

**Fernando Manzur Jattin, MD, FACC, FAHA<sup>1</sup>**

*“A propósito de la guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18 años”*

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LAS DISLIPIDEMIAS EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS**

Muñoz OM, Garcia AA, Fernandez D, Higuera A y cols. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18 años. *Acta Médica Colombiana*; (39) No.2 Suplemento 2, Abril-Junio 2014.

La aterosclerosis y sus complicaciones son la primera causa de morbi-mortalidad en el mundo, siendo la enfermedad isquémica coronaria su principal complicación y a la vez la primera causa de mortalidad a nivel mundial. Escenario en el que Colombia no es una excepción. Reconociendo lo anterior, resulta fundamental asegurar el más eficiente manejo de la enfermedad, con el objetivo de prevenir las complicaciones, secuelas y mortalidad relacionadas, buscando a la vez racionalizar el uso de los recursos. Bajo esta premisa, el Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano, encargó a la Pontificia Universidad Javeriana y a la Alianza CINETS conformada por las Universidades Javeriana, Nacional y Antioquia, el desarrollo de una “Guía clínica sobre la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18 años”. En la elaboración de dicha guía, también participaron activamente la Asociación Colombiana de Medicina Interna, la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, la Asociación Colombiana de Endocrinología, la Asociación Colombiana de Fisioterapia y el Centro Colombiano de Nutrición Integral.

El documento presenta recomendaciones para la buena práctica clínica, dichas recomendaciones se realizaron utilizando la metodología GRADE. La estructura y contenido del texto busca dar respuesta concisa y sencilla a preguntas específicas seleccionadas por su importancia clínica, logrando de esta manera servir de guía en la toma de decisiones a los profesionales de salud en Colombia.

A continuación se resumen las principales recomendaciones realizadas en la guía:

- **MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS**
  - **CAMBIOS TERAPEUTICOS EN EL ESTILO DE VIDA:** Tanto el ejercicio aeróbico como el de resistencia se asocian con disminución del colesterol LDL y de los triglicéridos, cambios que si bien fueron estadísticamente significativos,

---

<sup>1</sup> Especialista en Cardiología. Profesor Asociado Facultad de Medicina - Universidad de Cartagena. Investigador Líder y Director del Grupo de Investigaciones CIB - Universidad de Cartagena. Presidente de los Consejos Científicos de la Sociedad Interamericana de Cardiología.

no son clínicamente relevantes dado que se trata de una reducción mínima en estas cifras. Por otro lado, no hubo impacto de ninguna de las dietas evaluadas, ni de la consejería nutricional sobre niveles de las fracciones lipídicas, peso corporal y adherencia. A pesar de ello, por su potencial beneficio sobre otros desenlaces como hipertensión arterial, control del peso o control de las cifras de glucemia, se hicieron las siguientes recomendaciones a favor del ejercicio e intervenciones nutricionales:

- Actividad física.
  - Entre 150 y 300 min/semana de ejercicio físico de resistencia cardiovascular (caminata, el trote de suave a moderado, la bicicleta móvil o estática, la banda caminadora o elíptica, el baile, los aeróbicos y la natación) repartidos en 3 a 5 días a la semana, con intensidad de moderada a vigorosa.
  - Debe ser una actividad que esté al alcance de la persona todos los días y que no le signifique dificultades logísticas o económicas.
  - Es deseable la asesoría de un profesional de la salud con experiencia en la prescripción del ejercicio físico.
  - Debe iniciarse de manera progresiva, según el nivel de tolerancia y la respuesta individual de la persona, y deberán hacerse aumentos progresivos, tanto en carga (esfuerzo) como en duración y en frecuencia semanal.
- Intervenciones nutricionales:
- Consumo de dietas ricas en frutas (3 porciones al día), verduras (dos porciones al día), leguminosas y frutos secos.
  - Preferir el uso de cereales integrales como avena, arroz, pasta, pan y maíz, minimizando así el consumo de harinas refinadas.
  - Consumir 1 o 2 veces al día una porción de proteína de origen animal; preferiblemente, carnes blancas (pollo o pescado); carnes rojas dos veces a la semana, y carne de cerdo en sus cortes magros (pernil o lomo).
  - Limitar el aporte de ácidos grasos saturados
  - Aumentar el consumo de ácidos grasos monoinsaturados: aceites de oliva y de canola, aguacate y frutos secos (nueces, avellanas, pistachos y almendras).
  - Mantener  $IMC \geq 20$  y  $< 25$
  - Limitar la ingesta de jugos, especialmente los que tengan adición de azúcar
  - Utilizar edulcorantes no calóricos, como aspartame, acesulfame K, estevia o sucralosa.

