

# Evidencias sobre las dislipemias

Un abordaje razonable  
del paciente dislipémico  
en la práctica médica habitual.

[www.telecardiologo.com](http://www.telecardiologo.com)

Pedro Serrano, MD, PhD, FESC  
Zaragoza (Spain)

# ÍNDICE DE LA PRESENTACIÓN:

- 0.- Introducción.
- 1.- Por qué y hasta qué niveles tratar al paciente dislipémico.
- 2.- Errores más frecuentes en el manejo terapéutico del paciente dislipémico.
- 3.- Últimos consejos.
- 4.- Reflexiones.

# Introducción:

# Funciones asistenciales del MAP en la dislipemia:

- Cribado de la dislipemia.
- Diagnóstico.
- Evaluación clínica.
- Evaluación del riesgo cardiovascular.
- Tratamiento.
- Seguimiento indefinido.
- Interrelación con otros niveles asistenciales.

# Derivación del MAP

## en la dislipemia:

### Derivación a consulta de cardiología o de lípidos:

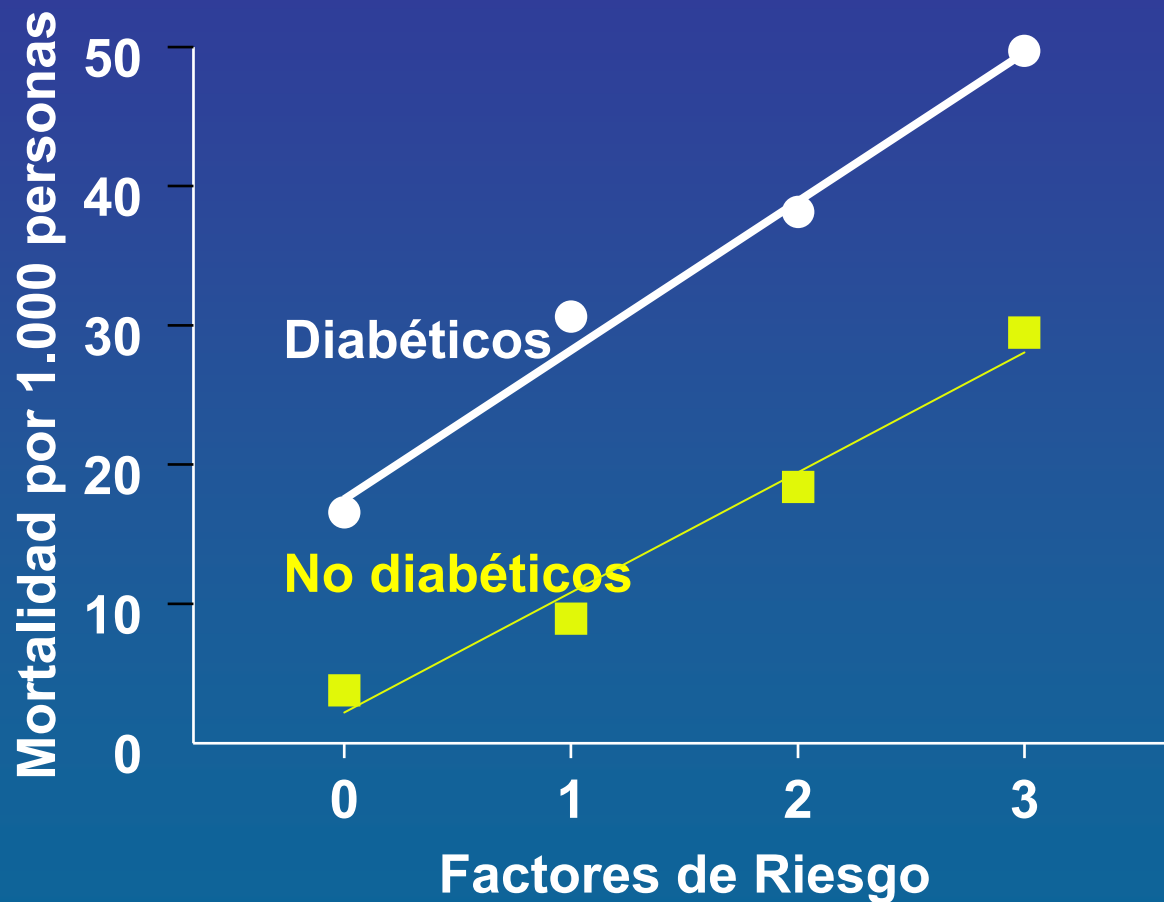
- \* Sospecha de dislipemia familiar.
- \* Dislipemia mal controlada pese al tratamiento, en paciente de elevado riesgo cardiovascular.

