

PROTOCOLO DE DISLIPEMIAS

GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA

INSALUD BALEARES

MAYO 1996



Atenció Primària

MALLORCA  INSALUD

PROTOCOLO DE DISLIPEMIAS

GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA

INSALUD BALEARES

MAYO 1996

Autores del Protocolo de Dislipemias :
(actualizado Mayo 1996)

ENRIQUE MARTINEZ	(Médico. C.S. "Llevant")
JAUME OCHOGAVIA	(Médico. C.S. "Coll d'en Rebassa")
SILVIA PIZARRO	(Médico. C.S. "Sta. Catalina)
CARLOS RODRIGUEZ	(Farmacólogo Clínico. GAP)
J. RAMON URGELES	(Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Son Dureta).
J. MOREIRO	(Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Son Dureta).

Coordinación : TERESA PIQUE (Dirección Médica GAP)
JOAN POU (Dirección Médica GAP)

© GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DE MALLORCA
Depósito Legal: PM - 1055 - 1993

Edita: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.
C/ Reina Esclaramunda, nº 9.
C.P.: 07003.- PALMA DE MALLORCA

INTRODUCCION

El presente protocolo propugna una actitud en general cauta respecto a la intervención activa sobre las cifras elevadas de colesterol. Dicha actitud está motivada por el hecho de que la cardiopatía isquémica es un problema multifactorial existiendo otras intervenciones sobre ella con beneficio demostrado que pueden ser prioritarias y porque el tratamiento farmacológico de las hiperlipidemias no está exento de riesgos.

Por otra parte han demostrado su efectividad algunos tratamientos farmacológicos en prevención secundaria a pacientes afectados de Infarto Agudo de Miocardio.

Por todo ello recomendamos una actitud prudente y poco intervencionista en la prevención primaria dirigida a población sin factores de riesgo y una actitud más intervencionista en aquellos pacientes con antecedentes de IAM o con presencia de otros factores de riesgo cardiovascular. En éstos últimos es imprescindible una visión de conjunto interviniendo en todos los factores que puedan estar presentes (especialmente hipertensión arterial y tabaquismo)

¿A QUIEN SE DETERMINARA EL COLESTEROL?

- I) NO SE REALIZARÁ DETERMINACIÓN *SISTEMÁTICA* DE COLESTEROL.

- II) SE SOLICITARA COLESTEROL TOTAL, HDL-COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS A TODO INDIVIDUO CON FACTORES DE RIESGO, ES DECIR:
 - 1 - ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES DE :
 - a) C.I. PRECOZ,
 - b) ARTERIOPATÍA PRECOZ,
 - c) XANTOMAS, XANTELASMAS O ARCO CORNEAL PRECOZ.

 - 2 - ANTECEDENTES FAMILIARES DE DISLIPEMIA.

 - 3 - DIABETES MELLITUS.

 - 4 - H.T.A.

 - 5 - OBESIDAD.

DIAGNOSTICO:

HISTORIA CLINICA Y EXPLORACION

Insistiremos en los siguientes puntos:

I) * *Antecedentes familiares:*

- Cardiopatía isquémica o muerte súbita en edades tempranas.
- Arteriopatía periférica o ACV en edades tempranas.
- Dislipemias.
- Diabetes mellitus, HTA, hiperuricemia, obesidad.
- Pancreatitis.
- Tabaquismo (especialmente en familiares afectados de coronariopatía)

II) * *Antecedentes personales:* Los anteriores y además:

- Tabaquismo
- Tipo de dieta
- Ejercicio físico y trabajo habitual
- Alcoholismo
- Fármacos: corticoides, contraceptivos orales, diuréticos, betabloqueantes.

III) * *Exploración:*

- Peso, talla e Índice de Masa Corporal (IMC) *, TA, pulsos periféricos.
- Soplos cardíacos y vasculares.
- Tofos, xantomas, xantelasmas, arco senil.
- Índice cintura / cadera (opcional).

* Obtenida dividiendo el peso por el cuadrado de la talla en metros ($IMC = \text{Peso} / \text{Talla}^2$) o directamente en alguno de los diagramas existentes.

