

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2016

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
DISLIPIDEMIA
(HIPERCOLESTEROLEMIA)
EN EL ADULTO

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-233-09

Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600 México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2016

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y tratamiento de Dislipidemia (hipercolesterolemia) en el adulto**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

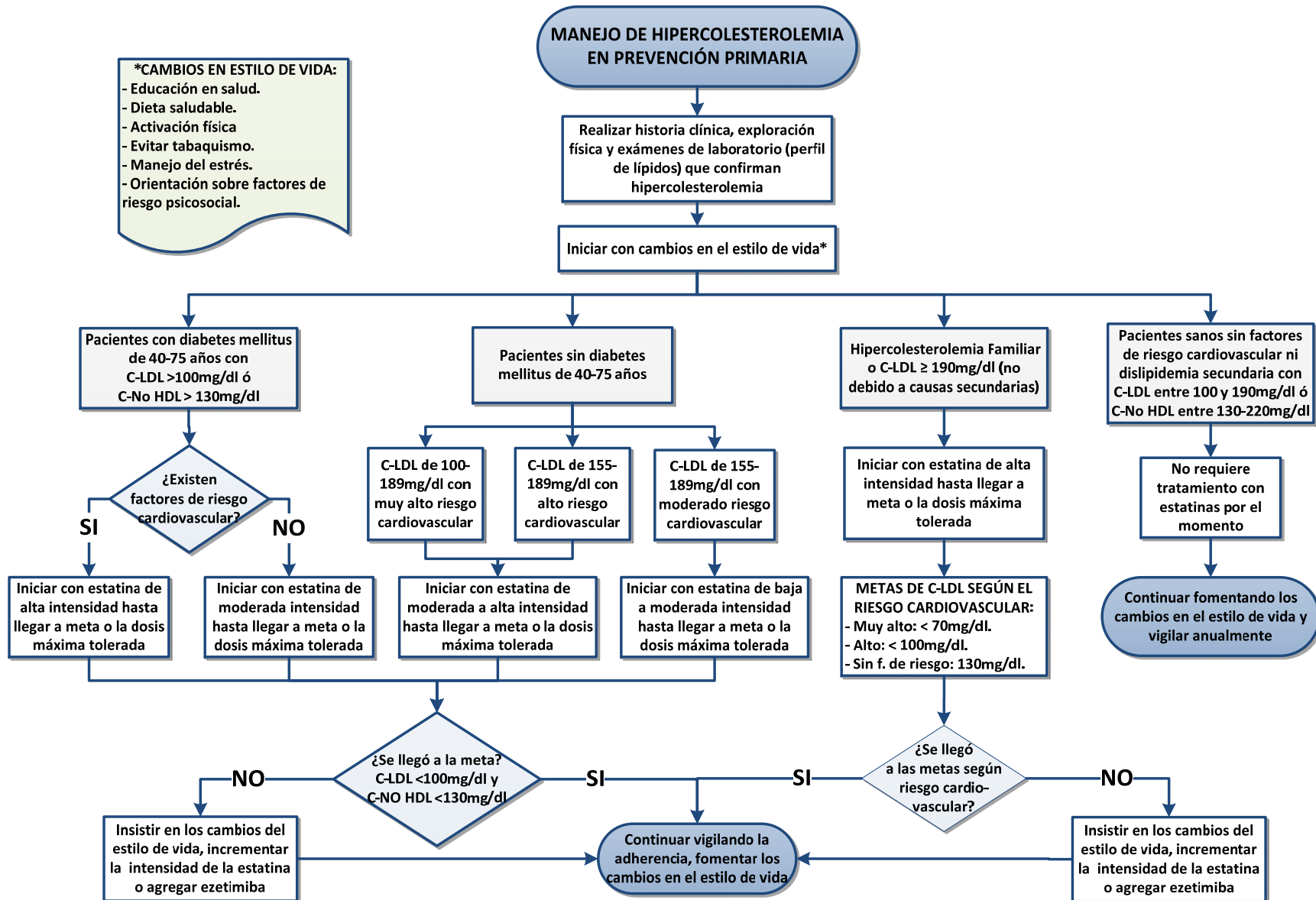
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Debe ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento de Dislipidemia (hipercolesterolemia) en el adulto**. Guía de Práctica Clínica. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2016. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

