



Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer

## **Dislipemias, Guías prácticas. ¿Tenemos algo nuevo?**

**Conferencia ofrecida por la Dra. Joima Panisello.  
Congreso SAMEM: Miércoles 29 de Febrero de 2012.**

La enfermedad cardiovascular (ECD) producida por la aterosclerosis de la pared arterial y trombosis sobreañadida es la mayor causa de la muerte prematura y discapacidad ajustada por años de vida en las mujeres europeas y su frecuencia aumenta en los países en desarrollo.

No podemos dejar de repetir que la principal causa de mortalidad en mujeres va a ser la cardiovascular, de forma que el número total de fallecimientos por esta causa en nuestra sociedad industrializada, va a ser superior a la de neoplasias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad de Alzheimer juntas.

Un correcto abordaje preventivo va a suponer una identificación y valoración esmerada de los factores de riesgo algunos de los cuales son específicos para la mujer y, modificables a través del tiempo a medida que declina la función ovárica.

En Noviembre del pasado año (2011) apareció la guía de práctica clínica sobre el manejo de las dislipemias elaborado

conjuntamente por la *European Atherosclerosis Society* (EAS) y la *European Society of Cardiology*<sup>1</sup>. Esta guía actualizó las directrices para el tratamiento de las dislipemias, ya antiguas, publicadas por el *National Cholesterol Education Prohram Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults* (NCEP-ATP III) en 2001 (resumen) y 2002 (texto completo)<sup>2</sup>, con una pequeña actualización en el 2004<sup>3</sup> En España habíamos seguido el documento que adaptaba estas guías a nuestra realidad, hecho por el Comité Español Interdisciplinario para la prevención cardiovascular (CEIPC) ampliamente difundido en distintos soportes. En este documento de recomendaciones la dislipemia era un apartado más entre las recomendaciones generales para la prevención cardiovascular.

Veamos los aspectos más relevantes y/o novedosos desde el punto de vista del abordaje del riesgo cardiovascular que veremos a continuación, algunos de los cuales afectan específicamente a la mujer:

1. Los objetivos terapéuticos en prevención secundaria deben ser más rigurosos e iguales tanto para población femenina como masculina.
2. Se proponen los siguientes niveles de riesgo CV total con objetivos Lippidicos a alcanzar distintos:

### **1. Riesgo muy alto.**

Personas con alguno de los siguientes factores:

- **ECV documentada** por pruebas invasivas o no invasiva (coronariografía, resonancia magnética, ecocardiografía de

estrés, placa carotídea por ultrasonidos), infarto de miocardio (IM), SCA, revascularización coronaria — intervención coronaria percutánea (ICP) o cirugía de revascularización aortocoronaria (CABG)— u otros procedimientos de revascularización arterial, accidente isquémico, EAP.

- **Pacientes con diabetes mellitus tipo 2**, pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y lesión de órganos diana (como microalbuminuria).

- **Pacientes con ERC moderada o grave** (tasa de filtración glomerular [TFG] < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>).

- **Un riesgo SCORE calculado a 10 años**

**El objetivo primario de tratamiento para estos pacientes es alcanzar un cLDL es < 1,8 mmol/l (menos de 70 mg/dl) o una reducción ≥ 50% de los títulos basales de cLDL (\*)**

## **2. Riesgo alto**

Personas con alguno de los siguientes factores:

- Factores individuales de riesgo muy elevados, como dislipemia familiar e hipertensión grave.

- Un riesgo SCORE calculado a los 10 años ≥ 5% < 10%

**Para estos pacientes debe considerarse un valor de cLDL < 2,5 mmol/l (menos de 100 mg/dl) (\*)**

## **3. Riesgo moderado**

Se considera que un sujeto tiene un riesgo moderado cuando su riesgo SCORE es ≥ 1% y < 5% a los 10 años. La mayoría de las personas de mediana edad pertenecen a esta

categoría de riesgo, que depende también de otros factores como la historia familiar de enfermedad coronaria prematura, obesidad abdominal, nivel de actividad física, concentraciones de cHDL, TG, hs-CRP, Lp(a), fibrinógenos, homocisteína y apoB y clase social.

