

guía ESC tratamiento dislipemias farmacoterapia

e.luengo@2011.SEC

ESC2011 grupos de riesgo

clase	incluye	LDLc
bajo riesgo	SCORE ₁₀ <1%	no hay umbral LDLc <i>medidas higiénicas</i>
moderado riesgo	SCORE ₁₀ =1...5% valorar también: historia familiar, obesidad, TG, HDL, (SM), actividad física, PCR, Lp(a), ApoB, fibrinógeno, homocisteína, factor social	LDLc<115mg/dL [IIa/C]
alto riesgo	SCORE ₁₀ =5...10% o un factor de riesgo severo: HTA Dislipemia genética	LDLc<100mg/dL [IIa/A]
muy alto riesgo	SCORE ₁₀ >10% o cualquier ECV documentada o intervenida o DM2 o DM1 con albuminuria o daño orgánico o ERC con filtrado glomerular <60mL/min	LDLc<70mg/dL o ↓ LDLc<50% del inicial [I/A]
ancianos	la edad es un marcador mayor de riesgo el tiempo de exposición al riesgo	
jóvenes	valoración del riesgo relativo el tiempo de exposición al riesgo	

ESC2011 tratamiento según riesgo y LDLc

SCORE ₁₀ % clase de riesgo	LDLc de inicio, mg/dL				
	<70	70...100	100...155	155...190	>190
<1 bajo riesgo					
1...5 moderado					
5...10 alto riesgo					
>10 muy alto					

ESC2011 tratamiento según riesgo y LDLc

SCORE ₁₀ % clase de riesgo	LDLc de inicio, mg/dL				
	<70	70...100	100...155	155...190	>190
<1 bajo riesgo					
1...5 moderado					
5...10 alto riesgo					
>10 muy alto					

