

CASO CLINICO N° 1

Nos visita Manuel, paciente de 57 años, diabético tipo II desde hace 6 años, que además es hipertenso conocido desde hace años. En esta ocasión viene para ver resultados de analítica semestral.

Se reevalúa al paciente encontrando una perímetro abdominal de 102 cm, peso: 92 kg, talla: 161 con un IMC de 35,49

En la analítica destaca una Glucemia basal: 136 mg/dl; HBA1c de 6,7 %. Colesterol total: 275 mg/100, Triglicéridos: 260 mg/100, cLDL: 178 mg/100 y cHDL: 45 mg/100.

GOT:43 UI/L GPT:52 UI/L GGT:47 UI/L

Seguía tratamiento farmacológico en la actualidad con metformina 850 mg/ 12 horas, lisinopril 5 mg/ 24 h., manidipino 5 mg / 24 h. y simvastatina 40 mg / 24 h

1. **Desde el punto vista cardiometabólico que dato no es preciso para un mejor enfoque terapéutico de este paciente.**

a) Cifras de tensión arterial (TA)

b) Cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) por las tablas Score.

c) Comprobar la adherencia al tratamiento

d) Búsqueda de lesión de órgano diana (LOD)

e) Conocer sus estilos de vida (actividad física y alimentación).

Respuesta correcta **b.**

b) Ante todo paciente diabético con estos factores de riesgo vascular (FRCV), pluripatológico y polimedicado ya se considera de muy alto riesgo, según los estudios más recientes, por lo que no es necesario el cálculo del RCV. Si es muy importante conocer su cifras últimas de HTA; es obligatorio conocer si ya existe LOD (microalbuminuria, ERC, estenosis carotidea, HVI, índice tobillo brazo (T-B)

etc.) y por supuesto antes de hacer cambios en el tratamiento conocer la adherencia y actividad física del paciente, así como sus actuales hábitos de vida.

2. ¿Cuál serían los objetivos de cLDL (colesterol unido a proteínas de baja densidad) terapéuticos ideales, que se tiene que plantear el médico de atención primaria, a los que llevar y mantener a este paciente?

- a) Menor de 130 mg/dl al ser un paciente de alto riesgo,
- b) Menor de 100 mg/dl porque es diabético.
- c) 70 mg/dl al ser de muy alto riesgo.
- d) La respuestas a y b son correctas
- e) Las respuestas b y c son correctas

Respuesta correcta **c**

b. El paciente es diabético, tiene síndrome metabólico (glucemia>110 mg/dl; perímetro de cintura=102; TG>150 mg/dl) es mandatorio conocer las cifras de su perfil lipídico. Es un paciente de alto riesgo así las cifras objetivo es 70 mg/dl o menos (evidencia IA). Según las guías terapéuticas de la Sociedad Europea Europea de Cardiología (ESC) y de la Sociedad Europea de Aterosclerosis (EAS), pone la siguiente excepción. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de menos de 40 años de edad, con corta duración del tratamiento (menos de 10 años de evolución), sin otros factores de riesgo ni complicaciones y con cLDL<2,5 mmol/l (<100 mg/dl) podrían no requerir tratamiento farmacológico hipolipemiantes.

3. Cual serían las modificaciones terapéuticas recomendables a la vista de los resultados en el perfil lipídico.

- a. Mantener la simvastatina de 40 mg diario y aumentar el ejercicio aeróbico.
- b. Aumentar la dosis de simvastatina al doble.

- c. Recomendar dieta baja en grasas saturadas y pérdida de peso.
- d. Asociar a simvastatina 40mg, ezetimiba 10mg.
- e. Recomendar medidas higiénico-dietéticas y añadir ezetimiba 10 mg a simvastatina 40mg.

Respuesta correcta e.-

e) Este paciente para reducir su RCV debe conseguir como objetivo unos niveles de cLDL de al menos 70 mg/100 dl. Si no se alcanzan los objetivos terapéuticos con las dosis máximas toleradas de estatinas, las combinaciones de fármacos pueden producir una reducción adicional del cLDL, pero la evidencia basada en ensayos clínicos es escasa.

Según la tabla de Luis Massana (Massana L, Plana N. Planificación del tratamiento de la hipercolesterolemia orientada a la obtención de objetivos. Med Clin (Barc). 2005;124(3)108-110) eso se conseguirá con simvastatina 40 mg y ezetimiba.

a) Es insuficiente la dosis de estatinas y el ejercicio físico; como vemos el paciente está sometido a una más que probable ateromatosis diabética.

b) el doblar dosis apenas alcanza un 6% de reducción del cLDL debido a la idiosincrasia de las estatinas.

d) es necesario siempre implementar las medidas higienico-dieteticos que además servirán para mejor control de los otros FRCV.

c) se debe insistir en acercarse lo máximo posible al peso ideal y cuando sea un objetivo inalcanzable conseguir al menos la pérdida de un 5- 10% de peso.

