

Colesterol i risc coronari

Guies de pràctica clínica

Material docent



Institut Català
de la Salut

Colesterol i risc coronari

Autors

- Baena Díez, José Miguel, metge de família. **CAP La Marina Barcelona**
- Barceló Colomer, Estrella, farmacòloga. **SAP Muntanya Barcelona**
- Ciurana Misol, Ramon, metge de família. **CAP La Mina. Sant Adrià de Besòs**
- Franzi Sisó, Alícia, farmacèutica. **SAP Sabadell-Rubí-Sant Cugat-Terrassa**
- García Cerdán, M. Rosa, diplomada d'infermeria. **CAP Camps Blancs. Sant Boi de Llobregat**
- Ríos Rodríguez, M. Ángeles diplomada d'infermeria. **CAP Camps Blancs. Sant Boi de Llobregat**
- Ramos Blanes, Rafael, metge de família. **CAP Salt. Salt**
- Solanas Saura, Pascual, metge de família. **EAP Girona 3. CAP Montilivi Girona**
- Vilaseca Canals, Jordi, metge de família. **EAP Sant Josep. CAP Just Oliveras. L'Hospitalet de Llobregat**

Colesterol i risc coronari

Definició i diagnòstic

- En **prevenció primària (PP)**, a efecte de registre, la hipercolesterolèmia es defineix com un colesterol total (CT) ≥ 250 mg/dl (6,5 mmol/l). No obstant això, xifres de CT ≥ 200 mg/dl ja poden condicionar intervencions terapèutiques, si coexisteixen amb altres factors de risc cardiovascular (RC). Aquesta Guia recomana el càlcul del risc coronari amb les taules REGICOR.
- En **prevenció secundària (PS)**, la hipercolesterolèmia es defineix com un colesterol LDL (cLDL) ≥ 100 mg/dl (2,6 mmol/l).
- El diagnòstic d'hipercolesterolèmia es duu a terme fent la mitjana de dues determinacions obtingudes en un interval d'1-8 setmanes.

Colesterol i risc coronari

Cribratge de la hipercolesterolèmia

Població diana*

En prevenció secundària:

- Tots els pacients amb evidència de malaltia cardiovascular arterioscleròtica simptomàtica.

En prevenció primària:

- Homes de 35** anys a 74 anys.
- Dones de 45** anys a 74 anys.

Eina de cribratge

En prevenció primària: cal determinar el CT.

En prevenció secundària: cal determinar el perfil lipídic.

* Població atesa.

** Abans d'aquesta edat es recomana disposar, almenys, d'una determinació del CT.

Colesterol i risc coronari

Cribratge de la hipercolesterolèmia

Periodicitat del cribratge

En prevenció primària:

- Si el CT és < 200 mg/dl (5,17 mmol/l), la seva determinació ha de ser cada 5 anys (en el cas de diabetis *mellitus*, cal un perfil lipídic anual). D
- En els pacients amb el CT > 200 mg/dl, cLDL < 240 mg/dl i l'RC < 10 %, el cribratge s'ha de fer, almenys, cada 5 anys, segons criteri mèdic. D

En prevenció secundària:

- Es recomana determinar el cLDL de forma anual. B

Colesterol i risc coronari

Nivells d'evidència

Nivell	L'evidència científica prové de
1++	Metanàlisis, revisions sistemàtiques d'assajos clínics controlats aleatoris (ACCA) o d'ACCA amb un risc molt baix de tenir biaixos, de gran qualitat.
1+	Metaanàlisis, revisions sistemàtiques d'assajos clínics controlats aleatoris (ACCA) o de ACCA amb un baix risc de tenir biaixos, ben realitzats.
1-	Metaanàlisis, revisions sistemàtiques d'assajos clínics controlats aleatoris (ACCA) o de ACCA amb un baix alt de tenir biaixos.
2++	Revisions sistemàtiques de gran qualitat d'estudis de cohorts o cas-control Estudis de cohorts o cas-control de gran qualitat amb risc molt baix de tenir biaixos per factors de confusió o atzar i amb altes probabilitats de que la relació sigui causal
2+	Estudis de cohorts o cas-control ben realitzats amb baix risc de tenir biaixos per factors de confusió o atzar i amb moderades probabilitats que la relació sigui causal
2-	Estudis de cohorts o cas-control amb alt risc de tenir biaixos per factors de confusió o atzar i un risc significatiu que la relació no sigui causal
3	Estudis no analítics (estudis descriptius no experimentals ben dissenyats, series de casos...)
4	Opinions d'experts

Adaptat de l'*Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Methodology Review Group. Report on the review of the method of grading guideline recommendations. Edinburgh: SIGN; 1999.*

Colesterol i risc coronari

Grau de les recomanacions

Grau	Recomanació
A	Requereix almenys una metaanàlisi, revisió sistemàtica o assaig clínic controlat aleatori classificat com a 1++ que sigui aplicable a la població diana o una revisió sistemàtica d'ACC o una evidència basada en estudis classificats com a 1+, aplicables a la població diana que mostrin una consistència global en els resultats.
B	Requereix disposar d'estudis classificats com a 2++ aplicables a la població diana que mostrin una consistència global en els resultats o extrapolacions de la evidència de estudis classificats com a 1++ o 1+.
C	Requereix disposar d'evidència obtinguda d'estudis classificats com a 2+ aplicables a la població diana que mostrin una consistència global en els resultats o evidència extrapolada d'estudis classificats com a 2++
D	Nivell d'evidència 3 o 4; o evidència extrapolada d'estudis classificats com a 2+

Adaptat de l'*Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Methodology Review Group. Report on the review of the method of grading guideline recommendations. Edinburgh: SIGN; 1999.*

Colesterol i risc coronari

Determinació de lípids: condicions per a la recollida de mostres

1. El pacient ha de mantenir l'estil de vida habitual (dieta, pes, exercici) en les últimes 3 setmanes.
2. Cal que dejuni de 12 a 14 hores (és imprescindible per a la valoració dels triglicèrids [TG]), durant les quals pot beure aigua o begudes acalòriques.
3. Cal que eviti de fer exercici 3 hores abans de l'extracció de sang.
4. En el procés d'extracció de sang, el pacient ha d'estar assegut. Cal evitar l'estasi venosa perllongada.
5. En els pacients que han patit un infart agut de miocardi (IAM) o altres síndromes isquèmiques agudes, les concentracions de lipoproteïnes, mesurades durant les primeres 24 h d'aparició de la malaltia, són representatives de les xifres habituals.
6. Cal retardar l'extracció fins a 3 setmanes després d'una malaltia lleu o d'un canvi dietètic recent (vacances, Nadal, dietes d'aprimament) i fins a, almenys, 3 mesos després d'una malaltia greu (cirurgia major o episodi agut cardiovascular aterotrombòtic).
7. Cal suspendre els fàrmacs que no siguin estrictament necessaris, si afecten el metabolisme lipídic.
8. En l'avaluació del pacient dislipèmic tractat i no catalogat, caldrà suspendre la medicació hipolipemiant sis setmanes abans de la valoració analítica (8 setmanes, si són fibrats) i mantenir la mateixa dieta.