### Derivación a cardiología:

- \* Dislipemia y cardiopatía isquémica.
- \* Dislipemia e insuficiencia cardiaca.
- \* Dislipemia y arritmias severas.
- \* Dislipemia y síncope.

Por qué y hasta qué niveles  
tratar al paciente dislipémico

# Factores de riesgo y mortalidad cardiovascular



## Factores evaluados:

- Hipercolesterolemia
- Tabaquismo
- HTA diastólica

## Población:

- No DM: 350.997
- DM: 5.245
- Edad: 35-57 años
- Seguimiento: 6 años

# Ensayos clínicos con hipolipemiantes. Trascendencia para la práctica clínica

Nivel de riesgo

Tasa de IAM por cada 100 sujetos tratados con placebo durante 5 años



CI: cardiopatía isquémica



# Guías NCEP ATP III

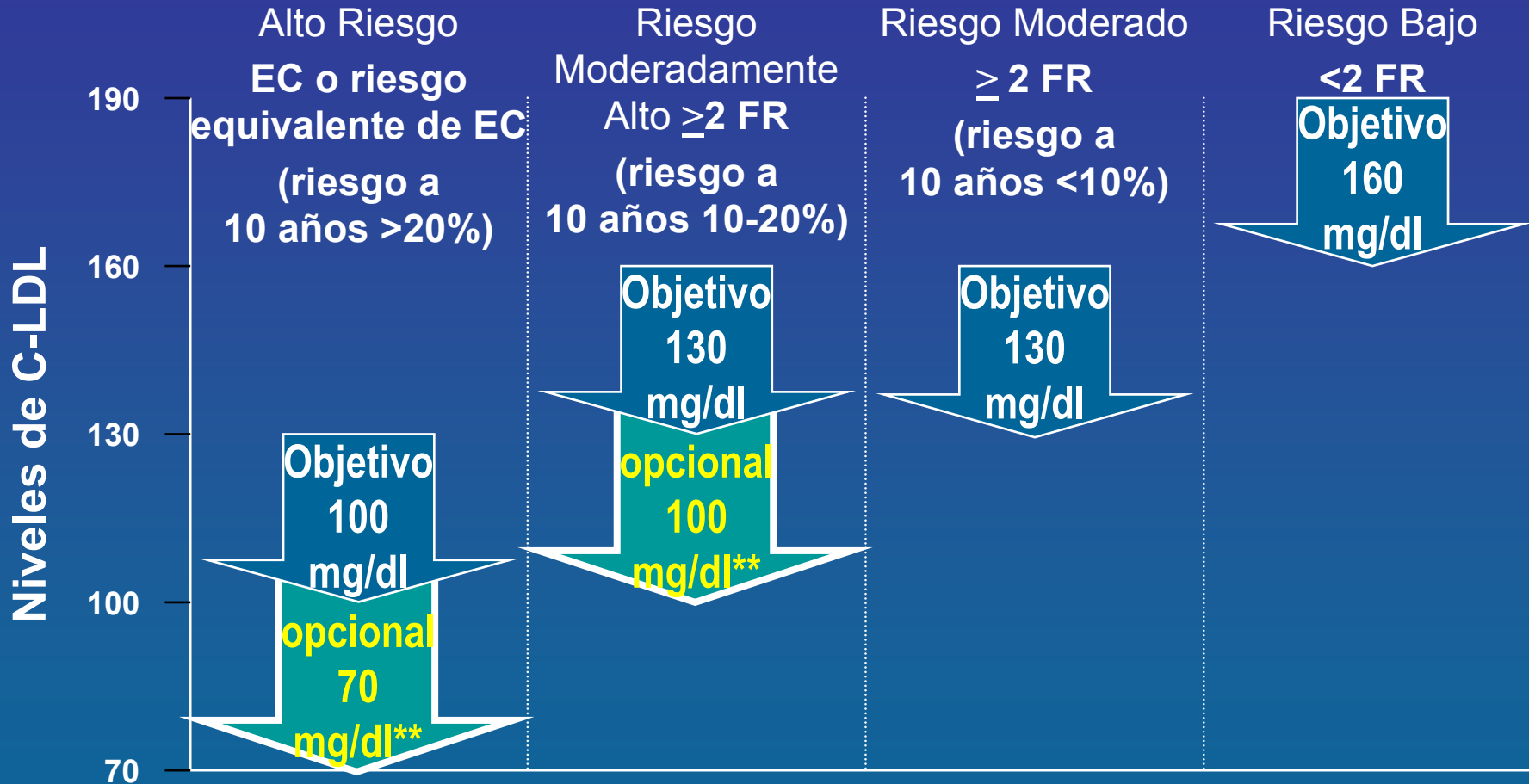
## Modificaciones 2004

Pacientes con	Objetivo LDL (mg/dl)	LDL para iniciar cambios estilo de vida	Nivel LDL para iniciar tratamiento