NOTA: Si bien en la guía no se pretende presentar un compendio extenso de información clínica, es importante resaltar que en ella no se hizo mención de la evidencia disponible del control del tabaquismo, siendo este uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. De igual forma no se hicieron recomendaciones sobre el consumo de alcohol y por tanto de sus potenciales efectos en las fracciones lipídicas y riesgo cardiovascular. Representando lo anterior una de las limitaciones de la guía.

- **TAMIZADO**

- Medición en sangre venosa periférica en ayunas (8-12 horas) de CT, HDL, TG y cálculo de LDL mediante la fórmula de Friedewald cuando el valor de los TG es menor de 400 mg/dL, o medición directa si el valor de los TG es mayor de 400 mg/dL.
- No recomiendan de rutina la medición de lipoproteínas especiales o apolipoproteínas
- La edad de inicio de tamizaje en personas asintomáticas o sin factores de riesgo será 45 años para hombres y mujeres, o cualquier edad en mujeres posmenopáusicas.
- Hacer tamizaje, independientemente de la edad, en personas que tengan alguna de estas condiciones: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, enfermedad inflamatoria autoinmune (lupus eritematoso sistémico, psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, artritis reumatoide), aneurisma de aorta torácica, engrosamiento de la íntima carotídea, enfermedad renal crónica con depuración menor de 60 mL/min/1.73m<sup>2</sup>sc.
- Realizar tamizaje cada año a personas con perfil lipídico normal y que presenten algún factor de riesgo adicional o condiciones mencionadas en el punto anterior. Y cada dos años a personas con perfil lipídico normal y sin factores de riesgo adicionales.

- **EVALUACION DEL RIESGO CARDIO Y CEREBROVASCULAR**

- Realizar una evaluación clínica que determine la presencia de condiciones de alto riesgo (Historia de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, hipercolesterolemia con niveles de LDL mayores de 190 mg/dL, diabetes mellitus), con el objetivo de definir manejo de acuerdo al riesgo absoluto de presentar eventos cardio o cerebrovasculares a 10 años.
- La guía recomienda utilizar la escala de Framingham recalibrada para Colombia para clasificar el riesgo en población de prevención primaria o sin enfermedad cardiovascular clínicamente manifiesta. Sin embargo, un estudio realizado por Muñoz y colaboradores, que buscaba realizar validación externa de la función de riesgo de Framingham y PROCAM en población colombiana, evidenció que en pacientes de riesgo bajo e intermedio (quienes representan la mayor población), el número de eventos cardiovasculares predichos por la función de

riesgo de Framingham sobrestimó los observados (relación entre eventos esperados y observados de 1,31), con baja capacidad para separar los pacientes de bajo riesgo de los de alto riesgo. Por tanto, debería usarse con precaución en la población colombiana de riesgo bajo e intermedio. Por su parte, en este mismo estudio las ecuaciones de PROCAM ajustada por sexo mostró ser una mejor opción para estimar el riesgo de enfermedad cardiovascular dura en la población de estudio, por lo cual podría considerarse su aplicación en la población colombiana.

- Otros modelos de predicción como el SCORE y el propuesto en las guías ACC/AHA2013, no han sido validados en Colombia y es esperable que sobreestimen el riesgo, por lo que no son recomendables para ser utilizados en nuestro país.
- Las personas que tienen condiciones que por sí mismas implican un riesgo mayor, debe iniciarse manejo farmacológico. Por tanto, no es necesario utilizar tablas para cálculo de riesgo.
- No es aconsejable la medición rutinaria de niveles de proteína C reactiva (PCR), índice tobillo-brazo o índice de calcio, dado que no se ha demostrado la relación de costo-utilidad de estas mediciones.

- **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

- Estatinas (tabla 1)
  - Se recomienda el inicio de terapia con estatinas de alta intensidad en personas con alguna de estas condiciones:
    - Historia personal de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (prevención secundaria)
    - Nivel de colesterol LDL > 190 mg/dL.
    - DM tipo 2, mayores de 40 años, que tengan un factor de riesgo cardiovascular asociado y/o LDL > 70 mg/dL.
    - Estimación de riesgo cardiovascular > 10% a 10 años, según la escala de Framingham recalibrada para Colombia (el resultado del Framingham x 0,75).

NOTA: En personas mayores de 75 años el uso de estatinas de alta o de moderada intensidad será definido según el balance de riesgo-beneficio o la preferencia del paciente.

