



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 347/3949 - TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE PASO A PASO

J. Serrano Rasero<sup>a</sup>, I. Galindo Román<sup>b</sup> y P. Fernández García<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Velada. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. Cádiz. <sup>c</sup>Facultativo Especialista de Área de Cardiología. Hospital Clínico de Málaga. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** AP: Fumador, con consumo de alcohol moderado los fines de semana. Varón de 52 años de edad que acude a consulta de Atención Primaria por alteraciones analíticas previamente desconocidas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial 139/89 mmHg. IMC 29,8 kg/m<sup>2</sup>. Perímetro de la cintura: 100 cm. Auscultación cardiorespiratoria normal. No estigmas de dislipemia. Datos analíticos: glucosa de 122 mg/dl y HbA1c del 6,2%. Triglicéridos 198 mg/dl. Colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL): 39 mg/dl. Colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL): 151 mg/dl. Colesterol no HDL: 185 mg/dl. Filtrado glomerular estimado (MDRD): 55. Sin microalbuminuria.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome metabólico (SM). Enfermedad renal crónica (ERC). Comenzamos determinando el riesgo cardiovascular del paciente que era alto por la ERC. Los objetivos que debemos alcanzar son: deshabitación tabáquica; reducción de un 5-10% de peso; actividad física de moderada intensidad; glucemia basal 100 mg/dl y c-LDL 100 mg/dl según las Guías Europeas de Arterioesclerosis publicadas en 2016, por tanto, el descenso es de un 40%. Las estatinas recomendadas para ello son: atorvastatina 20, 40 y 80 mg; simvastatina 40 mg; rosuvastatina 5, 10 y 20 mg y pitavastatina 2 y 4 mg. El siguiente paso consistió en valorar las comorbilidades, en este caso la situación de prediabetes y la ERC, por lo que, finalmente decidimos iniciar pitavastatina 2 mg ya que es la estatina de menos potencial diabético y recomendada en insuficiencia renal crónica.

**Diagnóstico diferencial:** Dislipemia primaria. Hipotiroidismo. Disglucosis secundaria a fármacos.

**Comentario final:** Atención Primaria es el principal escenario para el control del riesgo cardiovascular. Debemos en primer lugar definir a nuestro paciente como de riesgo vascular alto por el diagnóstico de SM e IRC, descartando arterioesclerosis subclínica. La elección de la estatina debe priorizarse en función de los objetivos de control de c-LDL y del descenso en porcentaje que nos proporcionan las diferentes estatinas y sus dosis, sin olvidar las comorbilidades del paciente.

### Bibliografía

1. Serra-Majem L, Bautista-Castaño I. Etiology of obesity: two “key issues” and other emerging factors. *Nutr Hosp*. 2013;5:32-43.
2. Esser N, Legrand-Poels S, Scheen AJ, et al. Inflammation as a link between obesity, metabolic syndrome and type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2014;105(2):141-50.

3. Honorato AS, Bando E, Machinski Jr M. Anthropometric, lipid and glycemic profiles in adolescents of a philanthropic institution in the northwest of Paraná. *Bras Patol Med Lab.* 2010;46:7-15.

**Palabras clave:** Síndrome metabólico. Enfermedad renal crónica. Estatinas.