

Unidad 4. Dislipemia. Detección, manejo y registro en Historia Clínica Digital (DIRAYA)

Autor

Rico Corral, Miguel Ángel

Medicina Interna. Unidad de Riesgo Vascular. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

DISLIPEMIAS

Denominamos dislipemias a las alteraciones en las concentraciones séricas de cualquiera de las fracciones de lípidos plasmáticos. En esta revisión nos centraremos en los trastornos por incremento en las concentraciones séricas. En términos generales, podemos definir una hipercolesterolemia cuando detectamos un nivel sérico de colesterol total (CT) superior a 250 mgr/dl o un nivel sérico de su fracción de baja densidad (LDL) superior a 130 mgr/dl. La hipertrigliceridemia se define por una concentración en sangre superior a 200 mgr/dl. A efectos de riesgo vascular, también tiene valor un nivel descendido de la fracción de colesterol de alta densidad (HDL), por debajo de 40 mgr/dl en hombres y de 45 en mujeres. Debemos considerar una situación especial, denominada dislipemia aterogénica, que se define por los siguientes límites analíticos:

- TG > 150 mg/dl.
- HDL < 40 mg/dl en hombres y < 45 mg/dl en mujeres.
- LDL > 100 mg/dl.
- Colesterol no-HDL > 130 mg/dl.
- CT/HDL > 5 en hombres y > 4,5 en mujeres.
- LDL pequeñas y densas: TG/HDL > 2.

Pero estos límites son generales, y es importante considerar que la valoración de las dislipemias debe hacerse en el contexto del concepto global de riesgo cardiovascular (RCV), para lo cual, además de los niveles de lípidos plasmáticos, deben tenerse en cuenta los factores siguientes (FRCV):

-Edad y sexo.

-Historia de familiares de primer grado con enfermedad cardiovascular prematura (menos de 55 años en hombres, menos de 65 en mujeres).

-Tabaquismo.

-Hipertensión arterial (HTA).

-Diabetes mellitus (DM).

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

Para el cálculo del riesgo cardiovascular podemos utilizar, en nuestro medio, básicamente dos tablas, que están basadas en estudios prospectivos y que, utilizando modelos matemáticos, expresen el riesgo en forma de porcentajes. Se trata de la tabla REGICOR y la tabla SCORE (de ésta, la versión para países de riesgo cardiovascular bajo).

Según la valoración de riesgo vascular, podemos distinguir los siguientes grupos:

- 1) Riesgo cardiovascular bajo. Puntuación SCORE < 1%.
- 2) Riesgo cardiovascular moderado: Puntuación SCORE entre 1 y 5%.
- 3) Riesgo cardiovascular alto:
 - a. Diabetes tipo 1 o 2 sin lesión de órgano diana y ningún otro FRCV mayor (salvo DM tipo 1 jóvenes cuyo riesgo es moderado-bajo).
 - b. Insuficiencia renal moderada (filtración glomerular 30-60 ml/min).
 - c. SCORE igual o mayor al 5% e inferior al 10%.
 - d. Formas graves de HTA: PA >180/110 mm de Hg.
 - e. Dislipemias primarias con elevado riesgo aterogénico: hipercolesterolemia familiar (HCF), hiperlipemia familiar combinada, disbetalipoproteinemia.
- 4) Riesgo cardiovascular muy alto:
 - a. Enfermedad cardiovascular clínica o con prueba de imagen inequívoca.
 - b. Diabetes mellitus tipo 1 o 2 con lesión de órgano diana (albuminuria) o, al menos, otro FRCV mayor (tabaquismo, HTA o dislipemia).
 - c. Insuficiencia renal avanzada (filtración glomerular <30 ml/min).
 - d. SCORE de 10% o mayor.

Los objetivos terapéuticos de LDL según el grupo de riesgo son los siguientes:

-Riesgo cardiovascular bajo o moderado: LDL < 115 mgr/dl.

-Riesgo cardiovascular alto: LDL <100 mg/dl o reducción $\geq 50\%$ si el LDL basal está entre 100-200 mg/dl.

-Riesgo cardiovascular muy alto: LDL <70 mgr/dl o reducción $\geq 50\%$ si el LDL basal está entre 70-135 mg/dl.