<i>Alto riesgo: EC o riesgo equivalente (Riesgo a 10 años &gt;20%)</i>	< 100 mg/dl <sup>†</sup> <b>(objetivo opcional: &lt; 70 mg/dl<sup>†</sup>)</b>	< 100 mg/dl <sup>†</sup>	>100 mg/dl <b>(&lt; 100 mg/dl: tto. opcional)</b>
<i>Riesgo moderadamente alto: &gt;2 FR (Riesgo a 10 años 10-20%)</i>	< 130 mg/dl <sup>†</sup> <b>(objetivo opcional: &lt; 100 mg/dl<sup>†</sup>)</b>	< 130 mg/dl <sup>†</sup>	< 130 mg/dl <b>(100-129 mg/dl: tto. opcional)</b>
<i>Riesgo moderado: 2 FR (Riesgo a 10 años &lt;10%)</i>	< 130 mg/dl <sup>†</sup>	< 130 mg/dl <sup>†</sup>	< 160 mg/dl <sup>†</sup>
<i>Riesgo bajo: 0-1 FR</i>	< 160 mg/dl <sup>†</sup>	< 160 mg/dl <sup>†</sup>	< 190 mg/dl <sup>†</sup> <b>(160-189 mg/dl: tto. opcional)</b>

70 mg/dl = 1,8 mmol/l; 100 mg/dl = 2,6 mmol/l; 130 mg/dl = 3,4 mmol/l; 160 mg/dl = 4,1 mmol/l;

190 mg/dl = 5 mmol/l; FR: factores de riesgo. Grundy SM y cols. *Circulation* 2004;110:227-232