Después de recomendar todas estas medidas terapéuticas y pedir los estudios complementarios necesarios citamos al paciente a los 3 meses con analítica realizada. El paciente nos refiere haber notado cierto cansancio y molestias en ambas piernas no bien definidas, pero ha perdido 5 kg y ha reducido su perimetro abdominal a 98 cm. Presenta la siguiente analítica: Colesterol total: 220 mg/dl, Trigliceridos: 180/dl, HDL: 47/dl y LDL: 137mg/dl. Glucemia: 122 mg/dl. SGOT: 87 U/ml SGPT: 102 U/ml GGT: 55 U/ml

4. ¿Qué harías en esta situación?

- a) Es perentoria la suspensión de las estatinas por el posible daño hepático causado por la elevación de las transaminasas.
- b) Habría que descartar causas de miopatía en este paciente.
- c) Todavía persiste elevación del LDL y por ello convendría pensar en hiperlipemia secundaria e iniciar estudio.
- d) Insistir en los cambios de estilo de vida, mantenemos la medicación y revisión en 3 meses.
- e) Serían correctas b y c.

Respuesta correcta e.-

e) Con la presencia de estos nuevos síntomas, en este paciente y en este momento es obligado descartar toxicidad de las estatinas, a la vez que estudio de hiperlipemia secundaria.

a) No es necesario suspender las estatinas por este motivo, pues no alcanzan el triple de su valor normal. Recordemos que la SGPT es la transaminasa específica del hígado. Aun así sería obligado repetir el control a los 4-6 semanas.

Nota.- Las estatinas están contraindicadas en el embarazo y lactancia.

5. Qué tipo de información y analítica crees que necesitaríamos solicitar en este caso?

- a) Función tiroidea y filtrado glomerular.
- b) CPK (creatin kinasa)
- c) Conocer hábitos tóxicos del paciente (alcohol, tabaco, drogas...)
- d) Hemograma y VSG
- e) Todas ellas.

Respuesta correcta.- e

.e) En este paciente y ante la sospecha de miopatía hay que descartar un hipotiroidismo, que podría a su vez estar provocando una hiperlipemia secundaria. También estudiar una posible toxicidad muscular de las estatinas (pedir CPK). Es aconsejable descartar otras causas de hipertransaminasemia como etilismo crónico, enfermedad por autoinmunidad, hepatopatías por acúmulo de grasa.

En la revisión semestral acude con la siguiente analítica

Glucemia basal: 158 mg/dl; HBA1c 7.6 %. Colesterol total: 176 mg/100, Triglicéridos: 263 mg/100, cLDL: 84 mg/100 y cHDL: 39 mg/100. SGOT: 56 (VN<35) SGPT: 53 (VN<35); GGT 67 (VN<45) TSH: 3.5mIU/l, T4 : 1,3ng/dl y CPK : 189 U/L).

6. - ¿Cuál sería tu actitud terapéutica?

- a) Quitar las estatinas porque estamos en el objetivo de control y además tienes altas las transaminasas (valorar riesgo/beneficio).
- b) Lo anterior y además insistir en las medidas higiénico-dietéticas que además servirán para mejor control de los otros FRCV.
- c) Poner un fibrato a distinta hora de la estatina.
- d) Revisar los hábitos nutricionales del paciente, y los estilos de vida, la medicación antidiabética y citarle en 3 meses.

Respuesta correcta la d.

La respuesta a es incorrecta. Una vez conseguido el objetivo terapéutico (cLDL inferior a 100 mg/dl, próximo a 70 mg/dl) y constatar una tolerancia aceptable de la estatina, es evidente no se debe suspender, ya que la alteración lipídica es de por vida.