Colesterol i risc coronari

Causes freqüents d'hipercolesterolèmia que cal considerar

Elevació del colesterol total

- Consum excessiu de greix saturat i/o colesterol.
- Causes genètiques:
 - hipercolesterolèmia poligènica.
 - hipercolesterolèmia familiar.
- Causes secundàries:
 - hipotiroïdisme.
 - colèstasi.
 - síndrome nefròtica.

Colesterol i risc coronari

Causes freqüents d'hipercolesterolèmia que cal considerar

Elevació dels triglicèrids o del colesterol total + triglicèrids

- Consum excessiu de calories.
- Consum excessiu d'alcohol.
- Causes secundàries:
 - diabetis *mellitus*.
 - fàrmacs (estrògens, corticoides, retinoides, inhibidors de la proteasa, antipsicòtics atípics).
- Causes genètiques:
 - hiperlipèmia familiar combinada
 - hipertrigliceridèmia familiar
 - disbetalipoproteïnèmia

Colesterol i risc coronari

Criteris diagnòstics de la hipercolesterolèmia familiar heterozigòtica

Programa “Make Early Diagnosis to Prevent Early Death” (MEDPED) *Familial hypercholesterolaemia (FH).*
Report of a second WHO Consultation. Geneva: WHO; 1999.

Antecedents familiars	Punts
I. Familiar de primer grau amb malaltia cardiovascular precoç (< 55 anys en homes i 60, en dones) i/o familiar de primer grau amb cLDL > P-95 (cLDL ≥ 210 mg/dl).	1
II. Familiar de primer grau amb xantomes i/o arc corneal i/o nen menor de 18 anys amb cLDL > P-95 (cLDL ≥ 150 mg/dl).	2
Antecedents personals	Punts
I. Cardiopatia isquèmica precoç (< 55 anys en homes i 60, en dones).	2
II. Altres malalties vasculars isquèmiques d'aparició precoç (malaltia vascular cerebral o arteriopatia perifèrica).	1
Examen físic	Punts
I. Xantomes tendinosos	6
II. Arc corneal (< 45 anys)	4
Estudi de laboratori (anàlisi en dejú amb triglicèrids < 200 mg//dl)	Punts
I. cLDL > 330 mg/dl.	8
II. cLDL 250-329 mg/dl.	5
III. cLDL 190-249 mg/dl.	3
IV. cLDL 155-189 mg/dl.	1
Anàlisi genètica	Punts
I. Mutació del gen receptor de l'LDL.	8

P-95: percentil 95

Diagnòstic d'hipercolesterolèmia familiar: cert: ≥ 8 punts; probable: 6-7 punts; possible: 3-5 punts

Colesterol i risc coronari

Tractament

- Es fonamenta en l'adopció d'uns **models d'estil de vida saludable** i en l'ús de fàrmacs, si estan indicats.
- En **prevenció primària**, la mesura de l'RC permet decidir l'inici del tractament farmacològic de la hipercolesterolèmia.
- En **prevenció secundària**, es recomana tractament farmacològic amb estatines si el cLDL és ≥ 100 mg/dl. Aquest tipus de prevenció ha de ser considerat una prioritat absoluta.
- El tractament hipolipemiant s'ha d'acompanyar d'altres mesures terapèutiques.

Colesterol i risc coronari

Recomanacions per a un estil de vida saludable

1. Eviteu de fumar **A**
2. Seguiu una dieta de tipus mediterrani **B**
3. Feu una dieta hipocalòrica en casos de sobrepès o obesitat **D**
4. Reduïu el consum de greixos saturats i colesterol, i incrementeu el de greixos monoinsaturats. **A**
5. Consumiu peix almenys 3 dies a la setmana, especialment peix blau pel seu contingut d'àcids grassos poliinsaturats omega-3 **B**
6. Consumiu diàriament aliments amb un contingut alt de fibra (25 g - 30 g/dia) **B**
7. Consumiu entre una i cinc racions de fruita seca a la setmana (una ració són 25 g, pes net, sense closca) en substitució de greixos saturats **A**
8. Limiteu la quantitat d'ous a un màxim de 3 a la setmana **D**
9. Feu exercici físic aeròbic d'una intensitat moderada (podeu caminar, fer natació, pujar escales, ballar...). **B**
10. L'alcohol, el podeu consumir amb moderació durant els àpats (< 30 g/dia, els homes i < 20 g/dia, les dones), si no està contraindicat. **B**

Colesterol i risc coronari

Tractament farmacològic hipolipemiant.