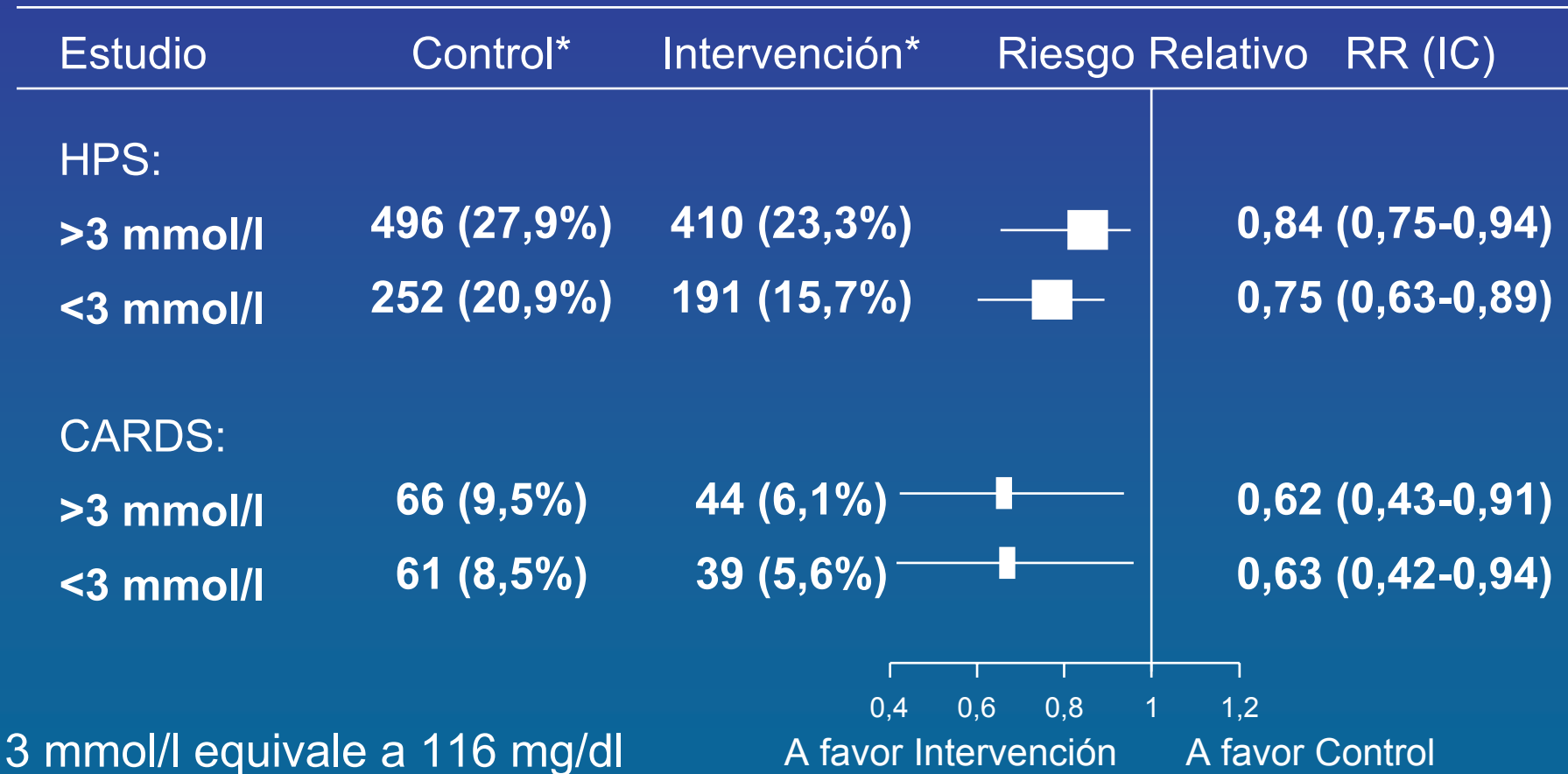
# NCEP ATP III: Objetivos C-LDL Modificaciones 2004



\* Opción terapéutica en pacientes de muy alto riesgo y en pacientes con TG altos, C-No-HDL <100 mg/dl;

\*\* Opción terapéutica; 70 mg/dl = 1,8 mmol/l; 100 mg/dl = 2,6 mmol/l; 130 mg/dl = 3,4 mmol/l; 160 mg/dl = 4,1 mmol/l

# Eficacia según las concentraciones de colesterol LDL (mmol/l)



3 mmol/l equivale a 116 mg/dl

\* N (% riesgo)

- **Los pacientes con alto riesgo cardiovascular en prevención primaria se benefician del tratamiento con estatinas, sea cual sea sus nivel de colesterol LDL.**
- **Los niveles de LDL no deben ser los únicos determinantes de si los pacientes deben recibir o no tratamiento con estatinas.**
- **El riesgo CV global debe ser el principal determinante del tratamiento a instaurar.**

- **El estudio CARDS** demuestra que **pacientes diabéticos** (*independientemente de sus cifras de colesterol-LDL*) pueden beneficiarse del tratamiento con atorvastatina 10 mg/día a fin de reducir su morbi-mortalidad cardiovascular.
- **El estudio ASCOT** demuestra que **pacientes hipertensos** (*independientemente de sus cifras de colesterol-LDL*) pueden beneficiarse del tratamiento con atorvastatina 10 mg/día a fin de reducir su morbi-mortalidad cardiovascular.

**2008, meta-análisis: las estatinas previenen la recurrencia de fibrilación auricular paroxística.** Fauchier L, Pierre B, de Labriolle A, Grimard C, Zannad N, Babuty D. Antiarrhythmic effect of statin therapy and atrial fibrillation a meta-analysis of randomized controlled trials. J Am Coll Cardiol. 2008 Feb 26;51(8):828-35.

**2008, estudio poblacional: las estatinas mejoran la supervivencia en pacientes con insuficiencia cardiaca.** [Rinfret S, Behloul H, Eisenberg MJ, Humphries K, Tu JV, Pilote L.](#) Class effects of statins in elderly patients with congestive heart failure: a population-based analysis. Am Heart J. 2008 Feb;155(2):316-23.

# Errores más frecuentes en el manejo terapéutico del paciente dislipémico:

## Errores de manejo:

- 1.- No explicar **cada cuánto** ha de medirse el perfil lipídico.



