



CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN
ARTERIOSCLEROSIS

www.elsevier.es/arterio



DOCUMENTO DE CONSENSO

Documento de consenso sobre el manejo de la dislipemia aterogénica de la Sociedad Española de Arteriosclerosis

Juan F. Ascaso^{a,*}, Jesús Millán^b, Antonio Hernández-Mijares^c, Mariano Blasco^d,
Ángel Brea^e, Ángel Díaz^f, Teresa Mantilla^g, Juan Pedro-Botet^h, Xavier Pintóⁱ
y Grupo de trabajo sobre Dislipemia Aterogénica de la SEA

^a Servicio de Endocrinología y Nutrición, CIBERDEM, Hospital Clínico Universitario de Valencia, INCLIVA, Universitat de Valencia, Valencia, España

^b Unidad de Lípidos, Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

^c Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Dr. Peset-FISABIO, Departamento de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia, España

^d C.S. Delicias Sur, Área Sanitaria III, Zaragoza, España

^e Unidad de Lípidos, Servicio de Medicina Interna, Hospital San Pedro, Logroño, España

^f Centro de Salud de Bembibre, Universidad de León, Membibre, León, España

^g Centro de Salud Universitario Prosperidad, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^h Unidad de Lípidos y Riesgo Vascular, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital del Mar, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

ⁱ Servicio de Medicina Interna, Hospital de Bellvitge, CIBERobn, Fipec, Universidad de Barcelona, Idibell, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

PALABRAS CLAVE

Dislipemia
aterogénica;
Hipertrigliceridemia;
Riesgo cardiovascular

Resumen Documento de posicionamiento y resumen de las recomendaciones recientemente publicadas por el Grupo de Trabajo de Dislipemia Aterogénica de la Sociedad Española de Arteriosclerosis y por la Sociedad Europea de Arteriosclerosis.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Arteriosclerosis.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ascaso@uv.es (J.F. Ascaso).

KEYWORDS

Atherogenic
dyslipidaemia;
Hypertriglyceridemia;
Cardiovascular risk

Consensus document on the management of the atherogenic dyslipidaemia of the Spanish Society of Arteriosclerosis

Abstract Positioning document and summary of recommendations recently published by the Working Group on Atherogenic Dyslipemia of the Spanish Society of Arteriosclerosis and by the European Society of Arteriosclerosis.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Española de Arteriosclerosis.

Definición de dislipemia aterogénica

La dislipemia aterogénica se caracteriza por un incremento de los niveles plasmáticos de triglicéridos (TG) totales y descenso del colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (cHDL). Junto a estas dos alteraciones lipídicas que definen la dislipemia aterogénica, encontramos un aumento de las lipoproteínas ricas en TG y portadoras de apolipoproteína B (apoB) y habitualmente un aumento moderado, en ocasiones con valores cercanos a la normalidad, de las concentraciones de colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (cLDL), con predominio de partículas LDL pequeñas y densas¹.

La dislipemia aterogénica tiene una gran importancia al estar asociada a diferentes patologías que en la población general son actualmente muy prevalentes y representan un alto riesgo cardiovascular, como el sobrepeso (37%), la obesidad (17%), la diabetes (14%) y la hiperglucemia y el síndrome metabólico (30%)^{2,3}. Además, la dislipemia aterogénica es por sí misma un indicador de alto riesgo cardiovascular en los sujetos con diabetes. En este sentido, la dislipemia aterogénica se asocia con un mayor riesgo de isquemia miocárdica o enfermedad coronaria angiográfica silentes en pacientes con diabetes tipo 2 y niveles de cLDL < 130 mg/dl⁴.

De hecho, en la población española la prevalencia de dislipemia aterogénica es elevada, estando presente en el 34% de los diabéticos, en el 21% de los pacientes de alto riesgo con LDL controlado y en el 21-34% de los pacientes con antecedentes de enfermedad vascular de alguna localización (coronaria, cerebral o arterial periférica)⁵.

Diagnóstico

La dislipemia aterogénica se caracteriza por hipertrigliceridemia, que es consecuencia del aumento del conjunto de las lipoproteínas ricas en TG, incluyendo sus partículas remanentes, y por la elevación moderada de las LDL, es decir, el conjunto de las lipoproteínas aterogénicas que contienen apoB. Todas estas lipoproteínas podemos cuantificarlas mediante las concentraciones de colesterol-no-HDL (c-no-HDL) o de apoB. Por otro lado, existe una disminución del cHDL.

Junto a estas alteraciones, la presencia de un aumento de las partículas LDL pequeñas y densas, calculadas indirectamente por el índice TG/cHDL y el aumento de los cocientes aterogénicos, especialmente colesterol total/cHDL, forman el conjunto de los hallazgos en esta dislipemia⁶, cuyo resumen viene expuesto en la [tabla 1](#).

Tabla 1 Dislipemia aterogénica

TG	> 150 mg/dl
cHDL	< 40 mg/dl en H y < 45 mg/dl en M
cLDL	> 100 mg/dl
c-no-HDL	> 130 mg/dl
CT/cHDL	> 5 en H y > 4,5 en M
LDL pequeñas y densas	TG/cHDL > 2

cHDL: colesterol de las lipoproteínas de alta densidad; cLDL: colesterol de las lipoproteínas de baja densidad; CT: colesterol total; H: hombres; LDL: lipoproteínas de baja densidad; M: mujeres; TG: triglicéridos.

Riesgo cardiovascular y objetivos terapéuticos

El c-no-HDL representa esencialmente la suma del colesterol de las lipoproteínas que contienen apoB, es decir, las lipoproteínas aterogénicas con capacidad de depositarse en la pared arterial. Por ello, en los pacientes con dislipemia aterogénica se ha recomendado que el objetivo terapéutico más adecuado es el c-no-HDL o la apoB, ya que ambos parámetros se correlacionan mejor con el riesgo cardiovascular que el cLDL⁷.

El c-no-HDL ha demostrado ser un robusto factor de riesgo cardiovascular que en la clínica habitual puede sustituir a la apoB, al ser más económico, fiable y fácil de calcular, ya que requiere únicamente la resta del cHDL al colesterol total, parámetros analíticos disponibles en todos los laboratorios clínicos de los centros de atención sanitaria.

Las evidencias científicas sobre la asociación entre los niveles elevados de cLDL y el aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular son fuertes e indiscutibles. Sin embargo, aun con un adecuado control del cLDL queda un considerable porcentaje de sujetos que mantienen un elevado riesgo vascular atribuible a otras alteraciones lipídicas, como la hipertrigliceridemia y el descenso de cHDL. El mayor riesgo cardiovascular se encuentra cuando coexisten alteraciones en las tres fracciones lipídicas: cLDL > 130 mg/dl, cHDL < 40 mg/dl y TG > 150 mg/dl⁸.

El metaanálisis de Andersson et al.⁹, con 62.154 pacientes incluidos en 8 estudios, demostró que el c-no-HDL tenía mejor correlación con el riesgo cardiovascular que el cLDL; además, los sujetos que alcanzaban los objetivos terapéuticos de cLDL pero no de c-no-HDL tenían un incremento de riesgo del 32% en comparación con aquellos que conseguían ambos objetivos. Asimismo, un reciente estudio ha puesto de manifiesto que la progresión de la placa de ateroma

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5593051>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5593051>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)