Indicació	Tractament d'elecció*
<ul style="list-style-type: none">▪ PS i cLDL \geq 100 mg/dl▪ PP, cLDL \geq 130 mg/dl i RC (REGICOR) \geq 10% en 10 anys▪ cLDL > 240 mg/dl	<ul style="list-style-type: none">▪ Simvastatina: 10 mg – 40 mg /24 h ○▪ Pravastatina: 20 mg –40 mg /24 h ○▪ Lovastatina: 20 mg – 40 mg/24 h
<ul style="list-style-type: none">▪ Fracàs terapèutic amb simvastatina 40 mg**	<ul style="list-style-type: none">▪ Atorvastatina 40 mg – 80 mg/24 h
<ul style="list-style-type: none">▪ HTG amb risc de pancreatitis (TG > 1.000 mg/dl).▪ TG > 500 mg/dl després de tract. higienodietètic, durant 3-6 mesos.▪ PP, RC (REGICOR) \geq 10 % en 10 anys i dislipèmia mixta amb HTG predominant.▪ Disbetalipoproteinèmia o HFC.	<ul style="list-style-type: none">▪ Gemfibrozil 600 mg/12 h
<p>Aclariments: * Per a la simvastatina i la pravastatina es disposa de més proves d'eficàcia clínica sobre morbimortalitat coronària. La simvastatina 40 mg/24 h té una major eficàcia hipolipemiant que la lovastatina o la pravastatina (40 mg/24 h). Si la reducció obtinguda és inferior a la reducció mitjana esperada, cal considerar la falta de compliment terapèutic.</p> <p>**Per aconseguir l'objectiu terapèutic, en prevenció secundària, en el cas de pacients que no l'aconsegueixin amb la simvastatina 40 mg/24 h, es pot fer servir l'atorvastatina 40-80 mg/24 h. Aquesta recomanació està basada en la major capacitat de l'atorvastatina en la reducció del colesterol LDL i de la morbiditat coronària, però no s'ha demostrat millora en la mortalitat coronària o total, respecte de la simvastatina.</p>	

Colesterol i risc coronari

Característiques de les estatines.

Estatina	Dosi habitual en prevenció cardiovascular (mg/dia)	Aliments	Excreció renal	Reducció de la dosi en insuficiència renal (IR) moderada
Lovastatina	20 - 40	Augmenta l'absorció. Cal administrar-la amb el sopar	10 %	No
Simvastatina	10 - 40	No afecta l'absorció. Cal administrar-la amb el sopar	13 %	No
Pravastatina	20 - 40	Pot reduir l'absorció. Cal administrar-la abans de sopar	20%	No
Fluvastatina	20 - 80	No afecta l'absorció. Cal administrar-la amb el sopar	6 %	No
Atorvastatina	10 - 40	No afecta l'absorció. Es pot administrar a qualsevol hora	2 %	No

Efectes adversos:

Digestius: són els més freqüents amb una incidència de l'1 % - 10 % (dolor abdominal, restrenyiment, diarrea, nàusees, vòmits).

Sistema nerviós central (SNC): cefalees (incidència < 8 %); en menor freqüència (incidència < 1 %): fatiga, falta de concentració, vertigen, insomni.

Hepatotoxicitat: és l'efecte advers greu més freqüent amb una incidència del 0,5 % - 2 %. Es recomana monitorar l'ALT abans del tractament i en els controls periòdics. En pacients amb dosis màximes es recomana fer-ho abans d'ajustar la dosi, als 3 mesos i després, periòdicament, durant el primer any. S'ha de suspendre el tractament si els valors normals de les transaminases es tripliquen o persisteixen elevats.

Alteracions musculoesquelètiques: miàlgies (2 % - 7 %), miopatia (0,1 % - 0,5 %), rabdomiòlisi (0,04 % - 0,2 %). Cal determinar els nivells de creatina fosfocinasa (CK) si existeixen símptomes persistents de miàlgia i debilitat muscular (valors de CK d'almenys 10 vegades els valors normals obliguen a interrompre el tractament). La rabdomiòlisi amb insuficiència renal aguda és l'efecte secundari més greu.

Genitourinàries: disfunció erèctil, alteració de la libido (incidència < 1 %).

Pell: erupció (incidència < 1 %).

Altres (incidència < 1%): neuropatia perifèrica, vasculitis, lupus eritematós sistèmic.

Contraindicacions:

Embaràs, lactància i infants. S'han emprat en adolescents amb hiperlipèmies familiars (a partir dels 10 anys en nens i de les primeres menstruacions en nenes).

Malaltia hepàtica activa i colèstasi (cal precaució si hi ha història d'hepatopatia).

Colesterol i risc coronari

Interaccions farmacològiques de les estatines

	LOV	SIMV	PRA	FLUV	ATOR	Conseqüència
Fibrats	X	X	X	X	X	Augmenta el risc de miopatia o rabdomiòlisi (cal monitorar els nivells de CK, si existeixen símptomes de miopatia: miàlgia, debilitat muscular).
Macròlids (eritromicina, claritromicina)	X	X	!	X	X	
Telitromicina	X	X	-	-	X	
Ciclosporina	X	X	X	X	X	
Antifúngics (ketoconazole, itraconazole)	X	X	-	-	X	
Inhibidors de la proteasa (aprenavir, indinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir)	X	X	-	-	X	
Diltiazem Verapamil	X	X	-	-	X	
Amiodarona	X	X	-	-	X	
Digoxina	!	X	-	X	X	Pot augmentar els nivells de digoxina (cal monitorar els nivells de digoxina).
Anticoagulants orals	X	X	-	X	X	Augmenta el risc de sagnat (cal avançar el control de coagulació).
Resines	X	X	X	X	X	Reducció de l'efectivitat de l'estatina (cal administrar-la una hora abans o 4 hores després).