Con estos datos vemos que la función tiroidea normal, se descarta la presencia de un hipotiroidismo (generalmente autoinmune) y una hiperlipemia secundaria, así como miopatía (al ser normal la CPK)

El paciente presenta una dislipemia diabética (cHDL bajo, triglicéridos altos) muy frecuente y secundaria al mal control de la diabetes (HbA1>7). Responde muy bien a las medidas higiénico-dietéticas (ejercicio físico: caminar mínimo 30'/día, 5 días a la semana a paso rápido, reducir la ingesta de hidratos de carbono, alcohol y restringir estrictamente la ingesta de grasas saturadas de cadena larga tanto de origen animal como de origen vegetal), y conseguir el objetivo terapéutico de triglicéridos <150 mg/dl, cHDL >40 mg/dl en hombres y >45 mg/dl en mujeres, no siendo necesaria la co-administración de fibratos con estatinas (conocida su potencial riesgo de desarrollar, interacciones graves tipo miopatía y más gravemente rabdomiolisis con las estatinas)

7. Si el paciente hubiese presentado unos triglicéridos de 450 mg/dl y cHDL =42 mg/dl. ¿Cuál hubiese sido tu tratamiento?

- a) Gemfibrocilo + estatinas
- b) Fibratos + estatinas
- c) Ácidos grasos omega 3 + estatinas + fibratos
- d) Cambios de dieta y estilos de vida

Respuesta correcta **d**

Los fibratos y la niacina se usan fundamentalmente para reducir los triglicéridos y aumentar el cHDL, mientras que los aceites de pescado (ácidos grasos omega-3) en dosis de 2-4 g/día se usan para reducir los triglicéridos (en hipertrigliceridemia primarias, con triglicéridos >500 mg/dl hasta 900 ó más). Se debe utilizar este tratamiento para prevenir la pancreatitis, es preciso reducir los triglicéridos además de las medidas higiénico-dietéticas enunciadas más arriba con fármacos, incluso tratamiento antidiabético con insulina y suspensión de la terapia con estrógenos, entre otras medidas. Los pacientes con dislipemia, especialmente los que tienen ECV establecida, DM o pacientes asintomáticos de alto riesgo, no siempre alcanzan los objetivos terapéuticos; en estos casos, puede ser necesario el tratamiento combinado. La combinación de una estatina con un secuestrador de ácidos biliares o de una estatina con ezetimiba puede utilizarse para obtener una mayor reducción del cLDL que la que se obtiene con un fármaco solo. Otra ventaja del tratamiento combinado es que se

puede utilizar dosis más bajas de estatinas, con lo que disminuye el riesgo de efectos adversos asociados a dosis altas. No obstante, las estatinas deben usarse a las dosis máximas toleradas para alcanzar los objetivos del cLDL antes de instaurar un tratamiento combinado. Los fibratos, particularmente el fenofibrato, pueden ser útiles, no sólo porque reducen los triglicéridos y aumentan el cHDL, sino también porque, combinados con estatinas, pueden reducir el cLDL. Debe evitarse el uso de otros fármacos metabolizados por el citocromo P450 cuando se prescriba esta combinación. Los fibratos deben administrarse preferiblemente por la mañana y las estatinas por la noche para evitar un pico de concentración de dosis y reducir el riesgo de miopatía. Los pacientes deben recibir instrucciones precisas sobre los síntomas de alerta (mialgia), aunque estos efectos adversos son muy raros. No se recomienda la adición de gemfibrozilo al régimen de estatinas. Aun en el caso de no alcanzarse los objetivos de tratamiento con fármacos hipolipemiantes, incluso a dosis máximas, o con la combinación de fármacos, los pacientes se benefician del tratamiento en la medida en que mejora la dislipemia. En estos pacientes hay que prestar mayor atención al manejo de otros factores de riesgo que podría ayudar a reducir el riesgo total (Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica -versión 2012- Rev Esp Cardiol. 2012;65(10):937.e1-e66).

CASO CLINICO Nº 2

Nos visita María Dolores 65 años, mujer, no fuma, no es diabética, es hipertensa conocida desde 10 años que trata con enalapril 20 + hidroclorotiazida 12.5 1 comp/día desde hace 4 años, actualmente mantiene cifras medias de 136/83 mmHg. Como antecedentes personales refiere múltiples quejas y achaques, tales como: aumento de dolor de sus rodillas de manera periódica al caminar, que trata con paracetamol de 1 gramo a temporadas y eventualmente diclofenaco cuando le duele mucho o se le “calienta” la articulación (le molesta más cuando sube escaleras o camina largo trecho o permanece de pie), también refiere molestias epigástricas que alivia con omeprazol 20 mg/día, cefalea esporádica e insomnio pertinaz, que combate con zolpidem. Preguntada sobre sus antecedentes familiares nos relata que su madre murió de muy mayor, al complicarse una fractura

de cadera al caer por las escaleras de casa y su padre murió sobre los cincuenta años por algo que no recuerda pero que tras enfermar murió al poco tiempo. Peso=79; talla=1.63. IMC=29.73, Perímetro de cintura=88 cm

Hoy acude a nuestra consulta y tras expresarnos sus quejas y molestias habituales, recoge sus análisis semestrales.

