

## Documentos de la Comisión de Asistencia de la SEEN

# Criterios de derivación desde atención primaria a atención especializada de pacientes con dislipemia

L. FORGA, R. ASTORGA, R. ALBERO, B. BARCELÓ, S. GAZTAMBIDE, J. JOCILES, M. MARÍN, J.A. MATO, J. MOREIRO, M.T. MORIES, B. MORENO, C. PESQUERA, W. RICART, S. SERRANO, J. SORIANO, J. TÉBAR, E. TORRES, C. VÁZQUEZ, J.L. VELASCO Y A. VICENTE

*Miembros de la CASEEN.*

## INTRODUCCIÓN

La importancia del control de la dislipemia, sobre todo de la hipercolesterolemia, radica en que es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, que es la primera causa de muerte en países desarrollados. La relación entre los valores de colesterol y el riesgo cardiovascular es continua, y no existe un claro punto de corte entre los valores que se podrían considerar seguros y los que determinan un riesgo elevado.

La dislipemia debe valorarse en cada individuo en el contexto de su riesgo cardiovascular global, considerando si existen otros factores de riesgo o enfermedad aterosclerótica conocida, lo que condicionará, por un lado, que el tratamiento de la dislipemia sea más o menos radical, y por otro, la necesidad de intentar corregir los demás factores de riesgo que puedan estar presentes. En los últimos años, la tendencia es a ser más radicales en el tratamiento, tanto en pacientes con enfermedad arteriosclerótica ya conocida, como en los sujetos que pertenecen a grupos de alto riesgo de presentar un episodio coronario (diabéticos, personas con dislipemias genéticas, portadores de 2 o más factores de riesgo cardiovascular).

## IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

Hay grupos de individuos que presentan un mayor riesgo de experimentar dislipemia:

1. Los que tienen antecedentes familiares de dislipemia.
2. Pacientes con cardiopatía isquémica u otra manifestación clínica de enfermedad aterosclerótica, sobre todo si ocurre en edades tempranas.
3. Diabéticos.
4. Hipertensos.
5. Obesos.
6. Mujeres posmenopáusicas.
7. Individuos que siguen una alimentación rica en grasas saturadas.

8. Los que siguen tratamiento con algunos fármacos.
9. Grandes bebedores.

En todos ellos deben establecerse determinaciones de lípidos. En cuanto al resto de la población, no existe un consenso claro sobre a quiénes se debe realizar una determinación de lípidos, pero parece prudente realizar, al menos, una antes de los 35 años en varones y antes de los 45 en mujeres. Si resulta normal, repetir cada 5 años hasta los 75 años. En mayores de 75 años a los que nunca se ha realizado una determinación de lípidos, debería hacerse una en una ocasión, como mínimo (Control de la colesterolemia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. Clin Invest Arterioscler. 2000;12:125-52.)

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Consideramos que un paciente presenta una dislipemia cuando sus valores de lípidos exceden las cifras recomendadas hoy día como deseables, lo que origina una situación que debe valorarse y abordarse de forma individual, teniendo siempre en cuenta la presencia o no de otros factores de riesgo cardiovascular. Los valores deseables son:

- Colesterol total < 200 mg/dl (5,17 mmol/l).
- Colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) < 130 mg/dl (3,36 mmol/l).
- Colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) < 45 mg/dl (1,16 mmol/l).
- Triglicéridos < 200 mg/dl (2,25 mmol/l).

Se considera hipercolesterolemia unos valores de colesterol total > 200 y de triglicéridos < 200; hipertrigliceridemia, colesterol total < 200 y triglicéridos > 200, e hiperlipemia mixta o combinada, colesterol total y triglicéridos > 200 en mg/dl.

Inicialmente, y si no hay otros factores de riesgo asociados o antecedentes de enfermedad cardiovascular, se harán determinaciones de colesterol total y triglicéridos. En función de los resultados de colesterol obtenidos se actuará según el algoritmo expuesto en la figura 1.