## Errores de manejo:

2.- No dar a conocer por escrito al paciente las **cifras objetivo** de control de su dislipemia.

No recalcar suficientemente la importancia del control adecuado de la dislipemia.

## Errores de manejo:

- 3.- No repasar e insistir todas las **medidas higiénico-dietéticas**, no darlas siempre por escrito, no recomendar **alimentos nutraceuticos.**

## Errores de manejo:

**4.- No alcanzar objetivos terapéuticos (especialmente en pacientes coronarios y diabéticos).**

**Ej.- Miedo para dar varios fármacos hipolipemiantes a la vez al mismo paciente.**

**Ej.- Incapacidad para transmitir la necesidad de controlar la dislipemia hasta los objetivos adecuados.**

## Errores de manejo:

5.- No dar siempre **por escrito** cómo han de tomar la medicación.

## Errores de manejo:

6.- No dejar muy claro que la medicación hipolipemiente casi seguro que es “para siempre”

**Los tratamientos cíclicos aumentan la mortalidad.**

## Errores de manejo:

**7.- Mal control de la dislipemia + no RAMs y cambiar de fármaco o bajar dosis.**

**Si va bien, mejor no tocarlo.**

**Si se queda corto, mejor subir dosis.**

## Errores de manejo:

**8.- Retirar un fármaco hipolipemiante ante la más mínima RAM.**

**Ej.- Leve cansancio.**

**-> No retirar la estatina si no hay elevaciones significativas de CPK.**

**Ej.- GOT, GPT, CPK con aumentos de <1 vez los valores normales.**

**-> No tocar o probar a bajar dosis.**

## Errores de manejo:

**9.- Ante una RAM, sustituir una estatina por otra.**

**Ej.- Todas las estatinas, especialmente a dosis altas, ocasionan con frecuencia elevaciones de GOT, GPT y CPK.**

**-> Es preferible bajar dosis de la estatina y añadir ezetimibe/fibratos... para conseguir objetivos, siempre que sea necesario.**



## Errores de manejo:

**10.- No tratar suficientemente los FRCV asociados a la dislipemia:**

- **HTA.**
- **Hiperglucemia / DM.**
- **Tabaquismo.**
- **Obesidad...**

## Errores de manejo:

11.- No prescribir **aspirina** a los pacientes con enf. arteriosclerótica, HTA ó DM sin contraindicaciones.

## **Errores de manejo:**

**12.- No informar de que el efecto máximo de los hipolipemiantes puede tardar unas semanas en aparecer.**

**(que no se haga análisis la semana siguiente)**

## Errores de manejo:

13.- No instaurar **inmediatamente** el tratamiento con estatinas en el paciente con **síndrome coronario agudo**.

## Errores de manejo:

14.- No instaurar tratamientos con otros hipolipemiantes que no sean estatinas (**fibratos, ezetimibe, ácidos  $\omega$ -3 y  $\omega$ -6**) cuando las estatinas no se toleran adecuadamente o no se alcanzan objetivos terapéuticos.

Últimos consejos:

# Cuándo dar la medicación:

	<b>Desayuno</b>	<b>Comida</b>	<b>Cena</b>
<b>Estatinas</b>			<b>Mejor</b>
<b>Fibratos</b>	?	<b>Mejor</b>	?
<b>Ezetimibe</b>	?	<b>Mejor</b>	?
<b>Ácidos <math>\omega</math>-3 y <math>\omega</math>-6</b>	<b>Mejor</b>	?	
<b>Resinas</b>	<b>Mejor</b>		?

# Fármacos que empeoran el perfil lipídico:

---

**Diuréticos de asa (excepto torasemida).**

**Diuréticos tiazídicos (excepto a dosis bajas, ej.- 12,5 mgr de hidroclorotiazida o 1,5 mgr de indapamida).**

**Betabloqueantes (excepto carvedilol y nebivolol).**

---



# Qué medicación dar:

Si hay mal control,  
las **estatinas a dosis altas**  
son la primera opción y más barata,  
aunque se toleran peor que a dosis bajas.

No usar estatinas + gemfibrozilo  
por el riesgo de mialgias o elevación de CPK  
(Usar **estatinas + fenofibrato**).