La analítica arroja el siguiente resultado:

Glucemia basal: 87 mg/dl; HBA1c de 5.6 %. Colesterol total: 293 mg/dl, Triglicéridos: 281 mg/100, cLDL: 205 mg/100 y cHDL: 32 mg/100, creatinina 0.6 mg/dl (77 ml/min), TSH 2.6 μ U/ml

8. ¿Qué sería tu actitud terapéutica en esta situación?

- a) Poner dieta y ejercicio (ejercicio físico: caminar mínimo 30'/día, 5 días a la semana a paso rápido, reducir la ingesta de hidratos de carbono, alcohol y restringir estrictamente la ingesta de grasas saturadas de cadena larga tanto de origen animal como de origen vegetal)
- b) Lo anterior, ya que es una paciente de bajo riesgo y citarla dentro de 3 meses con otro análisis
- c) Calcular su riesgo vascular global.
- d) Añadir simvastatina 20 mg/día a su tratamiento habitual y citarla en 3 meses

Respuesta correcta **c.**

Según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología y Aterosclerosis sobre dislipemia 2011 (Rev Esp Cardiol. 2011;64(12):1168.e1-e60), la Guía Europea de Prevención Cardiovascular (Perk J, et al., European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012), Atherosclerosis (2012), doi:10.1016/j.atherosclerosis.2012.05.007) y la guía SEMFYC 2012, recomiendan el cribado de factores de riesgo vascular (FRCV) y el cálculo de su riesgo vascular, en hombres a partir de 40 años y en mujeres a partir de 50, si se conoce la existencia de uno varios FRCV, o si existen antecedentes familiares de muerte CV prematura, máxime en personas socioeconómicamente desfavorecidas, ya que conociendo el riesgo vascular global nos permitirá

abordar el tratamiento y actuar en consecuencia y no el abordaje de cada uno de los FRCV por separado.

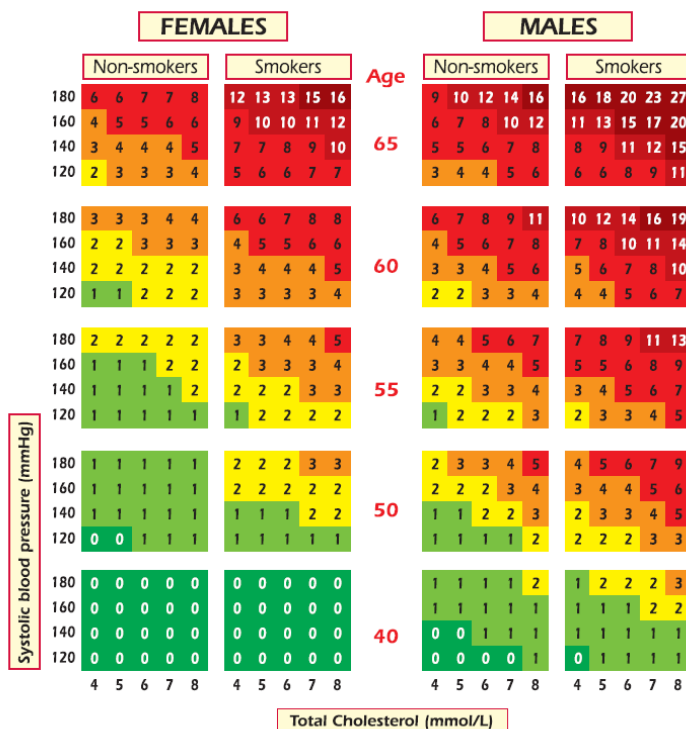
Según una reciente encuesta publicada y realizada en nuestro país el 60% de los profesionales no utilizaba ninguna tabla de riesgo debido a la falta de tiempo (Brotons C, et al BMC Family Practice. 2013;14:36 doi:10.1186/1471-2296-14-36)

En esta paciente dada las comorbilidades articulares que presenta la paciente, las medidas H-D tienen una efectividad muy limitada, dado que no las va a seguir.

9. ¿Cuál sería su riesgo vascular? (Para pasar a mmol/L dividir cifra de Colesterol en mg/dl entre 38,45)

- a) Bajo
- b) Alto según la tabla SCORE
- c) Medio
- d) Medio según la Tabla de Framingham.