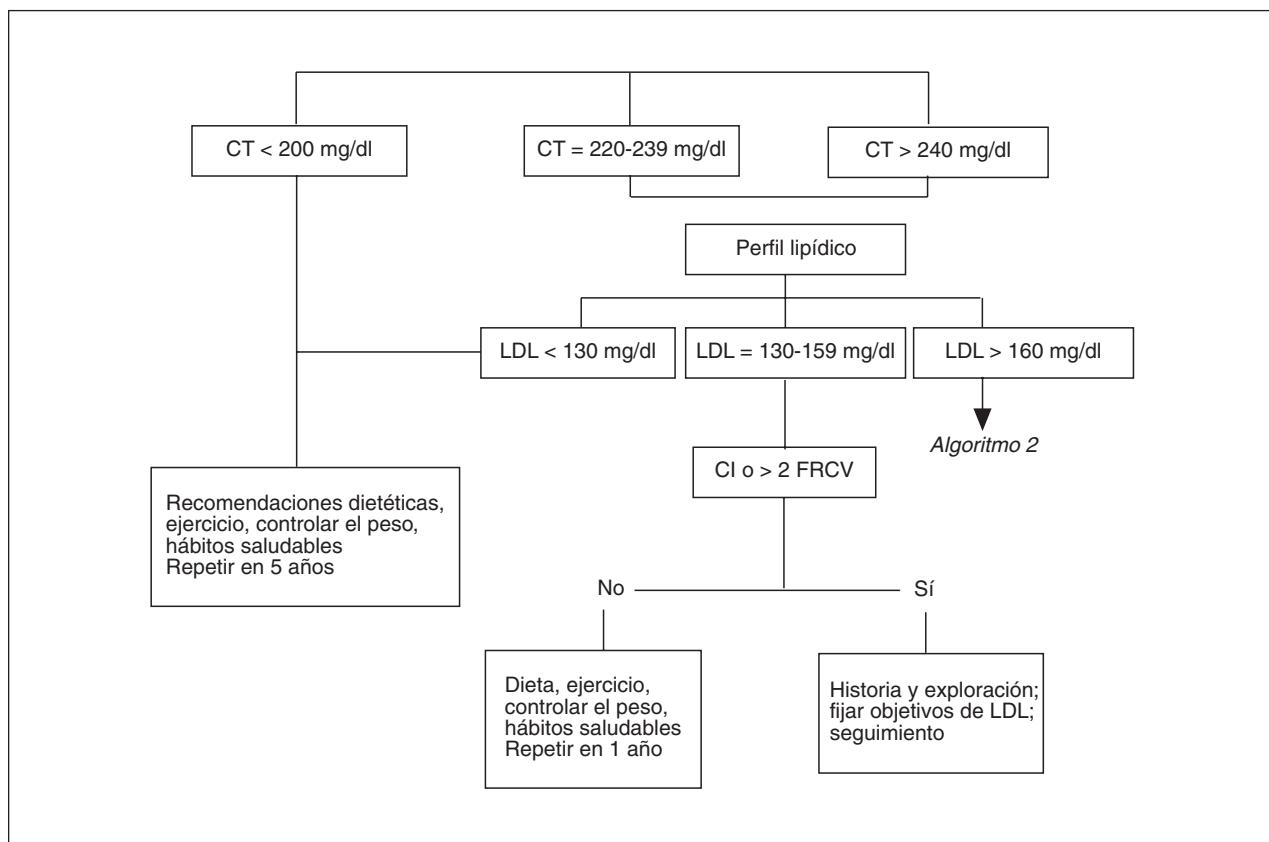


Fig. 1. Algoritmo 1. CT: colesterol total; LDL: colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad; CI: cardiopatía isquémica ; FRCV: factor de riesgo cardiovascular.

## OBJETIVOS SEGÚN CIFRAS DE cLDL

### Prevención primaria:

- Uno o ningún factor de riesgo cardiovascular (FRCV) < 160 mg/dl.
- Dos o más FRCV < 130 mg/dl.
- Los pacientes diabéticos o con hiperlipemia familiar con elevado riesgo aterogénico: prevención secundaria (American Diabetes Association. Management of dyslipidemia in adults with diabetes. Diabetes Care. 2000;23 Suppl 1:57-60).

Prevención secundaria: si el paciente presenta ya cardiopatía isquémica o vasculopatía aterosclerótica clínica < 100 mg/dl.

En las figuras 2-4 se exponen los 3 algoritmos de decisión para el tratamiento de la hipercolesterolemia.

## CON RESPECTO A LOS TRIGLICÉRIDOS

- < 200 mg/dl: normales (en prevención secundaria < 150 mg/dl).
- 200-999 mg/dl: indicar dieta durante 3 meses.
- Si persisten > 400 mg/dl, iniciar tratamiento con fármacos, dado el riesgo de que una trasgresión ali-

mentaria eleve las cifras a valores de riesgo de pancreatitis aguda.