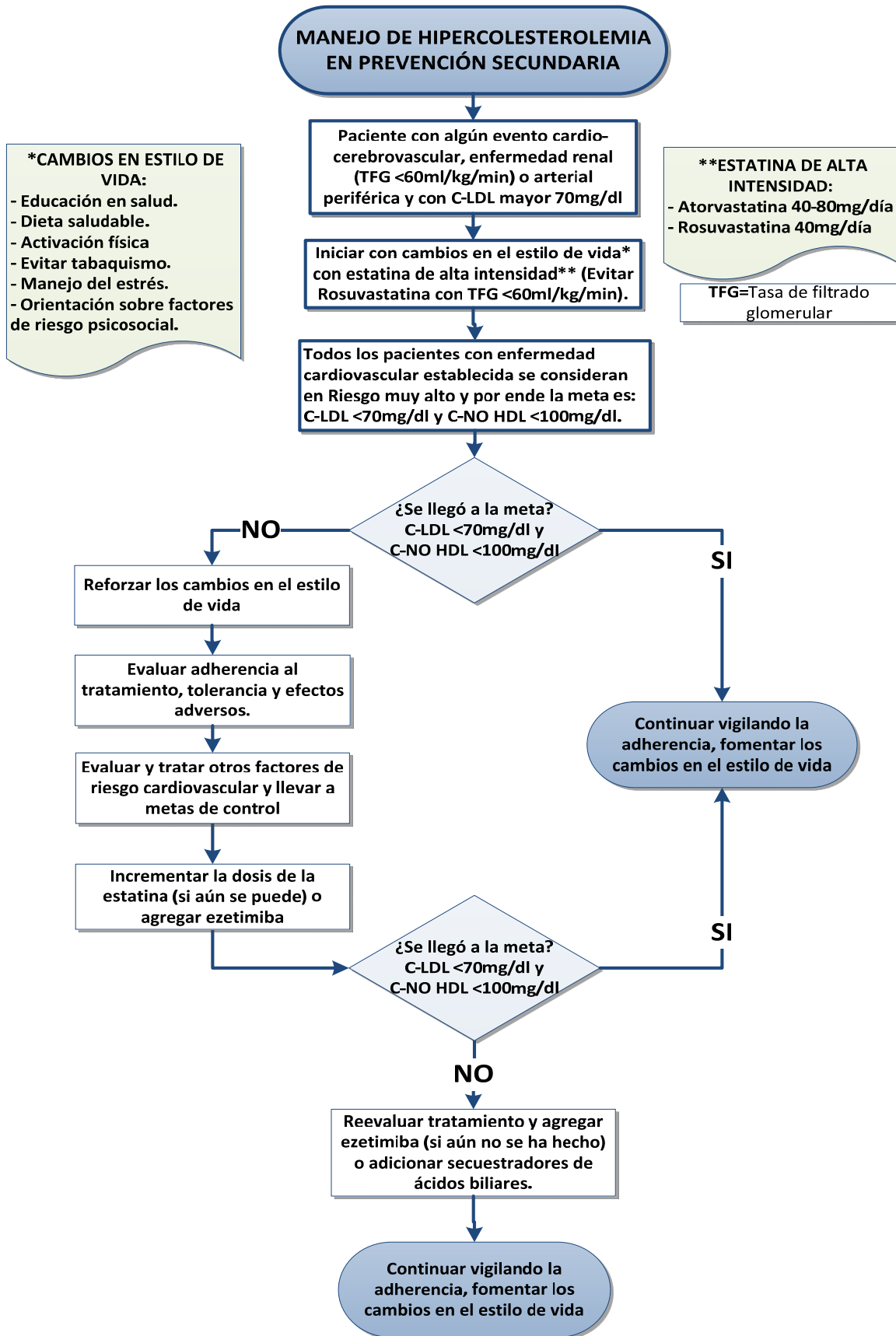
ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

