



Protocolo de tratamiento de la dislipidemia

S. Santamaría Fernández*, M. Vázquez Márquez y V. Bonaiuto

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital Regional de Málaga. España.

Palabras Clave:

- Colesterol LDL
- Modelos de cálculo de riesgo
- Categorías de riesgo cardiovascular
- Estatinas

Keywords:

- LDL cholesterol
- Risk calculation models
- Cardiovascular risk categories
- Statins

Resumen

Introducción. Las enfermedades cardiovasculares causan en Europa más de 4 millones de muertes anuales y constituyen la primera causa de morbilidad global, tanto en hombres como en mujeres. La concentración elevada de colesterol LDL (c-LDL) constituye un factor de riesgo cardiovascular (RCV) mayor y su reducción es uno de los objetivos fundamentales en la prevención cardiovascular.

Tratamiento. El tratamiento de las dislipidemias ha sufrido en los últimos años, en un intento de simplificación, un importante cambio de paradigma. Se sigue manteniendo el c-LDL como diana terapéutica principal; sin embargo, se ha abandonado su empleo como objetivo explícito y se ha modificado por una estrategia individualizada basada en una estratificación de RCV absoluto, de manera que el abordaje terapéutico debe realizarse en tres pasos: conocer el RCV del sujeto; marcar un objetivo individual de c-LDL y establecer un plan terapéutico.

Abstract

Treatment protocol for dyslipidaemia

Introduction. Cardiovascular disease causes more than 4 million deaths annually in Europe and are the primary cause of global morbidity and mortality in both men and women. High levels of LDL (CLDL) cholesterol constitute a major cardiovascular risk (CVR) factor; one of the fundamental objectives of cardiovascular prevention is to lower these levels.

Treatment. In recent years, in an attempt at simplification, there has been a paradigm shift in the treatment of dyslipidaemia. LDL cholesterol remains the main therapeutic target; however it is no longer used as an explicit objective and has been changed for an individualised strategy based on absolute CVR stratification. Therefore, there are three stages to the therapeutic approach: establishing the patient's CVR, setting an individual c-LDL objective, and putting together a therapeutic plan.

Introducción

El tratamiento de la dislipidemia ha sufrido en los últimos años dos cambios fundamentales. Por una parte, se ha abandonado el tratamiento basado únicamente en el colesterol LDL (c-LDL), modificándose por una estrategia de intervención basada en la estratificación de riesgo cardiovascular (RCV) absoluto del paciente y, por otra, las estatinas se han clasificado según su potencia de reducción del c-LDL, de

manera que se emplea una u otra en función del RCV absoluto calculado y el objetivo individual de c-LDL.

El manejo de las dislipidemias debe realizarse en tres pasos sucesivos. En primer lugar, debemos conocer el RCV del sujeto; en segundo lugar, marcar un objetivo individual de c-LDL y, por último, establecer un plan terapéutico¹.

Estratificación de riesgo

Para calcular el riesgo de sufrir un evento cardiovascular (ECV) mortal o no mortal se utilizan las tablas multirriesgo ampliamente validadas, entre ellas los sistemas de Framingham, SCORE, ASSIGN, Q-Risk, PROCAM, etc.

*Correspondencia

Correo electrónico: eclyris@hotmail.com

Una de las ventajas del sistema SCORE es que puede recalibrarse para usarlo en diferentes poblaciones con elevada y baja mortalidad cardiovascular mediante el ajuste de las tendencias de mortalidad por ECV y la prevalencia de los factores de riesgo².

Las Sociedades Europeas de Cardiología (ESC) y Arteriosclerosis (EAS) recomiendan el empleo del sistema SCORE².

Este permite el cálculo del riesgo acumulado a 10 años de sufrir un primer evento aterosclerótico mortal como infarto de miocardio, accidente cerebrovascular (ACV) u otra enfermedad arterial oclusiva, incluida la muerte súbita en función de los siguientes factores de riesgo: edad, sexo, consumo de tabaco, presión arterial sistólica y colesterol total (CT).

Para convertir el riesgo de ECV mortal en riesgo de ECV total (mortal más no mortal), se multiplica por 3 para hombres y por 4 para mujeres (y ligeramente menos para los ancianos). Dispone de 2 tablas de evaluación, una con el CT y otra con el cociente CT/c-HDL. El riesgo de ECV se puede calcular automáticamente a través de la última versión del *HeartScore* disponible *online* (http://www.heartscore.org/es_ES/access-heartscore).

Clasifica la población en 4 categorías de riesgo en función del SCORE calculado: riesgo muy alto (más del 10%), riesgo alto (5-10%), riesgo moderado (igual o mayor de 1% y menor de 5%) y riesgo bajo (menor de 1%).