estrategia de intervención

ninguna

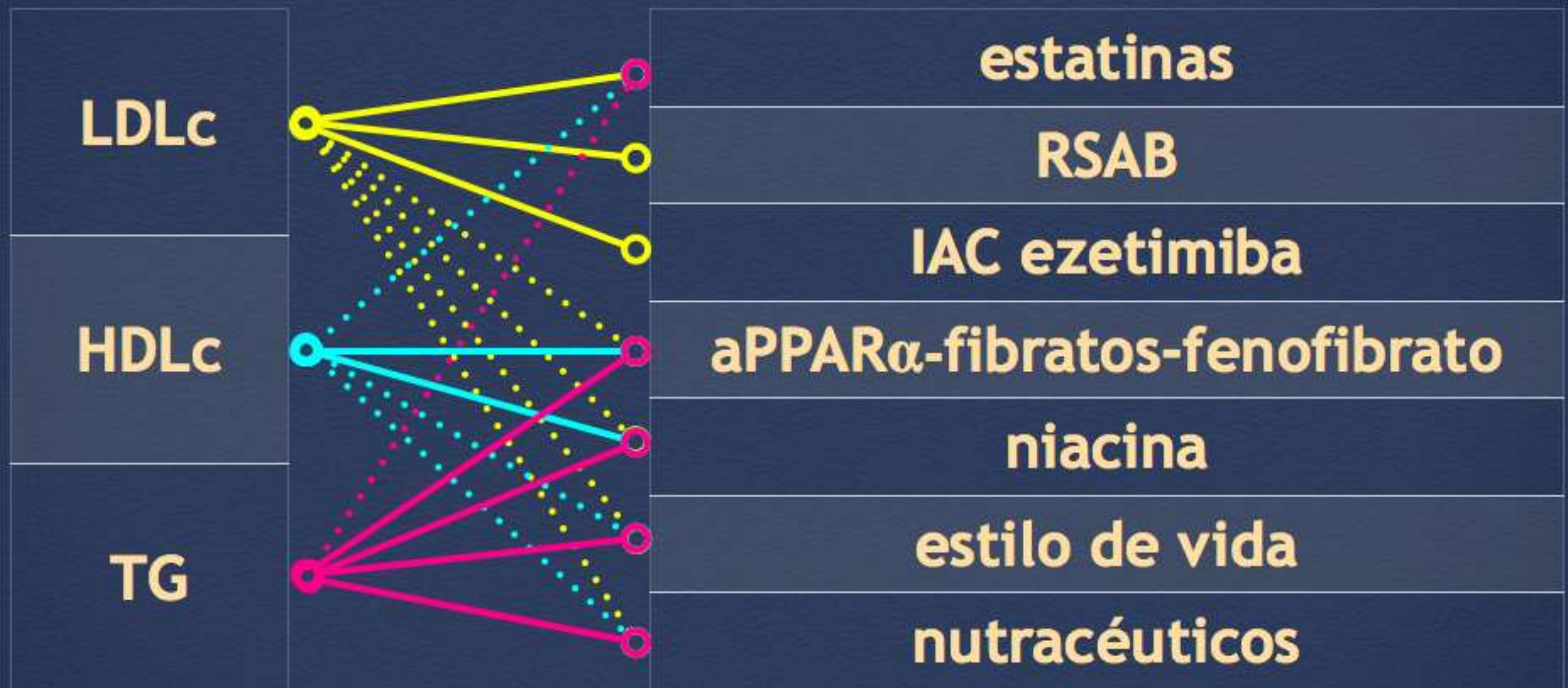
estilo de vida

estilo de vida + fármacos si no se controla LDLc

estilo de vida + considerar dar fármacos

estilo de vida + dar fármacos siempre

lípidos - herramientas



modulación del metabolismo lipídico

elementos claves



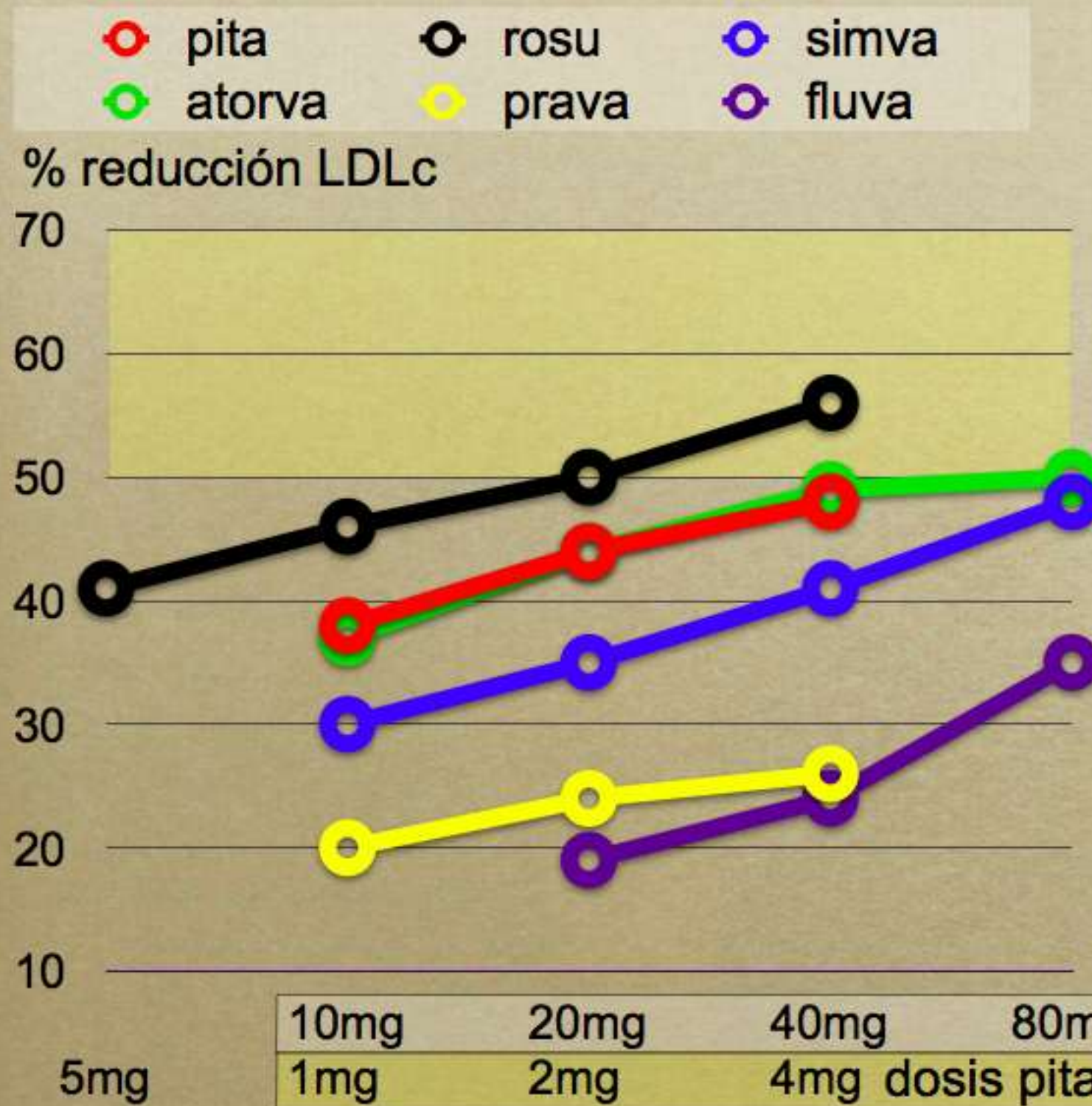
LDLc

estatina

tratar LDLc - secuencia general

paso	acción
1	calcular el riesgo del paciente (grupo de riesgo)
2	implicar al paciente en las decisiones de tratamiento del riesgo
3	identificar el LDLc objetivo a superar
4	calcular el porcentaje de reducción de LDLc plasmático necesaria
5	elegir una STA que pueda conseguir ese objetivo
6	titular la STA sucesivamente para superar el objetivo
7	si la STA no supera objetivo, considerar asociar otros fármacos a la STA