X: interacció; !: precaució; -: no interacció

Colesterol i risc coronari

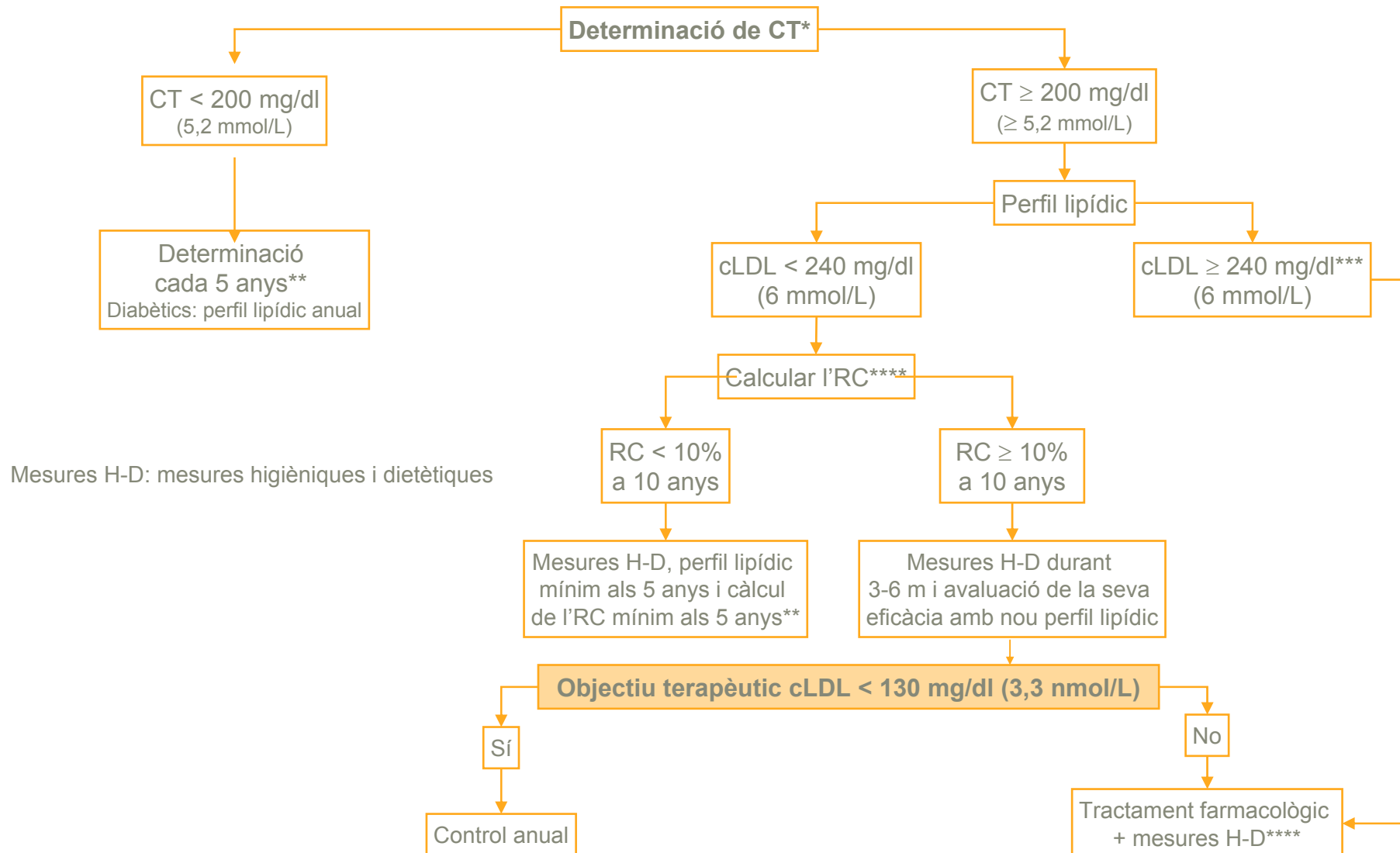
Tractament i objectiu terapèutic*

	Control del cLDL mg/dl (mmol/l)	
	Bon control	Mal control
Prevençió primària: risc coronari > 10 %	< 130 (3, 4) D	≥ 130 (3, 4) D
Prevençió secundària (i diabètics amb nefropatia)	< 100 (2, 6) B	≥ 100 (2, 6) B

* Si hi ha hipertrigliceridèmia, especialment si hi ha TG ≥ 400 mg/dl, s'ha d'utilitzar el colesterol no-HDL (colesterol no-HDL= CT – cHDL). Els valors de control són, en prevençió primària, < 160 mg/dl i, en prevençió secundària, < 130 mg/dl.

Colesterol i risc coronari

Abordatge en prevenció primària



Colesterol i risc coronari

Observacions a l'algorisme

- * En els pacients fumadors, el consell i tractament per deixar de fumar és prioritari al cribratge, diagnòstic i tractament de la hipercolesterolèmia.
- ** Cal individualitzar, segons la proximitat al llindar del risc elevat, la coexistència d'altres factors de risc cardiovascular (FRCV) o canvis en l'estil de vida.
- *** En cLDL inicial ≥ 240 mg/dl (6 mmol/l), cal descartar una hipercolesterolèmia secundària.
- **** Diabètics: en el cas de diabètics amb nefropatia, es recomana tractament farmacològic si el cLDL és ≥ 100 mg/dl (2,6 mmol/l), independentment del risc coronari. En aquests casos, l'objectiu terapèutic és un cLDL < 100 mg/dl (2,6 mmol/l).