IV) * *Condiciones previas a la extracción :*

- 1.- El paciente debe tener un peso estable durante el mes y medio previo a la extracción.
- 2.- Los hábitos dietéticos o las modificaciones aconsejadas deben permanecer estables durante el mes y medio previo a la extracción.

3.- Evitar :	Tiempo previo a la extracción:
Ingestión de alimentos	12 - 14 horas.
Ingestión de alcohol	2 - 3 días.
Ingestión de cafeína	12 horas.
Ejercicio intenso	3 horas.

Se recomienda no hacer extracciones en lunes o después de fiestas.

4.- Retrasar la extracción en caso de ENFERMEDAD aguda intercurrente :

Leve	3 semanas
Grave	3 meses

5.- Los niveles de lípidos en sangre no son valorables hasta después de 4 meses del PARTO.

6.- En pacientes que están siguiendo tratamientos crónicos se seguirá la pauta habitual. Si existen modificaciones en dicho tratamiento se esperarán 15 días a realizar la extracción una vez se inicie la nueva pauta.

7.- En caso de obtener valores anormales, confirmar con otra extracción un mes después de la primera.

8.- No se solicitarán : lípidos totales, lipidograma, apoproteínas y fracciones HDL.

Se admiten como suficientes:

Colesterol en sangre total

Triglicéridos

HDL-colesterol

LDL -colesterol

Fórmula de Friendwald para el cálculo de LDL-colesterol

$$\text{LDL-colesterol} = \text{colesterol total} - (\text{HDL} + \text{TGC}/5)$$

No debe utilizarse si TGC > 300 mg/dl.

**OBLIGARA A REALIZAR "SCREENING" FAMILIAR
LA PRESENCIA DE:**

- CARDIOPATIA ISQUEMICA EN EDADES < 55 AÑOS
 - ARTERIOPATIA PRECOZ
 - XANTOMAS, XANTELASMAS O ARCO CORNEAL PRECOZ
-

ESTRATEGIA A SEGUIR SEGUN CIFRAS DE COLESTEROL

Valoración conjunta de otros factores de riesgo:

Debido a que la arteriosclerosis es un problema multifactorial, su abordaje deberá pasar por el control de los otros factores de riesgo: tabaquismo, HTA, obesidad, sedentarismo y Diabetes Mellitus.

I. Colesterol < 200 mg/dl.

No precisa más controles específicos.

II. Colesterol 200-250 mg/dl.

- A - Investigar antecedentes familiares (A.F.), otros factores de riesgo cardiovascular y causas secundarias.
- B - Dar normas dietéticas y revisión anual si AF + y/o FR +. En individuos con cardiopatía isquémica u otras manifestaciones de arterioesclerosis se valorará el perfil lipídico completo (Colesterol, triglicéridos y colesterol-HDL).

III. Colesterol 250-300 mg/dl.

- A.- Repetir determinación en un plazo de 4 semanas, que incluya colesterol, triglicéridos, colesterol-HDL, glucemia, GOT, GPT, gammaGT, creatinina y proteinuria.
- B - Investigar antecedentes familiares (morbilidad y mortalidad aterogénica), otros factores de riesgo cardiovascular y causas secundarias.
- C - En este grupo encontraremos muchos pacientes con hipercolesterolemia familiar poligénica y con hiperlipidemia familiar combinada (HFC). La HFC, entidad especialmente aterogénica, la sospecharemos ante:
 - 1. Niveles elevados de colesterol, triglicéridos o bien de ambos, de forma variable.
 - 2. Antecedentes familiares de hiperlipidemia con predominio de hipercolesterolemia en algunos de ellos y otros con predominio de hipertrigliceridemia.

3. Antecedentes de cardiopatía isquémica prematura en el paciente o familiares.
4. Existencia de signos de depósito lipídico (raro).
5. Expresión en la edad adulta.

D - Instauraremos dieta, control de otros FR y causas secundarias. Si tras 6 meses de dieta persisten cifras de colesterol total > 250 mg/dl consideraremos tratamiento con gemfibrozil, resinas o IHMGCoA. En el caso de Hipercolesterolemia Familiar Combinada (HFC) no se recomiendan el tratamiento con resinas.