**Estatinas + fenofibrato + ezetimibe +  $\omega$ -3 y  $\omega$ -6  
es una alternativa.**

# Qué medicación dar:

Si el paciente tiene **cifras muy oscilantes**,

mantener unos niveles lipídicos lo más estrictos que se pueda,

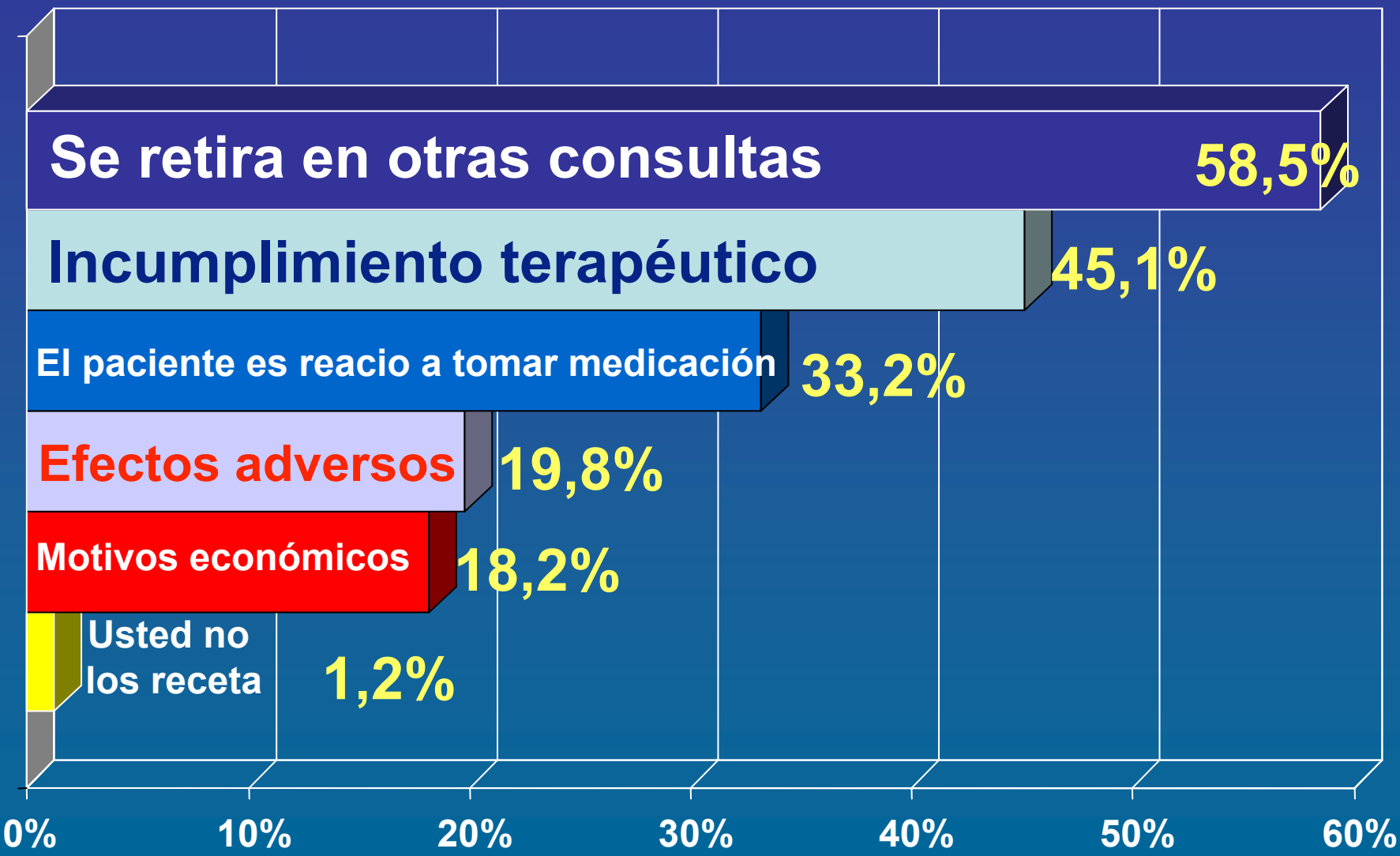
ya que esto sugiere **mal cumplimiento dietético** o de la medicación.