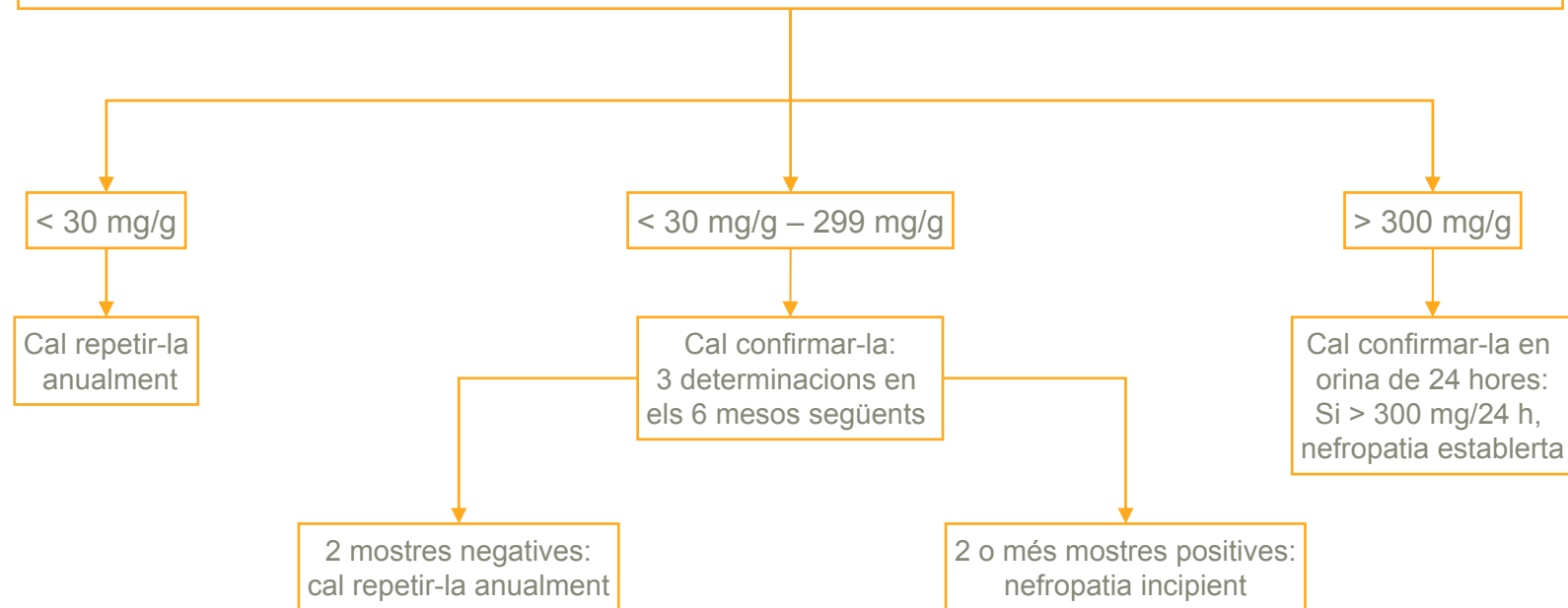
Colesterol i risc coronari

Criteris diagnòstics de microalbuminúria

Es recomana dur a terme la determinació de microalbuminúria fent el quocient albúmina/creatinina (*)

Es recomana la detecció de la microalbuminúria