Tratamiento

En cuanto al tratamiento de las hipercolesterolemias en prevención primaria, el primer paso ha de ser siempre la modificación en el estilo de vida, lo que incluye

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

recomendaciones en la dieta para adaptarla al estilo denominado “mediterráneo”, con reducción de la ingesta de sal, incremento del consumo de fruta, verduras, hortalizas, legumbres, cereales, nueces, lácteos desnatados, pescado, de preferencia el azul, y aceite de oliva, con restricción de carnes rojas y grasas saturadas, así como realización de ejercicio físico regular, control del peso y reducción del perímetro abdominal, y abandono del tabaco y del consumo excesivo de alcohol. En prevención secundaria, estas medidas deben iniciarse de forma simultánea con el tratamiento farmacológico.

En relación con la hipertrigliceridemia, deben considerarse siempre la existencia de circunstancias favorecedoras, como la obesidad, la diabetes mellitus o la ingesta crónica de alcohol, en cuyo caso predomina el tratamiento de las mismas. El tratamiento dietético debe incluir la restricción del consumo etílico, así como de grasas saturadas y carbohidratos refinados. Debe considerarse el tratamiento farmacológico si se da alguna de las circunstancias siguientes:

- Hiperlipemia familiar combinada.
- Disbetalipoproteinemia.
- SCORE \geq 5%.
- Antecedentes de pancreatitis.
- Nivel sérico de TG > 500 mgr/dl.

En relación con los fármacos hipolipemiantes, debemos tener en cuenta las siguientes consideraciones generales para su uso:

- En hipercolesterolemias son de elección las estatinas, tanto en prevención primaria como en prevención secundaria. La elección debe hacerse en función de la potencia y de la situación de riesgo cardiovascular del paciente. La alternativa, en caso de contraindicación o eventos adversos, es [ezetimiba](#), considerándose a las resinas como de segunda elección en este caso. Los inhibidores de la proteína convertasa subtilisina kexina tipo 9 (iPCSK9) son anticuerpos monoclonales indicados en situaciones determinadas para la reducción del LDL: básicamente en la hipercolesterolemia familiar y en patología cardiovascular por arterioesclerosis en la que, o bien no se alcancen los objetivos previstos con tratamiento combinado a dosis máximas, o bien dicho tratamiento no sea tolerado.
- En hipertrigliceridemias, el primer paso debe ser el tratamiento de las circunstancias asociadas, como el consumo etílico, la obesidad o la diabetes. Si a pesar de ello se precisa un tratamiento farmacológico, son de elección los fibratos y, en caso de intolerancia, los ácidos grasos omega-3.

En ocasiones, cuando no se consiguen los objetivos previstos según la situación de riesgo cardiovascular de cada paciente, será necesario considerar el tratamiento combinado, y en estos casos, la combinación con mayor grado de evidencia es la asociación de estatinas y ezetimiba.

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

En relación con la intolerancia y eventos adversos relacionados con los fármacos hipolipemiantes, cabe reseñar la toxicidad hepática y muscular como factores principales a vigilar. La asociación de estatinas y fibratos se relaciona con un incremento en el riesgo específico de toxicidad muscular.

Cabe mencionar, como grupo poblacional significativo, a los pacientes de edad avanzada, en los que debe tenerse precaución especial en la vigilancia de las interacciones farmacológicas, las comorbilidades y los efectos secundarios dosis dependientes de las estatinas, por lo que se recomienda iniciar con dosis más bajas y titular según respuesta y tolerancia. Existen determinadas circunstancias en las que, por la gravedad de las patologías asociadas o la expectativa vital del paciente, no está indicado iniciar el tratamiento hipolipemiante; tal es el caso de las insuficiencias respiratoria, cardíaca, renal y hepática avanzadas, así como las neoplasias no tributarias de tratamiento específico, las demencias evolucionadas o el deterioro funcional grave.

Registro en historia clínica digital (Diraya)

Para calcular el riesgo cardiovascular en Diraya tenemos dos opciones.

Una de ellas es a través del **Botón rojo**. A través del mismo se entra en **Herramientas asistenciales**, y después hay que hacer clic en **Clasificación riesgo cardiovascular** y se nos abre una pantalla para introducir los datos y hacer el cálculo de la Tabla SCORE. Una vez introducidos todos los datos se da en guardar y se puede guardar la información en una hoja de consulta.