# Qué medicación dar:

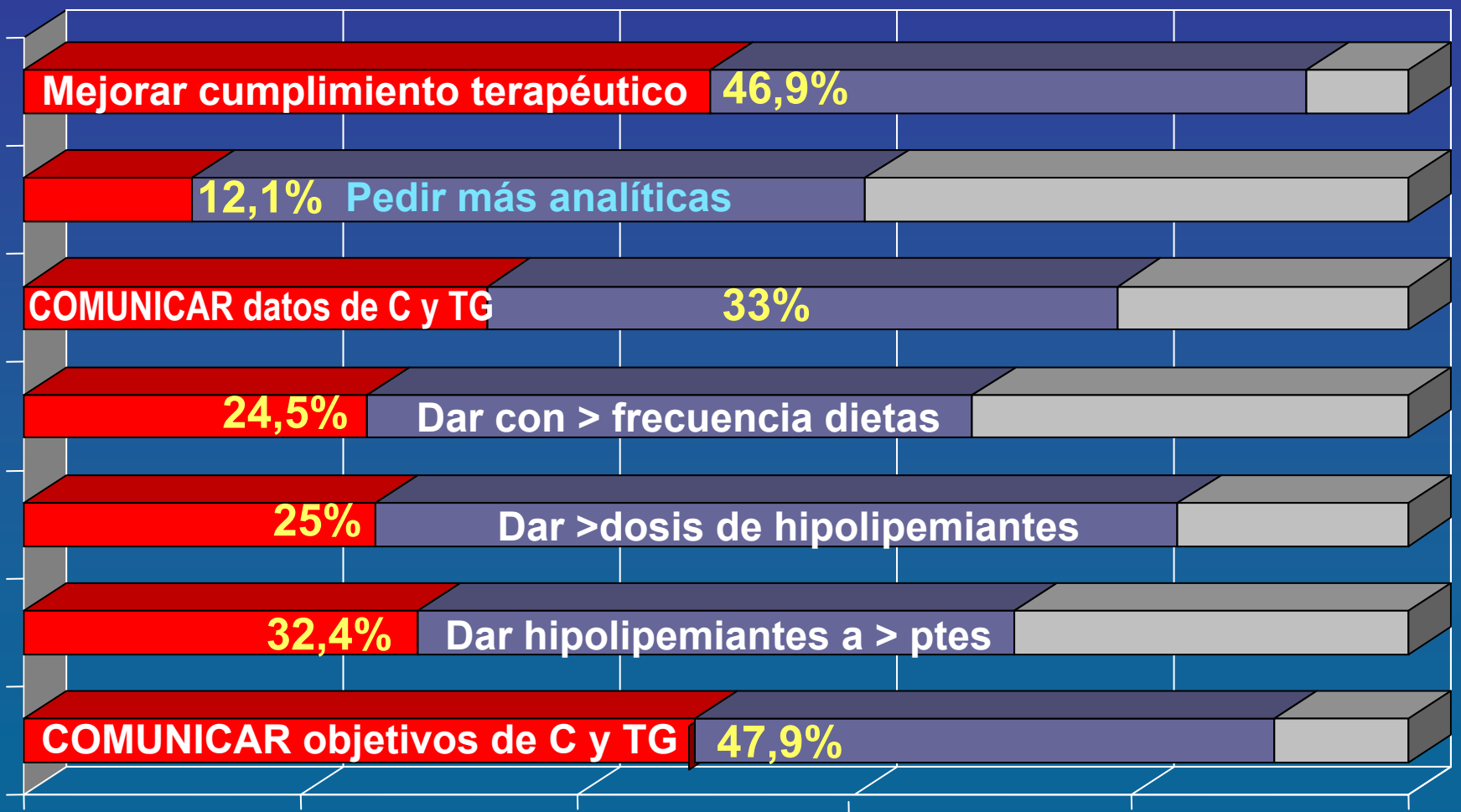
La eficacia en conseguir objetivos terapéuticos es mayor si se inician las **dosis previsibles de fármacos hipolipemiantes desde el principio,** en vez de ir subiendo dosis.

# Reflexiones:

# Principales causas de ausencia de tratamiento hipolipemiante



# Medidas para mejorar la proporción de pacientes bien tratados



0% 20% 40% 60% 80% 100%

**Uno de cada 4 personas  
que acuden  
a una consulta de Atenc. 1aria  
son dislipémicos.**

**Toman fármacos 3 de cada 4, pero  
sólo se controlan 1 de cada 3  
tratados (1 de cada 4 dislipémicos).**

Muchas gracias  
por vuestra atención