Las siguientes enfermedades conllevan un riesgo ECV total muy alto o alto, por tanto, no se precisan modelos de cálculo de riesgo: ECV documentado (infarto de miocardio previo, síndrome coronario agudo, revascularización coronaria y otros procedimientos de revascularización arterial, ACV y accidente isquémico transitorio, aneurisma aórtico y enfermedad arterial periférica), diabetes mellitus tipo 1 o 2, enfermedad renal crónica (ERC) moderada o grave, hipercolesterolemia familiar monogénica, hiperlipidemia familiar combinada, hiperlipidemias genéticas graves, disbetalipoproteinemia, hipertensión arterial refractaria.

Estrategias de intervención basadas en el riesgo y objetivo individual

Tanto en la guía de la EAS/ESC 2016 para el tratamiento de las dislipidemias como en la de la *American Heart Association/American College of Cardiology* (AHA/ACC) se recomienda usar el c-LDL como diana terapéutica principal (clase de recomendación I, nivel de evidencia A), empleándose el CT cuando no se disponga de otros análisis (clase de recomendación IIa, nivel de evidencia A) y el colesterol no HDL y apoB como diana terapéutica secundarias (clase de recomendación IIa, nivel de evidencia B)^{3,4}.

Sin embargo, los enfoques propuestos para lograr esta reducción son diferentes. Así, la AHA/ACC recomienda el uso de dosis altas de estatinas para toda persona con alto riesgo, independientemente de la concentración basal de c-LDL, a diferencia de la EAS/ESC. Esta recomendación se basa en la evidencia procedente de ensayos clínicos aleatorizados exclusivamente, mientras que el grupo de trabajo europeo basa sus recomendaciones también en la evidencia disponible de revisiones sistemáticas y/o estudios epidemiológicos. Además, la reducción del c-LDL por debajo de los objetivos establecidos en las guías previas de la EAS/ESC también se asocia a una menor tasa de episodios de ECV.

La guía de la EAS/ESC 2016 recomienda que en pacientes con un riesgo muy alto (SCORE mayor de 10%) el objetivo es un c-LDL menor de 70 mg/dl y una reducción del c-LDL de al menos un 50% del valor basal. En pacientes con un riesgo alto (SCORE 5-10%) y moderado (SCORE 1-5%), el objetivo es un c-LDL menor de 100 mg/dl y alcanzar una reducción de al menos un 50% del valor basal y c-LDL menor de 115 mg/dl respectivamente (tabla 1)³.

Cuando se emplean los objetivos secundarios, las recomendaciones son las siguientes:

1. Colesterol no HDL menor de 100 mg/dl y 130 mg/dl en pacientes de muy alto y alto riesgo, respectivamente.

TABLA 1

Recomendaciones sobre los objetivos terapéuticos a alcanzar de colesterol LDL

Categoría de riesgo		Objetivo colesterol LDL	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
Riesgo muy alto	SCORE ≥ 10% ECV clínica documentada: IAM, SCA, revascularización coronaria y otros procedimientos de revascularización arterial, ACV y AIT, aneurisma de aorta y EAP DM con lesión de órgano diana como proteinuria o un factor de riesgo mayor como tabaquismo, hipertensión arterial o hipercolesterolemia ERC grave (TFG < 30 ml/min.	c-LDL < 70 mg/dl o ≤ 50% c-LDL basal sea 70-135 mg/dl Secundarios No HDL < 100 mg/dl apoB < 80 mg/dl	I	B
Riesgo alto	SCORE ≥ 5% e < 10% Factor de riesgo aislado muy elevado: hipercolesterolemia familiar, TA > 180/110 DM sin lesión de órgano diana ERC moderada TGF 30-59 ml/min.	c-LDL inferior a 100 mg/dl o ≤ 50% c-LDL basal sea 100-200 mg/dl Secundarios No HDL < 130 mg/dl apoB < 100 mg/dl	I	B
Riesgo moderado	SCORE ≥ 1 e < 5%	c-LDL < 115 mg/dl	IIa	C
Riesgo bajo	SCORE < 1%	c-LDL < 115 mg/dl	IIa	C

ACV: accidente cerebrovascular; AIT: accidente isquémico transitorio; c-LDL: colesterol LDL; DM: diabetes mellitus; EAP: edema agudo de pulmón; ECV: evento cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; IAM: infarto agudo de miocardio; SCA: síndrome coronario agudo; TA: tensión arterial; TFG: tasa de filtración glomerular.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8764422>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8764422>

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