Respuesta correcta **b**.



Según la tabla europea SCORE para países de bajo riesgo, corregida para los niveles de cHDL, la paciente tendría un riesgo ALTO -5%- de sufrir una muerte de origen vascular en los próximos 10 años de mantenerse así su situación clínica. Los factores de riesgo que contempla para el cálculo del riesgo son edad, sexo, fumador o no, cifras de presión arterial y colesterol total, la introducción del cHDL , ayuda definir mejor el riesgo de los pacientes.

(European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehr169) que es la mayoritariamente aceptada por nuestro país, ya que nuestra población está representada. Como apunte de interés, comentar que si nuestra paciente hubiese vivido en un país europeo de alto riesgo para el mismo nivel de cHDL el riesgo de la paciente de muerte vascular a 10 años, hubiese sido el doble 10%.

Según la tabla de Framingham que mide riesgo de enfermedad cardiaca a 10 años, la paciente tendría un riesgo MUY ALTO del orden del 33%, por encima del 20% se considera ALTO, aproximadamente una de cada tres mujeres en esta situación tendría un evento cardiaco en los próximos 10 años.

10. ¿Cuál crees que sería el mejor tratamiento para la paciente en esta situación?

- Expectante y reincidir en los cambios de estilo de vida y reevaluar en 3 meses
- Cambios de estilos de vida durante 3 meses y tratamiento farmacológico después si no bajan las cifras.
- Tratamiento farmacológico directamente asociado a cambios de estilo de vida.
- Ninguna de las anteriores.

Respuesta correcta **c**

Tabla 3
Estrategias de intervención en función del riesgo cardiovascular total y las concentraciones de cLDL

Riesgo CV total (SCORE) (%)	Concentración de cLDL				
	< 70 mg/dl < 1,8 mmol/l	70 a < 100 mg/dl 1,8 a < 2,5 mmol/l	100 a < 155 mg/dl 2,5 a < 4,0 mmol/l	155 a < 190 mg/dl 4,0 a < 4,9 mmol/l	> 190 mg/dl > 4,9 mmol/l
< 1	No intervenir en lípidos	No intervenir en lípidos	Intervención en el estilo de vida	Intervención en el estilo de vida	Intervención en el estilo de vida, considerar el uso de fármacos si no se controlan los lípidos
Clase ^a /Nivel ^b	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A
≥ 1 a < 5	Intervención en el estilo de vida	Intervención en el estilo de vida	Intervención en el estilo de vida, considerar el uso de fármacos si no se controlan los lípidos	Intervención en el estilo de vida, considerar el uso de fármacos si no se controlan los lípidos	Intervención en el estilo de vida, considerar el uso de fármacos si no se controlan los lípidos
Clase ^a /Nivel ^b	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	I/A
> 5 a < 10 o riesgo alto	Intervención en el estilo de vida, considerar el uso de fármacos ^c	Intervención en el estilo de vida, considerar el uso de fármacos ^c	Intervención en el estilo de vida y prescripción inmediata de fármacos	Intervención en el estilo de vida y prescripción inmediata de fármacos	Intervención en el estilo de vida y prescripción inmediata de fármacos
Clase ^a /Nivel ^b	IIa/A	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A
≥ 10 o riesgo muy alto	Intervención en el estilo de vida, considerar el uso de fármacos ^c	Intervención en el estilo de vida y prescripción inmediata de fármacos	Intervención en el estilo de vida y prescripción inmediata de fármacos	Intervención en el estilo de vida y prescripción inmediata de fármacos	Intervención en el estilo de vida y prescripción inmediata de fármacos
Clase ^a /Nivel ^b	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A	I/A

cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; CV: cardiovascular; IM: infarto de miocardio. ^aClase de recomendación. ^bNivel de evidencia. Referencias del nivel A: 15-41. ^cEn pacientes con IM, debe considerarse la administración de estatinas independientemente de la concentración de cLDL^{13,34}.

Según la guía de la Sociedad Europea de Cardiología y

Aterosclerosis sobre dislipemia 2011 (Rev Esp Cardiol. 2011;64(12):1168.e1-e60) que concilia el nivel de cLDL y el riesgo de la paciente según la tabla SCORE esta sería de alto riesgo e indica intervención en los cambios de estilo de vida y administrar medicamentos de manera inmediata.

Efectos de los cambios de estilo de vida y la alimentación sobre el perfil lipídico.