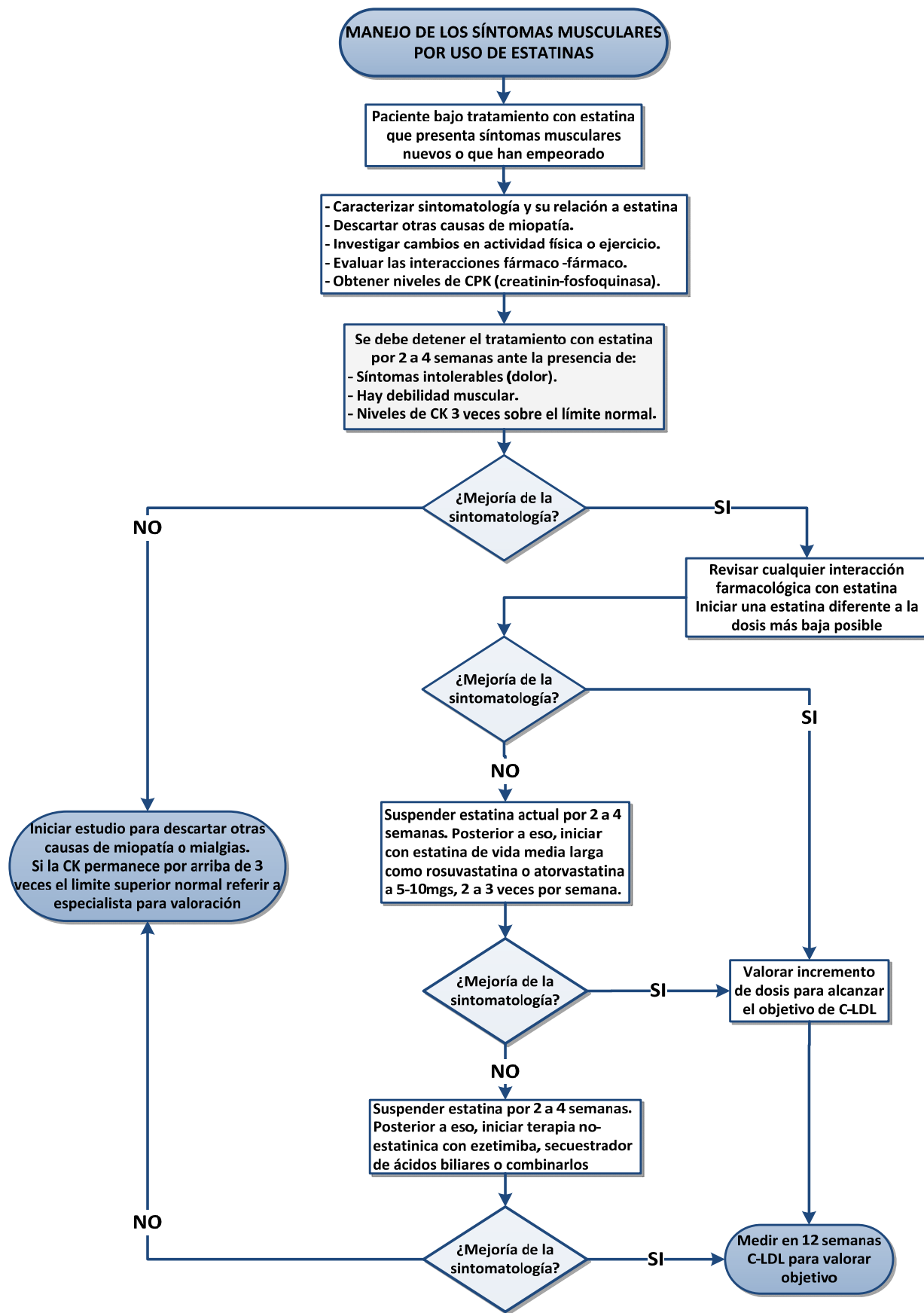
Algoritmo 2. Manejo de Hipercolesterolemia en Prevención Primaria