Si son mayores de 200 mg/dl pero menores de 400 mg/dl, valorar tratamiento con fármacos si el paciente tiene cifras bajas de cHDL, hay antecedentes de pancreatitis o es portador de diabetes mellitus, hiperlipemia familiar combinada o disbetalipoproteinemia. En prevención secundaria, iniciar tratamiento si persisten por encima de 150 mg/dl.

– > 1.000 mg/dl: iniciar tratamiento con dieta más fármacos y derivar de forma preferente a endocrinología (riesgo de pancreatitis).

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA A ENDOCRINOLOGÍA

1. Sospecha de hiperlipemia primaria familiar.
2. Hiperlipemias que se sospechen secundarias a endocrinopatías o a otras enfermedades que requieran control por el especialista.
3. Pacientes adultos con colesterol total > 400 mg/dl (> 300 mg/dl si son jóvenes entre 18 y 20 años) o de triglicéridos > 1.000 mg/dl.
4. HDL < 25 mg/dl.

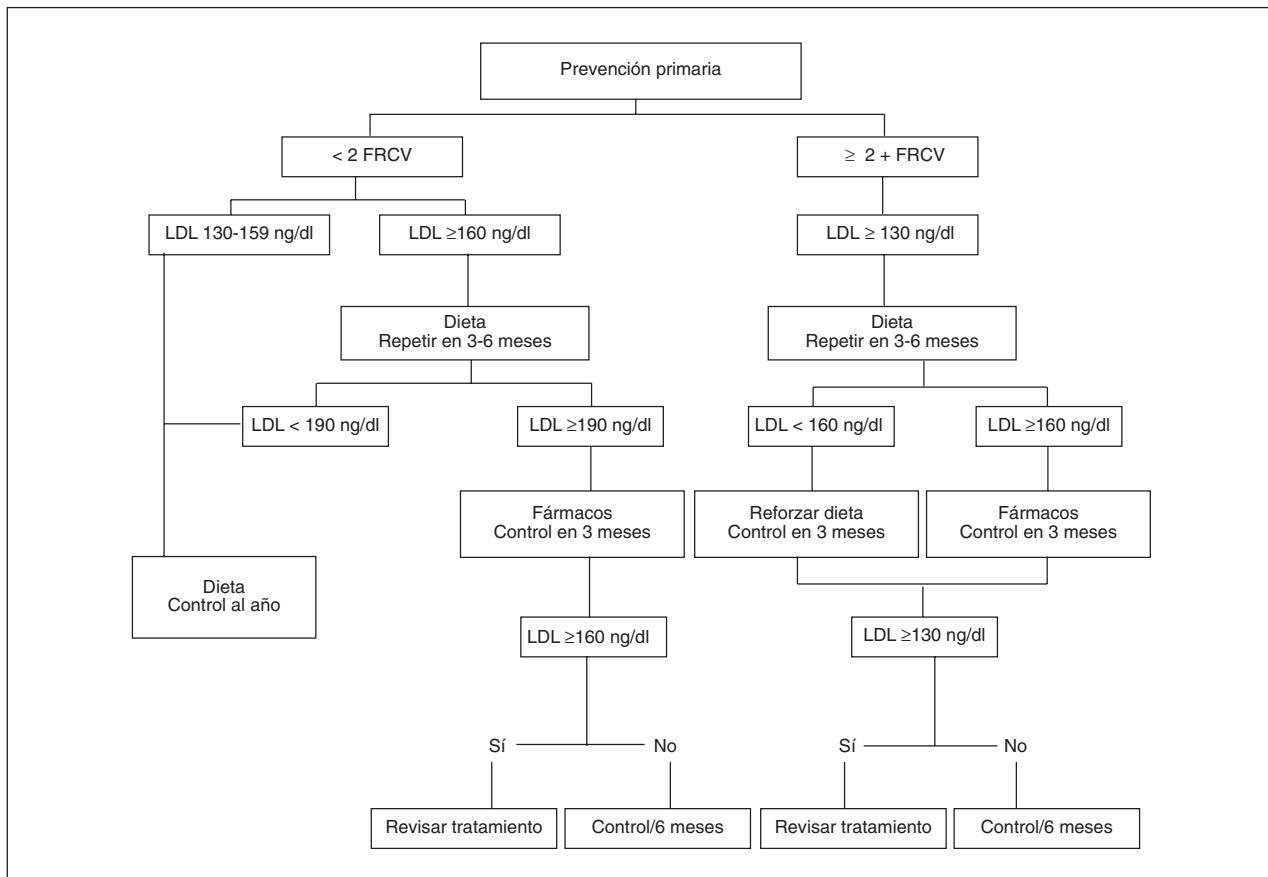


Fig. 2. Algoritmo 2. CT: colesterol total; LDL: colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad; CI: cardiopatía isquémica ; FRCV: factor de riesgo cardiovascular.