Tabla 9
Impacto de cambios específicos en el estilo de vida en las concentraciones de lípidos

	Magnitud del efecto	Nivel de evidencia	Referencias
<i>Intervenciones sobre el estilo de vida para reducir las concentraciones de CT y cLDL</i>			
Reducción de la ingesta de grasas saturadas	+++	A	63
Reducción de la ingesta de grasas trans	+++	A	64
Aumento de la ingesta de fibra	++	A	65
Reducción de la ingesta de colesterol	++	B	66
Utilización de alimentos funcionales enriquecidos con fitosteroles	+++	A	67
Reducción del exceso de peso corporal	+	B	68
Uso de productos con proteína de soja	+	B	69
Aumento de la actividad física habitual	+	A	70
Uso de suplementos de arroz con levadura roja	+	B	71, 72
Uso de suplementos de policosanol	-	B	73
<i>Intervenciones sobre el estilo de vida para reducir las concentraciones de TG</i>			
Reducción del exceso de peso corporal	+++	A	68
Reducción de la ingesta de alcohol	+++	A	74
Reducción de la ingesta de monosacáridos y disacáridos	+++	A	75, 76
Aumento de la actividad física habitual	++	A	77
Reducción de la cantidad total de la ingesta de hidratos de carbono	++	A	78
Uso de suplementos de ácidos grasos poliinsaturados n-3	++	A	79
Sustitución de grasas saturadas por grasas monoinsaturadas o poliinsaturadas	+	B	63
<i>Intervenciones sobre el estilo de vida para aumentar las concentraciones de cHDL</i>			
Reducción de la ingesta de grasas saturadas	+++	A	64
Aumento de la actividad física habitual	+++	A	77
Reducción del exceso de peso corporal	++	A	68
Reducción de la ingesta de hidratos de carbono y sustitución de estos por grasas insaturadas	++	A	78
Ingesta moderada de alcohol	++	B	80
Entre los alimentos ricos en hidratos de carbono, elegir alimentos con bajo índice glucémico y alto contenido en fibra	+	C	-
Dejar de fumar	+	B	81
Reducción de la ingesta de monosacáridos y disacáridos	+	C	-

-: no es efectivo y/o hay dudas sobre la seguridad; +: evidencia conflictiva, la eficacia no está tan establecida por la evidencia/opinión; ++: efectos menos pronunciados sobre las concentraciones de lípidos, el peso de la evidencia/opinión apoya su eficacia; +++: acuerdo general sobre los efectos en las concentraciones de lípidos; cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; TG: triglicéridos.

11. ¿Cuál sería el objetivo terapéutico para esta paciente?

- cLDL < 130 mg/dl y CT < 220 mg/dl ya que es un paciente de alto riesgo
- cLDL < 110 mg/dl y CT < 200 mg/dl ya que es un paciente de alto riesgo
- cLDL < 70 mg/dl y CT < 190 mg/dl ya que es un paciente de alto riesgo
- cLDL < 100 mg/dl y CT < 200 mg/dl ya que es un paciente de alto riesgo

Respuesta correcta **d**

En pacientes con riesgo elevado de ECV, se recomienda como objetivo cLDL < 2,5 mmol/l (menos de ~100 mg/dl) nivel de evidencia I, grado de recomendación A. (Perk J, et al., European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012), Atherosclerosis (2012), doi:10.1016/j.atherosclerosis.2012.05.007)

Recomendaciones para el manejo de la hiperlipemia

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b	GRADE	Ref.
Los objetivos recomendados son: <5 mmol/l (menos de ~190 mg/dl) para el colesterol total y <3 mmol/l (menos de ~115 mg/dl) para el cLDL en personas de riesgo bajo o moderado	I	A	Fuerte	457,458
En pacientes con riesgo elevado de ECV, se recomienda un objetivo para el cLDL <2,5 mmol/l (menos de ~100 mg/dl)	I	A	Fuerte	459-461
En pacientes con riesgo muy alto de ECV, se recomienda un objetivo para el cLDL <1,8 mmol/l (menos de ~70 mg/dl) o una reducción ≥50% del cLDL cuando no se logre alcanzar el objetivo recomendado	I	A	Fuerte	459,462, 463
A todos los pacientes con hipercolesterolemia familiar se los debe considerar pacientes de alto riesgo y deben recibir tratamiento hipolipemiente	I	A	Fuerte	464,465
En pacientes con SCA, debe iniciarse tratamiento con estatinas a dosis altas durante el ingreso hospitalario	I	A	Fuerte	466-468
Prevención del ictus no hemorrágico: el tratamiento con estatinas debe iniciarse en todos los pacientes con enfermedad aterosclerótica establecida y en pacientes con riesgo muy alto de sufrir ECV. Los pacientes con historia de ictus isquémico no cardioembólico deben iniciar tratamiento con estatinas	I	A	Fuerte	469,470
La enfermedad arterial oclusiva de las extremidades inferiores y la enfermedad de las arterias carótidas son equivalentes de riesgo coronario y se debe tratarlas con fármacos hipolipemiantes	I	A	Fuerte	471,472
Las estatinas deben ser consideradas tratamiento de primera línea para pacientes trasplantados que presentan dislipemias	Ila	B	Fuerte	473
La enfermedad renal crónica (grados 2-5, es decir, una TFGe <90 ml/min/1,73 m ²) se considera equivalente de riesgo coronario, y el objetivo para el cLDL en estos pacientes debe adaptarse al grado de insuficiencia renal	Ila	C	Fuerte	474