en les circumstàncies següents:

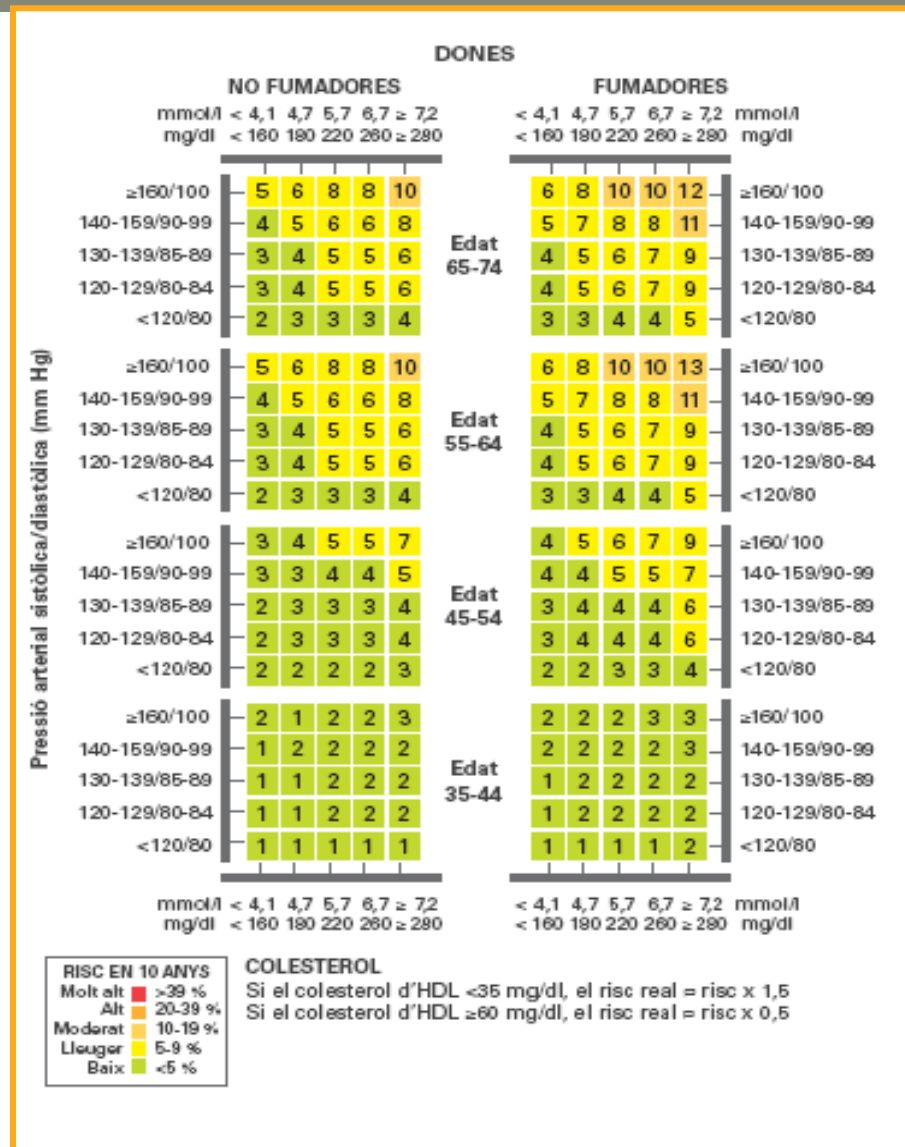
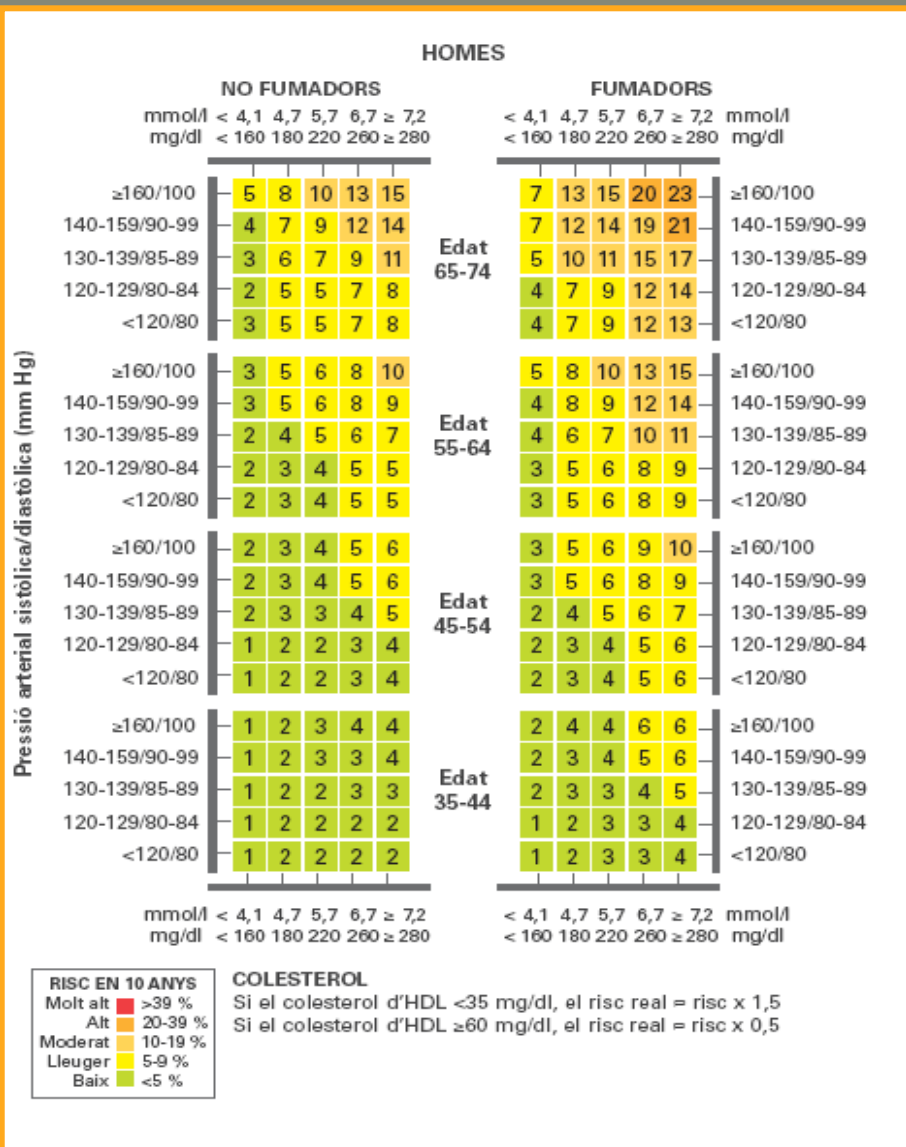
- Diabetis *mellitus* tipus 1, a partir de 5 anys d'evolució
- Diabetis *mellitus* tipus 2, en el moment del diagnòstic inicial



