que, en todo paciente con diabetes, se debe evaluar el tratamiento con fármacos hipolipemiantes.

Aunque los beneficios de la terapia con hipolipemiantes son indiscutibles, aún existe una baja prescripción de la terapia y una baja adherencia a su seguimiento.

En un estudio realizado en nuestro Centro<sup>3</sup>, evaluamos la prescripción de fármacos hipolipemiantes, las causas de abandono del tratamiento, y el control metabólico en 288 pacientes con diabetes tipo 2 de reciente diagnóstico durante un seguimiento a 2 años. Se registró la proporción de pacientes con tratamiento a base de estatinas, fibratos, y la combinación de ambas. En su evaluación basal, solo 15 % de los pacientes tenían tratamiento con estatinas. Esta proporción cambió a los 3 meses de seguimiento a 76%, pero se redujo a alrededor del 40% al año y a los dos años de seguimiento.

Los principales motivos de suspensión de hipolipemiantes fueron que el paciente no consideró importante seguirlo tomando y que su médico tratante se lo suspendió.

En otros reportes también se ha registrado una pobre adherencia al tratamiento con estatinas hasta en 50% de los pacientes; 15% discontinuó el tratamiento, y cambio a dosis de esquemas de baja potencia en 42%. Dentro de las principales razones para que no prescriban hipolipemiantes están la falta de conocimiento o apego a las guías, reporte de efectos adversos, y preferencia por lograr metas de control llevando a cabo sólo con cambios en el estilo de vida.<sup>4,5</sup>

De acuerdo con las guías internacionales<sup>6</sup> y con el cálculo del riesgo cardiovascular para cada paciente, las metas de LDL son las siguientes:

Pacientes con bajo y moderado riesgo: colesterol LDL <100 mg/dL.

Pacientes con alto riesgo: colesterol LDL <70 mg/dL.

Pacientes con muy alto riesgo: colesterol LDL <55 mg/dL.

Es importante no retirar el tratamiento una vez alcanzadas las metas. Recordemos que si el

paciente alcanza las metas de control es gracias a que está tomando el medicamento; y generalmente al suspenderlo viene nuevamente el descontrol metabólico. Como propuesta se sugiere que, en caso de considerar la suspensión de los fármacos hipolipemiantes, iniciar con reducción del 50% de la dosis. Si en una evaluación subsecuente no hay nuevamente elevación, suspenderlo completamente, pero continuar el monitoreo a largo plazo.

Una preocupación frecuente es que las estatinas causan síntomas musculares (SAMS).<sup>7</sup>

Las mialgias ocurren en el 1-5%, mientras que la miositis, rabdomiólisis, y miopatía autoinmune son muy raros.

Estos síntomas tienen como características aparecer en forma bilateral, en regiones proximales, inicio agudo después del inicio de estatinas (semanas-meses) y resolución al suspenderlas.

Después de la resolución de la mialgia, hay 3 estrategias posibles en caso de que se compruebe que la causa es el uso de estatinas:

-Uso de una dosis más baja de la misma estatina.

-Uso de otra estatina equivalente a la dosis usada de la primera.

-Uso de dosis más baja de estatina junto con otro hipolipemiante (ej. ezetimibe).

Para reforzar el apego al tratamiento con estatinas se recomienda implementar estrategias educativas que nos ayuden a disminuir la tasa de abandono:

1. Con palabras sencillas, explique al paciente el motivo por el cual tiene que iniciar o continuar el tratamiento hipolipemiante (mecanismo de acción y beneficios a largo plazo).

2. Se sugiere indicar en la receta, horario de la toma, y tiempo durante el cual continuará el tratamiento (generalmente es de manera permanente). Corrobore con el paciente el entendimiento de las indicaciones.

3. Posibles efectos adversos y estrategias para reconocerlos inmediatamente.

4. Para evitar olvidos, puede sugerir el uso de pastilleros y alarmas.

5. La comunicación médico-paciente es uno de los aspectos que más influyen en la adherencia al tratamiento. Planee con su paciente canales de comunicación accesibles para ambos.

LN EDC Claudia Lechuga Fonseca

Dra. Nancy Haydée Serrano Pérez

**Educación en diabetes  
CAIPaDi**

## Referencias

1. Wang K, Ahmadizar F. Lipids abnormality and type 2 diabetes mellitus: causes and consequences. *Manag dislipidemia*. 2021;(April).

2. Shama LT, Cuevas NL, Romero MM, Gaona PEB, Gómez ALM, Mendoza AL, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados nacionales (internet). Instituto Nacional de Salud Pública. 2020. 268 p. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>

3. García-Ulloa AC, Lechuga-Fonseca C, Del Razo-Olvera FM, Aguilar-Salinas CA, Galaviz KI, Narayan KVM, et al. Clinician prescription of lipid-lowering drugs and achievement of treatment goals in patients with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus. *BMJ Open diabetes res care*. 2021; 9(1);1-8.

4. Simons, LA., Levis, G., Simons, J.(1996). Apparent discontinuation rates in patients prescribed lipid-lowering drugs. *The Medical journal of Australia*, 164(4), 208-211.

5. Blackburn, D.F., Dobson, R.T., Blackburn, J.L. Wilson, T.W., Stang, M.R., Semchuck, W. M. (2005). Adherence to statins, beta-blockers and angiotensin-converting enzyme inhibitors following a first cardiovascular event: a retrospective cohort study. *The Canadian journal of cardiology*, 21(6), 485-488.

6. Catapano, A. L., Graham, I., De Backer, G., Wiklund, O., Chapman, M. J., Drexel, H., ... Zimlichman, R. (2017). 2016 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidemias. *Revista Espanola de Cardiologia*, 70(2), 115.e.

7. D. P. Adverse effects of statins – Myths and facts. *J indian Coll Cardiol*. 2019;9:165–8.