Otra opción es hacer el cálculo a través de la hoja de consulta. En el apartado de exploración, aparece un icono de Ayuda en la Exploración. Si hacemos clic sobre él nos aparece la opción Test Score. Al hacer clic sobre él se nos abre una pantalla para introducir los datos para hacer el cálculo. Aunque con esta opción se nos piden menos datos y, por tanto, la valoración no es tan completa.

Para codificar el diagnóstico de una dislipemia, al introducir en la barra de juicio clínico en Diraya las palabras: hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia o dislipemia, aparecen los siguientes códigos diagnósticos:

272.0 HIPERCOLESTEROLEMIA PURA

272.1 HIPERTRIGLICERIDEMIA PURA

272.2 HIPERLIPIDEMIA MIXTA

272.3 HIPERQUILOMICRONEMIA

272.4 HIPERLIPIDEMIA Y LIPIDEMIA OTRA

272.5 CARENCIA LIPOPROTEINA

272.6 LIPODISTROFIA

272.7 LIPIDOSIS

272.8 TRASTORNO METABOLISMO LIPIDO.OTRO

272.9 TRASTORNO METABOLISMO LIPIDO.NEOM

Bibliografía

- Álvarez Cosmea A, Blasco Valle M, Ferreras Amez JM, Lago Deibe F, Navarro Brito E, Párraga Martínez I, et al. Dislipemias: manejo de las dislipemias en atención primaria. Barcelona: semFYC Ediciones; 2012.
- Ascaso JF, Millán J, Hernández-Mijares A, Blasco M, Brea A, Díaz A, et al. Documento de consenso sobre el manejo de la dislipemia aterogénica de la Sociedad Española de Arteriosclerosis. Clin Invest Arterioscl 2017; 29 (2); 86-91.
- Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, et al; Authors/Task Force Members; Additional Contributor. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. Eur Heart J. 2016;37(39):2999-3058
- Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al; SCORE project group. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the Score Project. Eur Heart J. 2003;24(11):987-1003.
- Cooney MT, Selmer R, Lindman A, Tverdal A, Menotti A, Thomsen T, et al; SCORE and CONOR investigators. Cardiovascular risk estimation in older persons: SCORE O.P. Eur J Prev Cardiol. 2016;23(10):1093-103.
- Gómez-Huelgas R, Martínez-Sellés M, Formiga F, Alemán Sánchez JJ, Camafort M, Galve E, et al. Tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en el paciente mayor de 80 años. Med Clin (Barc). 2014;143(3):134.e1-e11.
- Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Banegas Banegas JR, Martín Rioboo E, Lobos-Bejarano JM, Villar Álvarez F, et al; Grupo de Prevención Cardiovascular del PAPPS. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. PAPPS 2016. Aten Primaria. 2016;48 Supl 1:4-26.
- Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cordon F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. Rev Esp Cardiol. 2003;56(3):253-61.
- Masana L, Ascaso JF, Civeira F, Pedro-Botet J, Valdivielso P, Guijarro C, et al; en nombre de la Sociedad Española de Arteriosclerosis. Documento de consenso de la Sociedad Española de Arteriosclerosis sobre las indicaciones de los inhibidores de la PCSK9. Clin Invest Arterioscl. 2016;28(3):164-5.

Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilos de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
- Mozzafarian D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes and Obesity. A Comprehensive Review. *Circulation*. 2016;133(2):187-225.
- National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. NICE; 2014.
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al; Authors/Task Force Members. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315-81.
- Royo-Bordonaba MA, Armario P, Lobos Bejarano JM, Pedro-Botet J, Villar Álvarez F, Elosúa R, et al. Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Clin Invest Arterioscl* 2017; 29 (2); 69-85.
- US Preventive Services Task Force, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW Jr, García FA, et al. Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2016;316(19):1997-2007.
- Writing Committee, Lloyd-Jones DM, Morris PB, Ballantyne CM, Birtcher KK, Daly DD Jr, DePalma SM, et al. 2016 ACC Expert Consensus Decision Pathway on the Role of Non-Statin Therapies for LDL-Cholesterol Lowering in the Management of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *J Am Coll Cardiol*. 2016;68(1):92-125
- Yusuf S, Bosch J, Dagenais G, Zhu J, Xavier D, Liu L, et al; HOPE-3 Investigators. Cholesterol Lowering in Intermediate-Risk Persons without Cardiovascular Disease. *N Engl J Med*. 2016;374(21):2021-31.