ECV: enfermedad cardiovascular; LDL: lipoproteínas de baja densidad; Ref.: referencias; SCA: síndrome coronario agudo; TFGe: tasa de filtrado glomerular estimada.

^aClase de recomendación.

^bNivel de evidencia.

Nota.-En pacientes trasplantados algunas estatinas pueden interaccionar con ciclosporina

12. ¿Qué estatina y a qué dosis la emplearías en esta paciente?

- a) Simvastatina 20 mg/día
- b) Atorvastatina 80 mg/día
- c) Simvastatina 20 mg/día + ezetimibe
- d) La b y c son correctas

Respuesta correcta **d**

Según la guía de la Sociedad Europea de Cardiología y Aterosclerosis sobre dislipemia 2011 (Rev Esp Cardiol. 2011;64(12):1168.e1-e60), el objetivo terapéutico en una paciente de alto riesgo como es el caso de Dolores es cLDL <100mg/dl. Como nuestra paciente presenta un cLDL de 205 mg/dl

habría que descenderlo hasta el objetivo terapéutico (<100 mg/dl) o al menos el 50% del nivel de que partíamos. Del arsenal terapéutico de que disponemos en España (ver más abajo) para bajar un 48-50% el cLDL contamos con atorvastatina 40 y 80, simvastatina 40, rosuvastatina 20 y pitavastatina 4. Otra opción si no queremos correr el riesgo de los efectos secundarios de las estatinas a altas dosis es utilizar las dosis bajas de cada una de ellas a la inmediatamente superior añadiéndole ezetimiba (conseguimos un descenso adicional del cLDL del 15 al 20%).

Nota 1.- La ingesta de hasta 500 ml/día de zumo de pomelo pueden aumentar las concentraciones séricas de estatina y aumentar el riesgo de rbdomiolisis.

Nota 2.- El uso de ácido nicotínico es mal tolerado produciendo a menudo rubor facial, dispepsia y vómito.

Tabla
Reducción porcentual del cLDL requerida para alcanzar los objetivos como función del valor basal

cLDL basal		Reducción hasta cLDL objetivo (%)		
mmol/l	-mg/dl	< 1,8 mmol/l (~70 mg/dl)	< 2,5 mmol/l (~100 mg/dl)	< 3 mmol/l (~115 mg/dl)
> 6,2	> 240	> 70	> 60	> 55
5,2-6,2	200-240	65-70	50-60	40-55
4,4-5,2	170-200	60-65	40-50	30-45
3,9-4,4	150-170	55-60	35-40	25-30
3,4-3,9	130-150	45-55	25-35	10-25
2,9-3,4	110-130	35-45	10-25	< 10
2,3-2,9	90-110	22-35	< 10	-
1,8-2,3	70-90	< 22	-	-