Algoritmo 2. Manejo de Hipercolesterolemia en Prevención Secundaria



Algoritmo 3. Manejo de los síntomas musculares por uso de estatinas



2. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
<p>La evaluación inicial del paciente con dislipidemia incluye: Historia clínica y exploración física completas con búsqueda intencionada de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades cardiovasculares asociadas a aterosclerosis. • Historia familiar de muerte cardiovascular prematura, pancreatitis, hipertensión arterial, diabetes, obesidad o dislipidemia. • Otros factores de riesgo como tabaquismo, alcoholismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, síndrome metabólico. • Consumo de fármacos que alteren el perfil de lípidos. • Causas secundarias de dislipidemias. • Evaluación de dieta y actividad física. • En la exploración física búsqueda intencionada de xantomas, soplos carotídeos, disminución de los pulsos poplíteos, pedios, tibiales, anormalidades del fondo de ojo, tensión arterial, índice de masa corporal, perímetro de cintura. 	D NICE
<p>Se debe sospechar de hipercolesterolemia familiar en las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Niveles de C-LDL mayores de 190 mg/dl, posterior a la exclusión de causas secundarias de elevación de C-LDL (véase adelante). 2. Presencia de enfermedad coronaria prematura (hombre menor de 55 años y mujer menor de 65 años) en el caso índice y/o en familiar de primer grado. 3. Niveles de C-LDL sin tratamiento, con una probabilidad de 80% de tener hipercolesterolemia familiar: <ul style="list-style-type: none"> • 250 mg/dl en adultos de 30 años o más. • 220 mg/dl en adultos de 20 a 29 años. • 190 mg/dl en menores de 20 años. 4. Presencia de xantomas en el caso índice y/o en familiar de primer grado. 5. Historia familiar de altos niveles de colesterol. 	D NICE
<p>En primer nivel de atención se recomienda la determinación de niveles de triglicéridos y colesterol total a manera de tamizaje a los mayores de 20 años sin factores de riesgo cardiovascular asintomáticos y repetir cada 5 años en caso de ser normales.</p>	PBP
<p>Se recomienda repetir cada 5 años la medición del perfil de lípidos en todo adulto en los que la evaluación inicial sea normal.</p>	D NICE

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Recomendación Clave	GR*
<p>En individuos mayores de 40 años se recomienda realizar la evaluación sistemática del riesgo cardiovascular mediante el instrumento “Globorisk” ya que ha sido validado en población mexicana (Cuadro 1A y 1B).</p>	<p>B NICE</p>
<p>Se consideran de muy alto riesgo a los pacientes con alguno de los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad cardiovascular establecida por medio de angiografía coronaria, estudio de medicina nuclear, ecocardiograma de estrés, evidencia de ateromas carotídeos por ultrasonido vascular. • Antecedente de infarto al miocardio. • Revascularización coronaria (intervencionismo coronario percutáneo, cirugía de revascularización) y cualquier otro procedimiento de revascularización • Evento vascular cerebral tipo isquémico. • Diabetes mellitus tipo 2 o diabetes tipo 1 con daño a órgano blanco (microalbuminuria). • Pacientes con disminución moderada a severa de la tasa de filtración glomerular (< 60 ml/min/1.73 m²). • Un riesgo calculado en Globorisk mayor de 10% a 10 años. <p>Los pacientes de alto riesgo presentan alguno de los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo entre 5-10% a 10 años por Globorisk. • Factores de riesgo marcadamente elevados como hipertensión en descontrol (presión arterial ≥180/110 mmHg) o dislipidemia con descontrol importante (colesterol total mayor de 310 mg/dl) o con dislipidemia familiar primaria. <p>Se considera pacientes en riesgo moderado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo entre 1-5% a 10 años por Globorisk. <p>Se considera pacientes en riesgo bajo: Riesgo < al 1% a 10 años por Globorisk</p>	<p>I - C ESC</p>

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Recomendación Clave	GR*
<p>En individuos de muy alto riesgo cardiovascular, se recomienda la intervención multidisciplinaria (nutrición, enfermería, psicología), con el fin de integrar los recursos médicos con la educación en estilo de vida saludable, actividad física, manejo del estrés y orientación sobre factores de riesgo psicosocial.</p>	<p>I - A ESC</p>

En cada consulta se deberá fomentar el control de los factores de riesgo cardiovascular y llegar a las metas establecidas de los comórbidos y niveles de lípidos

- Realizar al menos 150 minutos de ejercicio de intensidad moderada o 75 minutos de ejercicio aeróbico intenso a la semana.
- identificar a los fumadores y aconsejar en múltiples ocasiones el suspender el tabaquismo.
- En pacientes con obesidad o sobrepeso disminuir el peso, para mejorar la presión arterial, dislipidemia y disminuir el riesgo de desarrollar diabetes.
- Reducir el consumo de grasas trans (manteca vegetal, comida rápida, productos fritos) y grasas saturadas (embutidos, mantequilla, crema etc.).

(Ver Cuadro 2).