IV. Colesterol > 300 mg/dl.

- A - Repetir determinación en 4 semanas, que incluya los parámetros analíticos del grupo III + TSH.
- B - Investigar antecedentes familiares, otros factores de riesgo cardiovascular y causas secundarias.
- C - En este grupo vamos a encontrar la práctica totalidad de las hipercolesterolemias familiares monogénicas (HCFM), muy aterogénicas. Sospecharemos HCFM ante:
 1. Colesterol total > 300 mg/dl.
 2. Antecedentes familiares de hipercolesterolemia y cardiopatía isquémica prematura (< 60 años).
 3. Signos de depósito lipídico.
 4. Mala respuesta al tratamiento dietético no logrando cifras de colesterol total < 300 mg/dl.

DIAGNOSTICO PROBABLE: 1 y 4

DIAGNOSTICO SEGURO: 1 y 2 ó 1 y 3

- Si el diagnóstico es HCFM remitir a clínica de lípidos del Hospital Son Dureta (Sección de Endocrinología) como especialidad de acceso restringido.
- Si no hay criterios de entrada de HCFM, iniciar dieta, control de otros FR y causas secundarias. Si a los 6 meses persisten niveles de colesterol total > 300 mg/dl valorar tratamiento farmacológico con Resinas, Gemfibrozil o IHMGCoA.

Efectuar control analítico a los 3 meses de iniciar fármaco, si persiste colesterol total > 300 mg/dl aumentar dosis y/o replantear diagnóstico (HCFM ?). La Simvastatina y la Pravastatina han demostrado efectividad en el tratamiento, si bien la primera posee una mejor relación beneficio/riesgo, ambas pueden ser utilizados en el tratamiento inicial.

EJERCICIO FISICO

Se recomienda realizar ejercicio físico progresivo y moderado, un mínimo de 30' tres veces por semana, tras haber consultado con su médico.

SEGUIMIENTO:

Se hará especialmente en pacientes considerados de riesgo elevado (colesterol > 300, CI y/o 2 factores de riesgo, sospecha de HCMF ó HFC):

Las visitas serán trimestrales hasta que se obtenga el control de Colesterolemia. Posteriormente podrán ser semestrales.

El objetivo global mínimo puede ser conseguir una LDL menor de 160 mg/dl. En casos de C. Isquémica o más de dos FR asociados a la hipercolesterolemia puede ser recomendable reducir LDL hasta < 130 mg/dl.

Es imprescindible en cada visita:

- a) Luchar contra otros factores de riesgo modificables (tabaco, HTA, obesidad...).
- b) Reconocer efectos indeseables de fármacos hipolipemiantes, tanto clínicos como analíticos (ver apartado de precauciones en las Fichas de farmacoterapia: Capítulo de Hipolipemiantes).
- c) Comprobar eficacia de fármacos en términos de reducción del colesterol y/o triglicéridos. Si no es efectivo, considerar aumento de la dosis, reirarlo o cambiarlo.
- d) Comprobar el cumplimiento de la prescripción dietética y de fármacos.

ORIENTACIONES DIETÉTICAS:

ALIMENTOS POBRES EN COLESTEROL, GRASAS Y SAL

GRUPOS ALIMENTOS	PERMITIDOS (Todos los días)	CONTROLADOS (2 veces por semana)	DESACONSEJADOS (1-2 veces al mes)
LECHE	Leche desnatada líquida o en polvo. Yogurts desnatados.	Yogurt entero.	Leche entera, evaporada, condensada, endulzada y con chocolate. Postres lácteos del comercio.
QUESOS	Queso con contenido en materia grasa inferior a 15% tipo: requesón, Burgos. No consumir quesos cuya etiqueta no especifique la cantidad de grasa de forma visible.		Queso con contenido en materia grasa superior a 15% tipo: casero, Gruyère, bola carvel, manchego, parmesano, Roquefort, bleu, camembert, etc.
CARNES Y PESCADOS	Pescado blanco: lenguado, merluza, bacalao... Pescado azul: sardina, salmón, atún. Pollo y pavo sin piel.	Ternera, hueso, caballo, quitando toda la grasa visible. Conejo. Panes magras de cerdo y cordero. Sepia. Mariscos: almejas, caviar, cangrejo, ostras, langosta, mejillón, etc.	Fiambrés, embutidos, jamón York, jamón del país, frankfurts. Carnes en lata. Sesos, corazón, hígado, riñón, lengua. Pato y ganso.
HUEVOS	Claras de huevo.	Huevo entero.	
PAN	Pan normal o integral sin sal. Biscotes y palitos sin sal.		
FECULA	Patata, arroz, pasta italiana, guisantes, garbanzos, habas, judías blancas o pintas, lentejas.	Pastas al huevo. Galletas tipo María (10-12 a la semana)	Galletas, patatas tipo Chips, bollería y repostería.
VEGETALES Y FRUTAS	Todos.	Olivas, aguacates, frutos secos.	
SOPAS	Con caldos vegetales o de pescado con pastas o verduras.	Sopas con caldos de pollo.	Sopas con grasa, sopas comerciales en lata o sobre, sopas a la crema con leche entera. Cuhitos de caldo.
GRASAS	Aceites vegetales: oliva, maíz, girasol y pepita de uva. Agregado siempre como aliño.		Mantequilla, crema de leche y nata. Manteca de cerdo, tocino, grasa de carne, piel de aves. Margarinas vegetales.
BEBIDAS	Agua sin gas, infusiones, zumos, batidos de fruta naturales. Café descafeinado o malta.		Bebidas alcohólicas, licores, vino, cerveza, cava, sidra. Batidos que contengan materias grasas, bebidas de chocolate.
POSTRES	Preparados con leche desnatada, claras de huevo y fruta.		Postres que contengan leche entera, nata, crema de leche, huevo, chocolate, mantequilla.
DULCES Y AZUCARES	* Azúcar, miel, mermeladas, jalea, almibar, caramelos.		Azúcares combinados con grasa.
CONDIMENTOS	Pimienta, hierbas aromáticas, limón, vinagre.		Sal y cualquier producto con la denominación sodio o cloruro de sodio.
COCCIONES	Hervido, vapor, plancha, parrilla, horno y microondas. Salsas con el aceite agregado fuera de la cocción.	Alimentos hervidos y luego salteados o fritos.	Fríos, guisos y salsas.

- Los alimentos llamados "CONTROLADOS" serán autorizados por su médico o dietista.
- Haga una dieta amplia y variada combinando todos los alimentos permitidos.
- No añada sal en los alimentos.

* EN CASO DE TRIGLICÉRIDOS ELEVADOS, SUPRIMIR AZÚCARES, PAN Y PASTAS, REFRESCOS Y ALCOHOL.

SELECCION DE FARMACOS

La colestiramina, el colestipol, la niacina o ácido nicotínico, el clofibrato y el gemfibrozil han demostrado un efecto beneficioso sobre la morbi-mortalidad por cardiopatía isquémica. En nuestro país no hay especialidades comercializadas con niacina como único componente. El clofibrato puede aumentar la morbi-mortalidad por causas no cardíacas (ver fichas farmacoterapéuticas) y para el resto de fibratos no hay datos que delimiten su relación beneficio/riesgo.

Son interesantes los Inhibidores de la Hidroxi Metil Glutaril Coenzima A reductasa al reducir el colesterol total, LDL y triglicéridos en mayor medida que los fármacos disponibles antes de su introducción en el mercado. La Simvastatina sobretodo (y la también la Pravastatina) han demostrado tener una adecuada relación beneficio / riesgo en pacientes con antecedentes de IAM, mejorando el pronóstico tanto a nivel de morbimortalidad por Cardiopatía Isquémica como respecto a la mortalidad global.

Información necesaria para la selección de los fármacos está disponible en el capítulo 3 de las Fichas de Farmacoterapia en que se realiza una revisión amplia sobre todos los fármacos hipolipemiantes existentes actualmente en nuestro país.