- Se recomienda el inicio de terapia con estatinas de moderada intensidad en personas con alguna de las siguientes condiciones:
  - DM tipo 2, mayores de 40 años, con LDL > 70 mg/dL y sin criterios de terapia intensiva.

- Nivel de colesterol LDL > 160 mg/dL. y/o Historia familiar (en primer grado de consanguinidad) de eventos cardiovasculares o cerebrovasculares ateroscleróticos tempranos (hombres menores de 55 años o mujeres menores de 65 años).

- Fibratos
  - Se sugiere su uso en hipertrigliceridemia  $\geq 500$  mg/dL y estudiar la causa de base.
  - No se recomienda su uso como primera línea de tratamiento en dislipidemia mixta, cuando los niveles de triglicéridos < 500 mg/dL, a menos que el paciente presente predominio de hipertrigliceridemia e intolerancia o contraindicación para el uso de estatinas.
- Otras terapias: En general, NO recomiendan el uso de niacina, omega 3, resinas secuestradoras de ácidos biliares, ezetimibe, en monoterapia ni la asociación de ellas con estatinas como primera línea de tratamiento para la dislipidemia. Sin embargo se dieron las siguientes sugerencias:
  - Considerar el uso de niacina en dosis de 0.5-3 g/día, en fórmulas de liberación prolongada como terapia alternativa en personas con dislipidemia e historia de intolerancia o contraindicación para recibir estatinas.
  - Administrar suplementos de omega 3 (presentación farmacológica con dosis superiores a 2.5 g/día) en pacientes con hipertrigliceridemia persistente, mayor de 500 mg/dL, a pesar del manejo con fibratos.
  - Considerar el uso de resinas secuestradoras de ácidos biliares en monoterapia como terapia alterna en caso de intolerancia a otras terapias.
  - Considerar el uso de ezetimibe en monoterapia en pacientes con intolerancia o efectos adversos a otras terapias.
- SEGUIMIENTO
  - Con el objetivo de evaluar adherencia al tratamiento se sugiere realizar control a las 8 semanas de iniciada la intervención terapéutica para dislipidemia.
  - En cada contacto se deberá hacer énfasis y recomendar las prácticas relacionadas con estilos y hábitos de vida saludable.
  - No hacer mediciones rutinarias de los niveles de AST, ALT Y CK en personas que reciben terapia con estatinas. Se indicará solo cuando se presenten síntomas relacionados con la terapia.

Es evidente que algunas de las recomendaciones para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18 años actualmente carecen de la suficiente evidencia que las respalden, lo que demuestra la

necesidad a los investigadores de realizar enormes y mayores esfuerzos en su labor, que no debe limitarse por tiempo y/o recursos, con el objetivo de obtener resultados con el máximo nivel y calidad de evidencia que nos permitan elaborar guías con el mayor grado de recomendación.

**Tabla 1.** La intensidad de la terapia con estatinas se define según el porcentaje de reducción de LDL respecto a la concentración basal del individuo.

<b>Moderada intensidad</b>	<b>Alta intensidad</b>
<b>Reducción de LDL entre 30-50%</b>	<b>Reducción de LDL <math>\geq</math> 50%</b>
Atorvastatina 10, 20, 40 mg	Atorvastatina 80 mg
Rosuvastatina 5, 10, 20 mg	Rosuvastatina 40 mg
Pravastatina 40 mg	
Simvastatina 20, 40 mg	
Lovastatina 20, 40 mg	

## Referencia:

<http://www.actamedicacolombiana.com/cont.php?id=232&id2=2128#EncuestaSpa>

---

## EDITOR

\*: Juan Karlo Urrea Zapata, MD, FsASE

Medicina y Cirugía, Universidad Libre, Cali

Medicina Interna, Cardiología, Diagnóstico No Invasivo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Fellow Student, American Society of Echocardiography, Miembro de número Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Profesor adscrito, Universidad Libre, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Master Universitario en proceso, Avances en Cardiología, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Colombiana de Cardiología, Grupo Menarini, Universidad Católica San Antonio.

Subinvestigador TIMI Study Group, Harvard Medical School, Boston, Mass.

Par Académico, Universidad Nacional de Colombia.

Editor Asociado, PLM América Latina.

International Instructor Network, American Heart Association, USA.

Instructor Internacional avalado, Operation Smile, Centro de Entrenamiento Salamandra, AHA en BLS-ACLS, ACLS-EP.

Unidad de Cardiología, DIME Clínica Neurocardiovascular, Cali, Colombia.