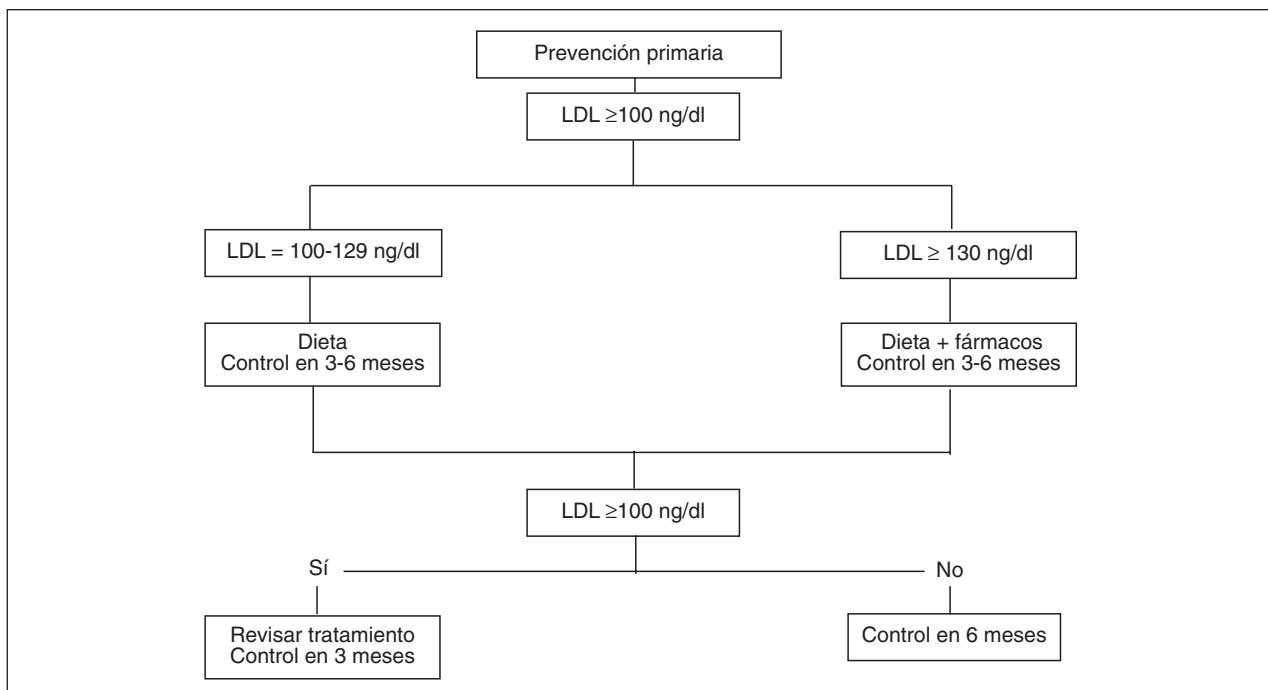


Fig. 3. Algoritmo 3. CT: colesterol total; LDL: colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad; CI: cardiopatía isquémica ; FRCV: factor de riesgo cardiovascular.