(*) Poden produir-se falsos positius després d'un exercici intens fet durant les 24 hores prèvies a la determinació i en cas d'infecció, febre, insuficiència cardíaca congestiva, marcada hiperglicèmia, hipertensió greu, piúria o hematúria.

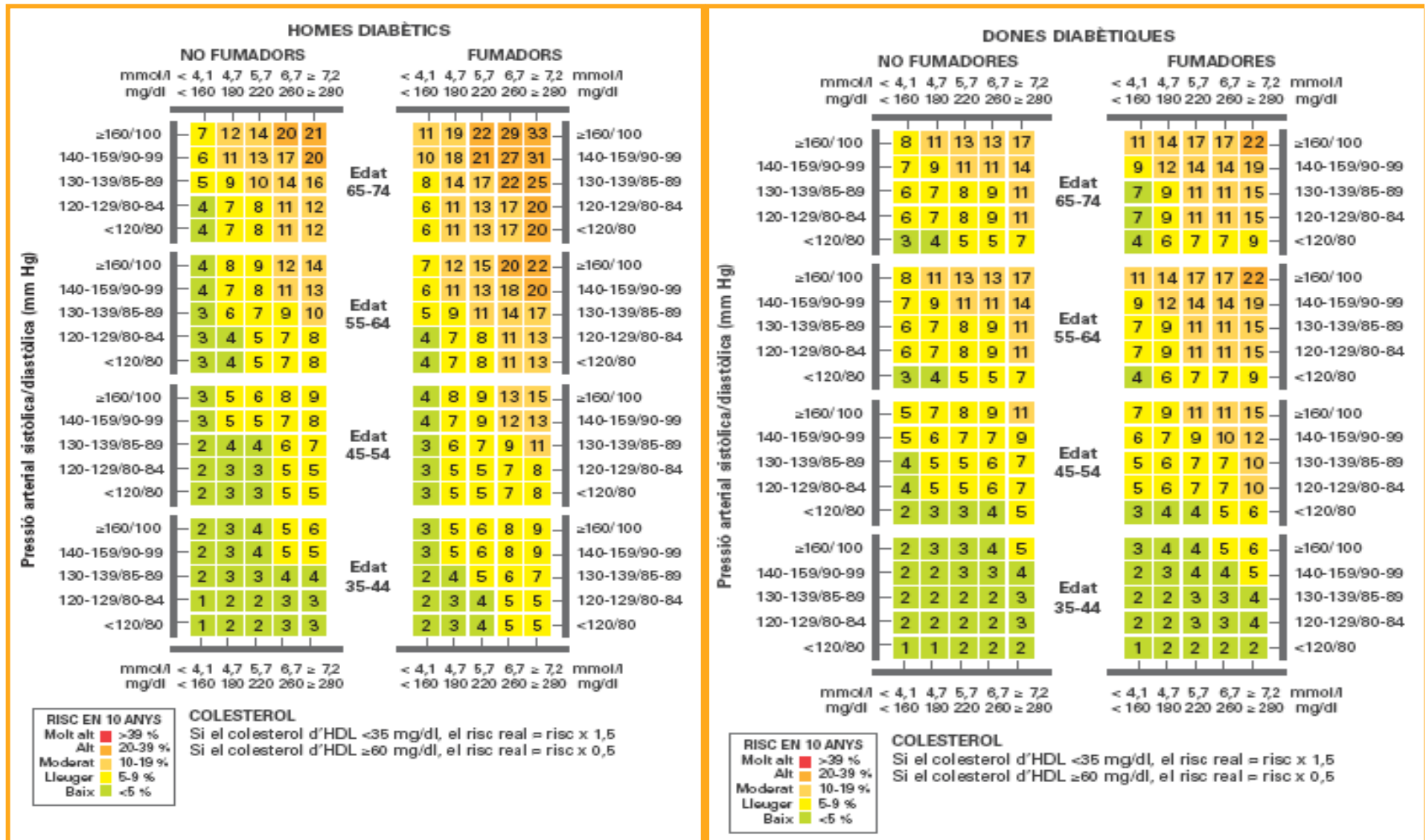
Colesterol i risc coronari

Taules REGICOR. Homes i dones



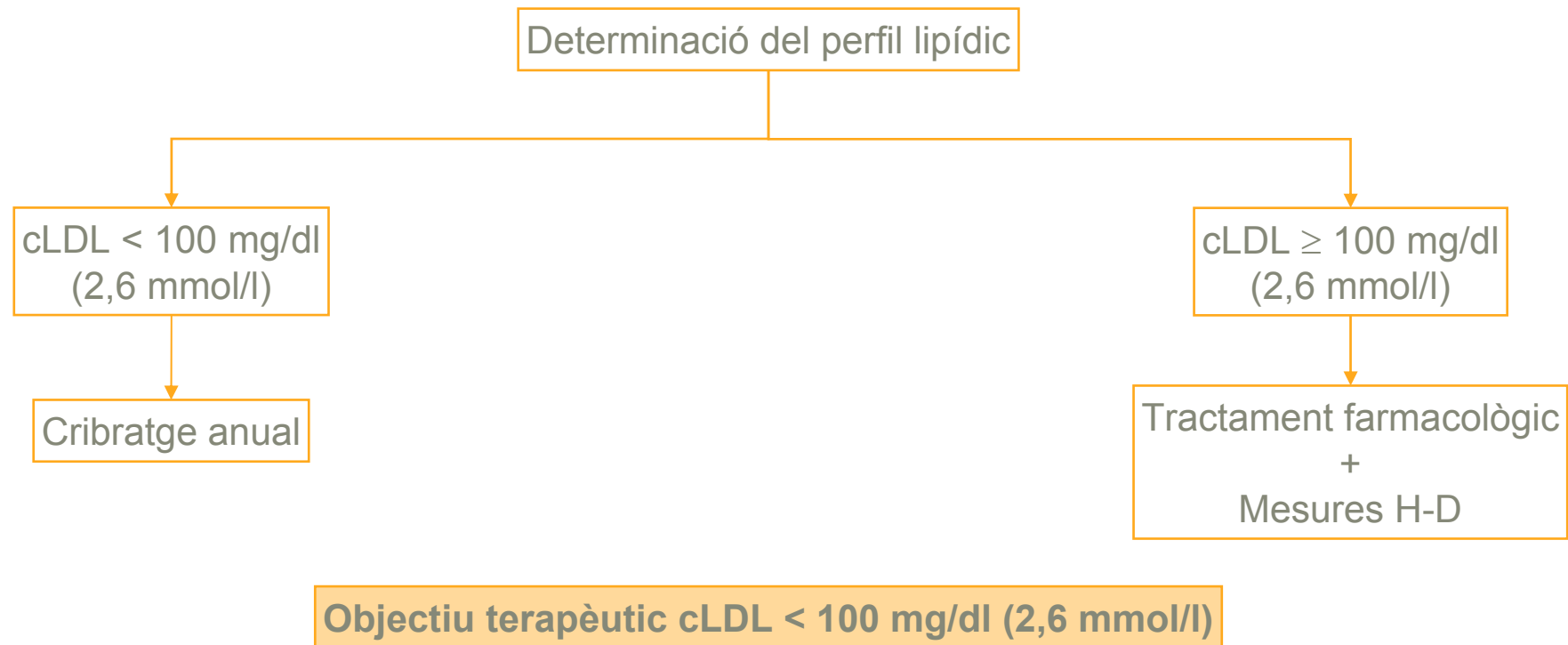
Colesterol i risc coronari

Taules REGICOR. Homes i dones diabètics



Colesterol i risc coronari

Abordatge en prevenció secundària*



(*) Cardiopatia isquèmica, arteriopatia isquèmica d'extremitats inferiors i malaltia cardiovascular isquèmica

Mesures H-D: mesures higièniques i dietètiques

Colesterol i risc coronari

Recomanacions en prevenció secundària*. (I)

Condicció (<i>Objectius en cursiva</i>)	Intervencions recomanades i grau de recomanació
<ul style="list-style-type: none">▪ Tabac <i>(Objectiu: que el pacient deixi de fumar)</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Interrogatori i consell; cal valorar l'ús de substituïts de la nicotina A
<ul style="list-style-type: none">▪ Antiagregants plaquetaris	<ul style="list-style-type: none">▪ S'ha d'utilitzar l'àcid acetilsalicílic (100 mg/dia); en cas de contraindicació, clopidogrel (75 mg/dia) A
<ul style="list-style-type: none">▪ BloCADORS β-adrenèrgics	<ul style="list-style-type: none">▪ Cal iniciar el tractament i continuar-lo indefinidament en pacients amb antecedents d'infart de miocardi, angina o disfunció ventricular esquerra, amb símptomes d'insuficiència cardíaca o sense, sempre que no estigui contraindicat. A
<ul style="list-style-type: none">▪ Pressió arterial <i>Objectiu: <140/90 mm/Hg o <130/80 mm/Hg (si hi ha diabetis mellitus [DM] o insuficiència renal crònica).</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Mesures higienicodietètiques i/o ús de fàrmacs antihipertensius (d'elecció, bloCADORS β-adrenèrgics i inhibidors de l'enzim conversiu de l'angiotensina [IECA]). A
<ul style="list-style-type: none">▪ Tractament hipolipemiant <i>Objectiu: cLDL < 100 mg/dl.</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Canvis en l'estil de vida (evitar de fumar, fer exercici, alimentar-se adequadament, controlar-se el pes). B▪ Inici del tractament farmacològic, si cLDL és \geq 100 mg/dl. A

(*) Pacients amb malaltia coronària establerta i/o altres malalties vasculars arterioescleròtiques, incloent-hi la malaltia arterial perifèrica, l'accident vascular cerebral isquèmic i la malaltia arterioescleròtica de l'aorta i de la caròtida.