reducción LDLc según estatina y dosis



LDLc inicial	% reducción LDLc necesario para alcanzar...		
	70mg/dL	100mg/dL	115mg/dL
>240	>70	>60	>55
200-240	65-70	50-60	40-55
170-200	60-65	40-50	30-45
150-170	55-60	35-40	25-30
130-150	45-55	25-35	10-25
110-130	35-45	10-25	<10
90-110	22-35	<10	
79-90	<22		

adaptado de: Weng TC et al. J Clin Pharm Ther 2010;35:139-51

Muqtar RY et al. Int J Clin Pract 2005;59(2):239-52

Reiner Z, Catapano AL, de baker G, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: Addenda. Eur Heart J 2011;doi:10.1093/eurheartj/eh169

tratamiento LDLc - fármacos - evidencias

paso	acción	evidencia	esquema
1	prescribir STA titulándola hasta la dosis más alta recomendada o la más alta soportada por el paciente, para superar el objetivo adecuado	I/A	STA
2a	si se demuestra intolerancia , considerar la posibilidad de usar las resinas secuestradoras de ácidos biliares o la niacina	IIa/B	NIA/RSAB
2b	si existe intolerancia a STA considerar el uso de un inhibidor de la absorción asociado a los fármacos indicados en 2a	IIb/C	EZE+ NIA/RSAB
3	si no se alcanzan los objetivos LDLc necesarios considerar la asociación de una STA a un inhibidor de la absorción de colesterol o una RSAB.	IIb/C	STA+EZE

HDLc

es un factor protector

- transporte reverso colesterol
- antioxidante
- antiinflamatorio
- +

evidencias...

- de corrección **anatómica**
 - estudios de intervención
- de **morbimortalidad**
 - estudios epidemiológicos
 - escasa evidencia en intervención

su tratamiento

- variable: subfracciones HDL mejoradas son **dependientes del fármaco** usado
- mejores resultados cuanto menor el HDL inicial

tratamiento HDLc

- herramientas:
 - estilo de vida
 - fármacos
 - niacina
 - fibratos
 - estatinas

recomendación	evidencia	
la niacina DEBE plantearse como tratamiento porque es actualmente el tratamiento más eficaz	IIa/A	NIA
estatinas y fibratos PUEDEN plantearse, y ambos tienen una potencia parecida	IIb/B	STA/FIB
si el paciente es diabético tipo 2 , los fibratos tienen menor eficacia	IIb/B	FIB

elegir tratar cuando LDLc está tratado, y con riesgo persistente

TG

- factor de riesgo discutido
- marcador de riesgo en SM
- mayor relación con TG postprandial en SM
- la decisión de tratar HTG (+estilo de vida)
 - una vez descartadas causas secundarias de HTG
 - tras tratar LDLc adecuadamente (no prioridad de tto)

recomendación para pacientes de riesgo particularmente alto	sustancia	evidencia
tratamiento RECOMENDADO	fibratos	I/B
tratamiento A CONSIDERAR	niacina	IIa/B
	AG omega-3	IIa/B
	estatina+niacina	IIa/A
	estatina+fibrato	IIa/C
tratamiento que PUDIERA SER tomado en consideración	combinaciones con AG omega-3	IIb/C

dislipemias complejas

LDLc elevado, HDLc bajo, TG elevados

- | | |
|----------|--|
| 1 | DEBE considerarse el uso de una ESTATINA
la asociación con NIACINA puede considerarse
(riesgo de mala cumplimentación por efectos secundarios) |
| 2 | se puede considerar asociación de ESTATINA y FIBRATO
evitando el uso de gemfibrocilo |
| 3 | si hay HTG que la ESTATINA no controla (asociada a NIA o FIB), se puede
considerar asociar AG omega-3 |

guía ESC tratamiento dislipemias farmacoterapia

e.luengo@2011.SEC

preguntas

- ¿Es el poder reductor del LDLc el factor prioritario en la selección de la estatina?
- ¿Qué carencias identifica en el tratamiento de la dislipidemia?