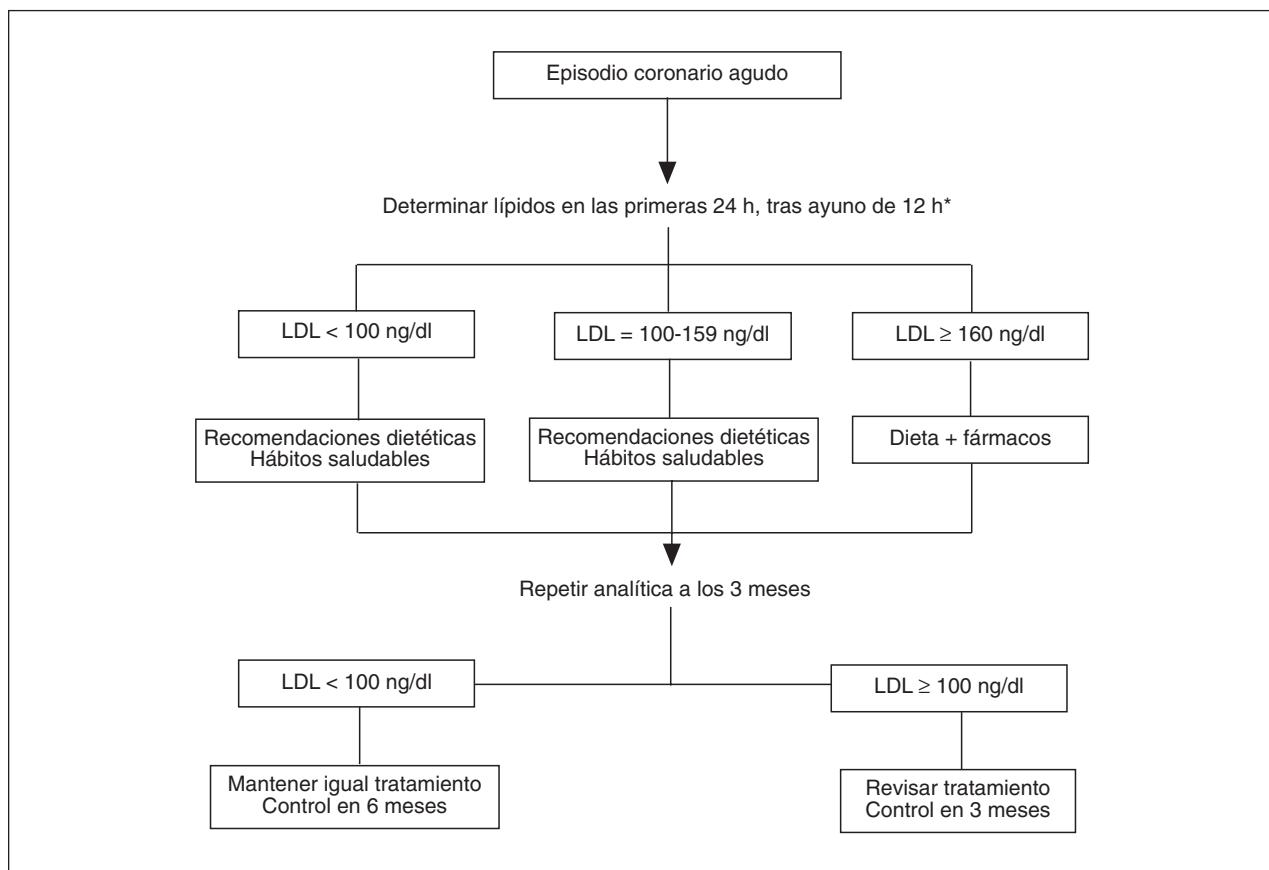


Fig. 4. Algoritmo 4. LDL: colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad \*Si el paciente presentaba previamente hipercolesterolemia en tratamiento farmacológico, mantener el tratamiento.

5. Hiperlipemias combinadas con colesterol y triglicéridos > 350 mg/dl.

6. Cuando, después de un tratamiento dietético y farmacológico con un fármaco adecuado hasta dosis máximas, no se alcanzan los valores marcados como objetivo.

7. Aparición de efectos secundarios importantes debidos al tratamiento.

#### ANEXO 1. Condiciones de realización de las determinaciones analíticas

Diagnosticar a un paciente de dislipemia implica un tratamiento y un seguimiento durante un período indefinido. Por ello, es necesario realizar el estudio analítico con las máximas condiciones de fiabilidad, teniendo en cuenta las recomendaciones de la Sociedad Española de Arteriosclerosis.

1. Confirmación de las cifras: realizar al menos 2 determinaciones analíticas, con un intervalo no superior a las 6 semanas.

2. Que el individuo continúe con su dieta y su estilo de vida habituales durante las 2-3 semanas previas a la extracción de sangre.

3. En caso de enfermedad intercurrente leve, posponer la extracción al menos 3 semanas. Si es un proceso más grave (cirugía, traumatismo, etc.) se debe retrasar la extracción un mínimo de 3 meses. En la mujer embarazada, se debe retrasar la extracción hasta 3 meses después del parto.

4. Debe suprimirse la toma de cualquier medicación que no se estime absolutamente imprescindible un mes antes de la extracción.

5. Debe evitarse la realización de ejercicio físico intenso en las 3 h anteriores a la extracción.

6. La extracción de la muestra de sangre debe realizarse con el paciente sentado, al menos durante 5 min antes, evitando la estasis venosa prolongada y tras un período de ayuno de 12-14 h (sólo se permitirá la ingesta de agua).

#### ANEXO 2

Factor de conversión (FC) de mg/dl (C) a mmol/l (SI):

$$SI = C \times FC$$

$$\text{Colesterol} = 0,02586$$

$$\text{Triglicéridos} = 0,01129$$