**Para los pacientes con riesgo moderado, se considerará como objetivo de tratamiento un valor < 3 mmol/l (menos de 115 mg/dl)**

#### **4. Bajo riesgo**

La categoría de bajo riesgo se aplica a individuos con un riesgo SCORE < 1%

1. **Los fármacos inhibidores de la HMG CoA reductasa, estatinas**, son el tratamiento de elección y esencial en la prevención cardiovascular, conminándonos a alcanzar dosis máximas y dejándose los tratamientos combinados en un segundo plano, para cuando con aquellas no sea posible alcanzar los objetivos o el paciente no tolere las estatinas.
2. **Se aborda específicamente el tratamiento de las dislipemias en la población femenina** (así con en algunas otras poblaciones como población infanto juvenil, edades avanzadas, dislipemias genéticas etc.). En cuanto al manejo de la dislipemia en mujeres:
  - A. Se recomienda el tratamiento con estatinas para la prevención primaria de la enfermedad coronaria en mujeres de alto riesgo<sup>16</sup>
  - B. El tratamiento con estatinas está recomendado para la prevención secundaria en mujeres con los

mismos indicaciones y objetivos que en los varones<sup>15,16</sup>

- C. No debe administrarse tratamiento hipolipemiente cuando se planifique un embarazo, durante el embarazo o durante la lactancia.
- D. Como anticonceptivos orales, se prefieren los AO de tercera generación (dosis bajas de estrógeno-progestina) pues al parecer que se no aumentan el riesgo de eventos coronarios adversos y pueden ser utilizados en mujeres con un perfil razonable de CT, tras la evaluación del perfil lipídico basal. Sin embargo, en mujeres con hipercolesterolemia (cLDL > 4 mmol/l, más de 160 mg/dl de riesgo o con riesgo alto de eventos trombóticos, deben recomendarse métodos alternativos de anticoncepción.
- E. A pesar de sus efectos beneficiosos en el perfil lipídico, no se ha demostrado que la terapia de sustitución de estrógenos reduzca el riesgo CV, por lo que no se puede recomendar para la prevención CV en mujeres.
- F. Dada la preponderancia de algunas de las enfermedades autoinmunes en la mujer es importante recordar que las enfermedades autoinmunitarias, como artritis reumatoide, LES, psoriasis y síndrome antifosfolipídico, se caracterizan por mayor frecuencia de aterosclerosis y, consecuentemente, mayor tasa de morbimortalidad CV que en la población general, y ello debe tenerse en cuenta. Se nos recuerda que el sistema autoinmunitario está implicado en la patogenia de la

aterosclerosis. Los componentes inflamatorios de la respuesta inmunitaria, así como elementos autoinmunitarios (p. ej., autoanticuerpos, autoantígenos y linfocitos autorreactivos), participan en este proceso. Estas enfermedades se caracterizan también por la presencia de vasculitis inflamatoria y disfunción endotelial.

**5. Sigue recomendándose el modelo SCORE** para calcular el riesgo cardiovascular, como herramienta básica, actualizando las tablas que incluyen c-HDL e insistiendo en una correcta valoración del Riesgo Relativo en la población joven. El sistema SCORE estima el riesgo a 10 años de un primer evento aterosclerótico mortal, como un infarto, un ACV u otra enfermedad arterial oclusiva, incluida la muerte súbitaeste efecto se observa en ambos sexos y todos los grupos de edad, incluidas las mujeres mayores<sup>11</sup>. Esta cuestión es especialmente importante en los niveles de riesgo que están justo por debajo del umbral del 5% para la modificación intensiva del riesgo; muchas de estas personas requieren consejo médico intensivo si su concentración de cHDL es baja. Las gráficas sobre el cHDL se incluyen en el anexo 1 de esta guía. El impacto adicional del cHDL en la estimación del riesgo se ilustra en las figuras 4 y 5 de la guía. La versión electrónica del SCORE (HeartScore) se ha modificado para tener en cuenta el cHDL, y se recomienda su uso mediante la página *web* [www.heartscore.org](http://www.heartscore.org) para mejorar la evaluación del riesgo

(\*) Nota: Si se utiliza el colesterol distinto del cHDL, los objetivos son

< 2,6 mmol/l (menos de 100 mg/dl) y < 3,3mmol/l (menos de 130

mg/dl) en pacientes con riesgo CV total muy alto o alto, respectiva-

mente (clase IIa B)

Los objetivos para la apoB son < 80 mg/dl y < 100 mg/dl en pacientes

con riesgo CV total muy alto o alto, respectivamente (clase IIa B).

## **Bibliografía**

1- Cooney MT, Dudina A, d'Agostino R, Graham IM. Cardiovascular risk estimation

systems in primary prevention. Do they differ? Do they make a difference? Can

we see the future? *Circulation* 2010;122:300–10.

2. Cooney M, Dudina A, Bacquer DD, Fitzgerald A, Conroy R, Sans S, Menotti A, Backer GD, Jousilahti P, Keil U, Thomsen T, Whincup P, Graham I. How much does HDL cholesterol add to risk estimation? A report from the SCORE investigators. *Eur J*

*Cardiovasc Prev Rehabil* 2009;16:304–14.