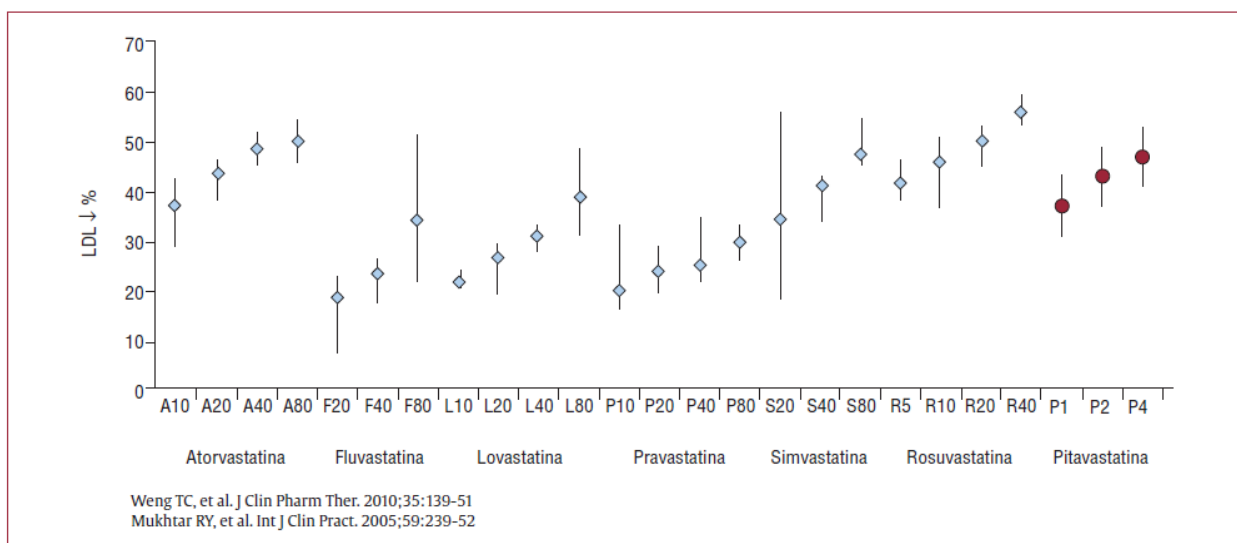


Figura. Revisión sistemática y metaanálisis sobre la equivalencia terapéutica de las estatinas.

La paciente regresa para su revisión semestral. Asegura seguir bien el tratamiento con simvastatina 20mg diarios y ezetimiba 10mg, además de su dieta baja en grasas saturadas. Nos trae la siguiente analítica: Colesterol total: 185 mg/dl, Triglicéridos: 190 mg/100, cLDL: 108 mg/100 y cHDL: 39 mg/100, creatinina 0.6 mg/dl (77 ml/min), SGOT: 57 U/L SGPT: 61 U/L. SGGT: 53U/L

13. **¿Cuál sería ahora su actitud con esta paciente?**

- a) Mantener la misma terapia pues se está alcanzando el objetivo. Entrevista motivacional con la paciente para implementar otras medidas higiénico-dietéticas.
- b) Cambiar a otro hipolipemiante debido a elevación de los niveles de transaminasas.
- c) Asociar ácido nicotínico advirtiéndole de los efectos secundarios.
- d) Añadir fenofibrato pues los triglicéridos persisten elevados.
- e) Ninguna de ellas

Respuesta correcta **a**.

Estamos alcanzando los objetivos para esta paciente de alto riesgo cifrados en un cLDL inferior a 100 mg/dl, gracias a la terapia combinada, que además minimiza los efectos adversos de las estatinas. Aun así, tenemos una hipertransaminasemia, que al no alcanzar un valor triple de lo normal no le daremos importancia. Le hemos disminuido su riesgo cardiovascular a un 3%. Por ello la debemos animar a continuar y citarla, eso sí en 4-6 semanas para vigilar esa elevación de SGOT y SGPT.

El ácido nicotínico puede aumentar el riesgo de rabdomiolisis especialmente en personas mayores. Además podría incrementar la toxicidad hepática atribuida a las estatinas.

Los fibratos no son necesarios en este caso pues los triglicéridos están por debajo de 200 mg/dl y responden bien a las medidas dietéticas enumeradas. El fenofibrato ha demostrado que, de forma adicional, al beneficio sobre la aparición de accidentes macrovasculares, logra

mejorar significativamente las complicaciones microvasculares en el paciente diabético (retinopatía, neuropatía y nefropatía). En un paciente de alto riesgo cardiovascular serían una opción a tener en cuenta en pacientes con hipertrigliceridemias primarias por encima de 500 mg/dl (volver a repasar la pregunta nº7 y la respuesta, donde se trata ampliamente esta cuestión).

El estudio DAIS (The Diabetes Atherosclerosis Intervention Study, Lancet 2001; 357: 905-910) mediante angiografía, sugiere que los fibratos podrían disminuir la progresión de la aterosclerosis coronaria, en pacientes diabéticos tipo II.

Nunca se insistirá suficientemente en la necesidad de conseguir los objetivos terapéuticos, que se ha demostrado que hasta el 50% de pacientes tratados con estatinas, no alcanzan sus objetivos de cLDL y se mantienen con un riesgo cardiovascular elevado.

AUTORES

LISARDO GARCIA MATARIN

JOSÉ ANGEL BLANCO LEIRA

MAYO,2013