Colesterol i risc coronari

Recomanacions en prevenció secundària. (II)

Condicció (<i>Objectius en cursiva</i>)	Intervencions recomanades i grau de recomanació
<ul style="list-style-type: none">▪ Activitat física <i>Objectiu: 30 minuts, 7 dies a la setmana (mínim, 5 dies a la setmana).</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Cal valorar el risc individual de l'activitat física per la història clínica i/o fent una prova d'esforç abans de prescriure-la. B▪ S'ha de recomanar a tots els pacients de 30 minuts a 60 minuts d'activitat aeròbica d'intensitat moderada com, per exemple, caminar una mica ràpid, el major nombre possible de dies de la setmana (preferiblement, tots). També, que incloguin l'activitat física en les activitats quotidianes (cuidar un jardí, pujar algunes escales...). B▪ Cal facilitar programes d'exercici supervisat als pacients amb un risc elevat (síndrome coronària aguda o revascularització recents, insuficiència cardíaca). B
<ul style="list-style-type: none">▪ Control del pes <i>Objectiu: el pacient ha de mantenir un IMC* entre 18,5 kg/m² i 24,9 kg/m² i un perímetre abdominal < 102 cm, els homes, i < 88 cm, les dones.</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Cal que iniciïn canvis d'estil de vida i dieta hipocalòrica, si l'IMC és > 24,9 o el perímetre abdominal és ≥ 102 cm, en el cas dels homes, i ≥ 88 cm, en el de les dones. B▪ El primer objectiu de la pèrdua de pes ha de ser disminuir el 10 % del pes inicial del pacient, en un període aproximat de 6 mesos. B Si s'aconsegueix, es poden plantejar objectius addicionals.

(*) Índex de massa corporal

Colesterol i risc coronari

Recomanacions en prevenció secundària. (III)

Condicció (<i>Objectius en cursiva</i>)	Intervencions recomanades i grau de recomanació
▪ IECA	<ul style="list-style-type: none">▪ Cal iniciar i continuar, de forma indefinida, el tractament amb IECA en cas d'antecedent d'infart de miocardi, independentment de la funció ventricular, si no existeix contraindicació. Es recomana ramipril (5 mg/12 h) o enalapril (10 mg/12 h), (**). A▪ Cal utilitzar un antagonista dels receptors de l'angiotensina II (ARA-II), losartan 50 mg/24 h, si els IECA estan contraindicats. C
▪ Vacunes (grip, pneumococ)	<ul style="list-style-type: none">▪ Vacunació anual de la grip. B▪ Vacunació antipneumocòccica (en una ocasió). B

(**) Per millorar el compliment, es pot administrar la dosi total en una sola dosi diària.

Extret de: Smith SC, Allen J, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Fonarow GC et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circulation* 2006;113:2363-72.

Colesterol i risc coronari

Reduccions mitjanes de colesterol LDL per assolir objectius terapèutics

cLDL	OBJECTIU: 130 mg/dl	OBJECTIU: 100 mg/dl
300 mg/dl	↓ 56 %	↓ 66 %
290 mg/dl	↓ 55 %	↓ 65 %
280 mg/dl	↓ 53 %	↓ 64 %
270 mg/dl	↓ 51 %	↓ 62 %
260 mg/dl	↓ 50 %	↓ 61 %
250 mg/dl	↓ 48 %	↓ 60 %
240 mg/dl	↓ 45 %	↓ 58 %
230 mg/dl	↓ 43 %	↓ 56 %
220 mg/dl	↓ 40 %	↓ 54 %
210 mg/dl	↓ 38 %	↓ 52 %
200 mg/dl	↓ 35 %	↓ 50 %
190 mg/dl	↓ 31 %	↓ 47 %
180 mg/dl	↓ 27 %	↓ 44 %
170 mg/dl	↓ 23 %	↓ 41 %
160 mg/dl	↓ 18 %	↓ 37 %
150 mg/dl	↓ 13 %	↓ 33 %
140 mg/dl	↓ 7 %	↓ 28 %
130 mg/dl	-	↓ 23 %
120 mg/dl	-	↓ 16 %

En ombrejat, els objectius presumiblement assolibles amb monoteràpia.

Colesterol i risc coronari

Descensos previsibles del colesterol LDL amb diverses dosis d'estatines

ESTATINA	27 %	34 %	41 %	48 %	55 %
Pravastatina	20 mg	40 mg			
Lovastatina	20 mg	40 mg			
Simvastatina	10 mg	20 mg	40 mg		
Atorvastatina				40 mg	80 mg

Colesterol i risc coronari

Seguiment

- El seguiment d'aquests pacients és una responsabilitat bàsica del personal d'infermeria.
- Segons l'evolució i l'aparició d'altres factors de risc, s'ha de fer la derivació al metge de família, per iniciar el tractament farmacològic i/o ajustar-ne les dosis.
- Es recomana un control mínim anual. Cal augmentar la freqüència dels controls segons les característiques de cada cas (tipus de dislipèmia, tipus de prevenció, comorbiditat i tractament farmacològic).

Colesterol i risc coronari

Contingut dels controls

- **Educació sanitària**
 - Concepte de risc coronari i com es pot disminuir.
 - Fixació d'objectius terapèutics realistes.
- **Intervenció dietètica (dieta mediterrània) i promoció d'estils de vida saludables** (activitat física, consum d'alcohol, consell antitabàquic).
- **Adhesió al tractament i canvis dels estils de vida**
 - Els continguts de l'educació sanitària també poden administrar-se de forma grupal o com una activitat comunitària.
- **Proves analítiques de control**
 - Cada 2-12 mesos, depenent de la necessitat d'ajustar el tractament i de la comorbiditat. Determinació de la transaminasa glutamicopirúvica (GPT), si prenen estatines o fibrats (cal tenir una determinació prèvia a l'inici del tractament).
 - La determinació de la creatina-cinasa (CPK) s'ha de fer si apareixen miàlgies o si s'utilitzen associacions amb risc de miopatia. És necessari advertir els pacients d'aquest risc.
 - Si no s'aconsegueix l'objectiu terapèutic, cal doblar les dosis d'estatines (esperant un mínim de 8 setmanes) i fer controls analítics cada 3 mesos.

Colesterol i risc coronari

Criteris de derivació a endocrinologia o unitat de lípids

1. Escassa resposta a un tractament adequat i amb bon compliment, una vegada descartades les causes secundàries.
2. Sospita d'hipercolesterolèmia familiar, disbetalipoproteïnèmia, hiperlipèmia familiar combinada o síndromes d'hiperquilomicronèmia per confirmar el diagnòstic i establir el tractament.
3. Mal control de la dislipèmia associada a la insuficiència renal greu, l'hepatopatia crònica greu, els tractaments immunosupressors o l'embaràs.
4. Estudi de pacients amb cardiopatia isquèmica i sense factors de risc aparents.
5. Efectes secundaris o intolerància a múltiples fàrmacs hipolipemiants.