3. Robinson JG, Wang S, Smith BJ, Jacobson TA. Meta-analysis of the relationship

between non-high-density lipoprotein cholesterol reduction and coronary heart

disease risk. *J Am Coll Cardiol* 2009;53:316–22.

4. Reiner Z, Sonicki Z, Tedeschi-Reiner E. Physicians' perception, knowledge and awareness of cardiovascular risk factors and adherence to prevention guidelines: the PERCRO-DOC survey. *Atherosclerosis* 2010;213:598–603.
5. Anguita M, Fernández-Ortiz A, Worner F, Alonso A, Cequier A, Comín J, et al. La Sociedad Española de Cardiología y las guías de práctica clínica de la SEC: hacia una nueva orientación. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:795-6.
6. Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, et al; the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J.* 2011;32:1769-818.
7. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation.* 2002;106:3143-421.



8. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, Brewer HB, Clark LT, Hunninghake DB, et al;  
Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program.  
Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2004;44:720-32.
9. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons CA, Alvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *Rev Esp Salud Pública.* 2008;82:581-616.
10. Working Group of the European Society of Cardiology (ESC), the European Atherosclerosis Society (EAS). Guías de la ESC/EAS sobre el manejo de las dislipemias.  
*Rev Esp Cardiol,* 2011;64:1168.e1-e60. doi: 10.1016/j.recesp.2011.09.014.
11. European Society of Cardiology. HeartScore: cardiovascular disease (CVD) risk assessment and management. Disponible en: [www.heartscore.org](http://www.heartscore.org)
12. Cooney MT, Cooney HC, Dudina A, Graham IM. Total cardiovascular disease risk assessment: a review. *Curr Opin Cardiol.* 2011 Aug 4 [Epub ahead of print].
13. . Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the

Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the

Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH)

and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens.* 2007;25:1105-87.

10. Barrios V, Escobar C, Murga N, De Pablo C, Bertomeu V, Calderón A, et al. Clinical profile and management of hypertensive patients with chronic ischemic heart disease and renal dysfunction attended by cardiologists in daily clinical practice.

*J Hypertens.* 2008;26:2230-5.

15. Buitrago F, Cañón-Barroso L, Díaz-Herrera N, Cruces-Muro E, Escobar-Fernández M, Serrano-Arias JM. Comparación de las tablas REGICOR y SCORE para la clasificación del riesgo cardiovascular y la identificación de pacientes candidatos a tratamiento hipolipemiante o antihipertensivo. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:139-47.

17. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials. *Lancet.* 2010;376:1670-81.

18. Pedersen TR, Faergeman O, Kastelein JJ, Olsson AG, Tikkanen MJ, Holme I, et al;

Incremental Decrease in End Points Through Aggressive Lipid Lowering (IDEAL) Study Group. High dose atorvastatin vs usual-dose simvastatin for secondary

prevention after myocardial infarction: the IDEAL study: a randomized controlled

trial. *JAMA*. 2005;294:2437-45.

14. LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, Shear C, Barter P, Fruchart JC, et al; Treating to

New Targets (TNT) Investigators. Intensive lipid lowering with atorvastatin in

patients with stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2005;352:1425-35.

15. Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, Gotto AM, Shepherd J, Westendorp RG, et al. The

benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with

cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*.

2009;338:b2376.

16. Mills EJ, Rachlis B, Wu P, Devereaux PJ, Arora P, Perri D. Primary prevention of

cardiovascular mortality and events with statin treatments. A network meta-

analysis involving more than 65,000 patients. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52:1769-81.

17. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular

disease prevention in clinical practice: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other

societies.

*Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007;14 Suppl 2:S1-113.

18. Genest J, McPherson R, Frohlich J, Anderson T, Campbell N, Carpentier A, et al. 2009 Canadian Cardiovascular Society/Canadian guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease in the adult — 2009 recommendations. *Can J Cardiol.* 2009;25:567-79.
19. AIM-HIGH Investigators. The role of niacin in raising high-density lipoprotein cholesterol to reduce cardiovascular events in patients with atherosclerotic cardiovascular disease and optimally treated low-density lipoprotein cholesterol: baseline characteristics of study participants. The Atherothrombosis Intervention in Metabolic syndrome with low HDL/high triglycerides: impact on Global Health outcomes (AIM-HIGH) trial. *Am Heart J.* 2011;16:538-43.
20. Wise J. Trial of niacin alongside statin is stopped early. *BMJ.* 2011;342:d3400.
21. The SEARCH Collaborative Group. SLCO1B1 variants and statin-induced myopathy a genomewide study. *N Engl J Med.* 2008;359:789-99.