**I - A
ESC**

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PREVENCIÓN PRIMARIA

Recomendación Clave	GR*
En prevención primaria la terapia con estatinas se debe establecer con base en el cálculo de riesgo establecido en la escala de riesgo cardiovascular (por ej. Globorisk).	I - B ESC
En pacientes con hipercolesterolemia familiar se recomiendan las siguientes metas de acuerdo a riesgo cardiovascular: <ul style="list-style-type: none"> • Muy alto: C-LDL <70 mg/dl. • Alto: C-LDL <100 mg/dl. • Sin otro factor de riesgo: C-LDL <130 mg/dl. 	D NICE
En pacientes con hipercolesterolemia familiar deberán ser tratados con terapia nutricional y estatinas de alta intensidad al momento del diagnóstico.	D NICE
En adultos de 40 – 75 años sin diabetes, se recomienda iniciar tratamiento según los niveles de C-LDL: <ul style="list-style-type: none"> • Entre 100 – 189 mg/dl, y muy alto riesgo (>10%) se recomienda estatina de alta intensidad. • Entre 155 – 189 mg/dl, con alto riesgo (5 – 10%) se recomienda estatina de alta intensidad. • Mayor de 190 mg/dl, con riesgo moderado (1 – 5%) se recomienda estatina de moderada intensidad. (Ver algoritmo 1). 	I - A ESC
En pacientes menores de 40 años con diabetes mellitus en presencia de complicaciones microvasculares o múltiples factores de riesgo cardiovascular, se recomienda el uso de estatina de moderada a alta intensidad.	I - A ESC
En pacientes de 40-75 años con diabetes mellitus sin factores de riesgo cardiovascular, se recomienda el uso de estatina de intensidad moderada.	A ADA

En pacientes de 40-75 años con diabetes mellitus con factores de riesgo cardiovascular, se recomienda el uso de estatina de alta intensidad.	B ADA
En pacientes mayores de 75 años con diabetes mellitus con factores de riesgo cardiovascular, se debe considerar el uso de estatinas de alta intensidad.	B ADA
En pacientes en riesgo moderado la meta en prevención primaria del C-LDL debe ser <115 mg/dl y de C-No HDL <145 mg/dl.	3 NICE
Se recomienda agregar ezetimiba a la terapia con estatinas en aquellos pacientes que no han alcanzado la meta de prevención con dosis máxima tolerada o que se encuentren en la dosis máxima recomendada.	D NICE
Se recomienda la terapia de adición con fibrato en pacientes con triglicéridos mayor o igual a 204 mg/dl y con C-HDL menor de 35 de mg/dl.	B ADA

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

Recomendación Clave	GR*
Se consideran pacientes de muy alto riesgo cardiovascular a todos aquellos que requieran de prevención secundaria y por lo tanto de requerir manejo con estatinas de alta intensidad. (Ver Algoritmo 2).	D NICE
La terapia con estatinas de alta intensidad debe ser usada como primera línea de tratamiento en menores de 75 años con alto riesgo cardiovascular.	I - A ACC/AHA
<ul style="list-style-type: none"> En pacientes con muy alto riesgo cardiovascular, la meta de C-LDL deberá ser menor a 70mg/dl. 	I - B ESC
En el adulto mayor de 80 años se recomienda valorar el uso de estatinas por el riesgo de eventos adversos. La prescripción de estatina deberá ser de baja a moderada intensidad, siempre y cuando se contemple el estado funcional, grado de fragilidad, sarcopenia y el riesgo de caídas, además de vigilar los efectos adversos y las interacciones farmacológicas.	PBP

<p>En sujetos con mialgia pero sin elevación de creatinin-fosfoquinasa (CPK) o intolerancia, se puede establecer la dosis bajo “ensayo y error” con diferentes estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar estatinas de baja potencia a dosis bajas. • Cambiar de estatina. • Utilizar dosis en diferentes días de la semana con gradual incremento. <p>(Ver algoritmo 3).</p>	<p>D NICE</p>
<p>En pacientes con uso de estatinas, solo se recomienda realizar la medición de CPK en las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ante la presencia de síntomas musculares como dolor, calambres, debilidad o fatiga. • Individuos con riesgo aumentado de eventos adversos musculares. • Historia personal o familiar de intolerancia a estatina. • Enfermedad muscular conocida. • Uso de fármacos asociado a miopatía (esteroides, zidovudina, colchicina, cloroquina, otros). 	<p>IIa - C ACC/AHA</p>

SEGUIMIENTO

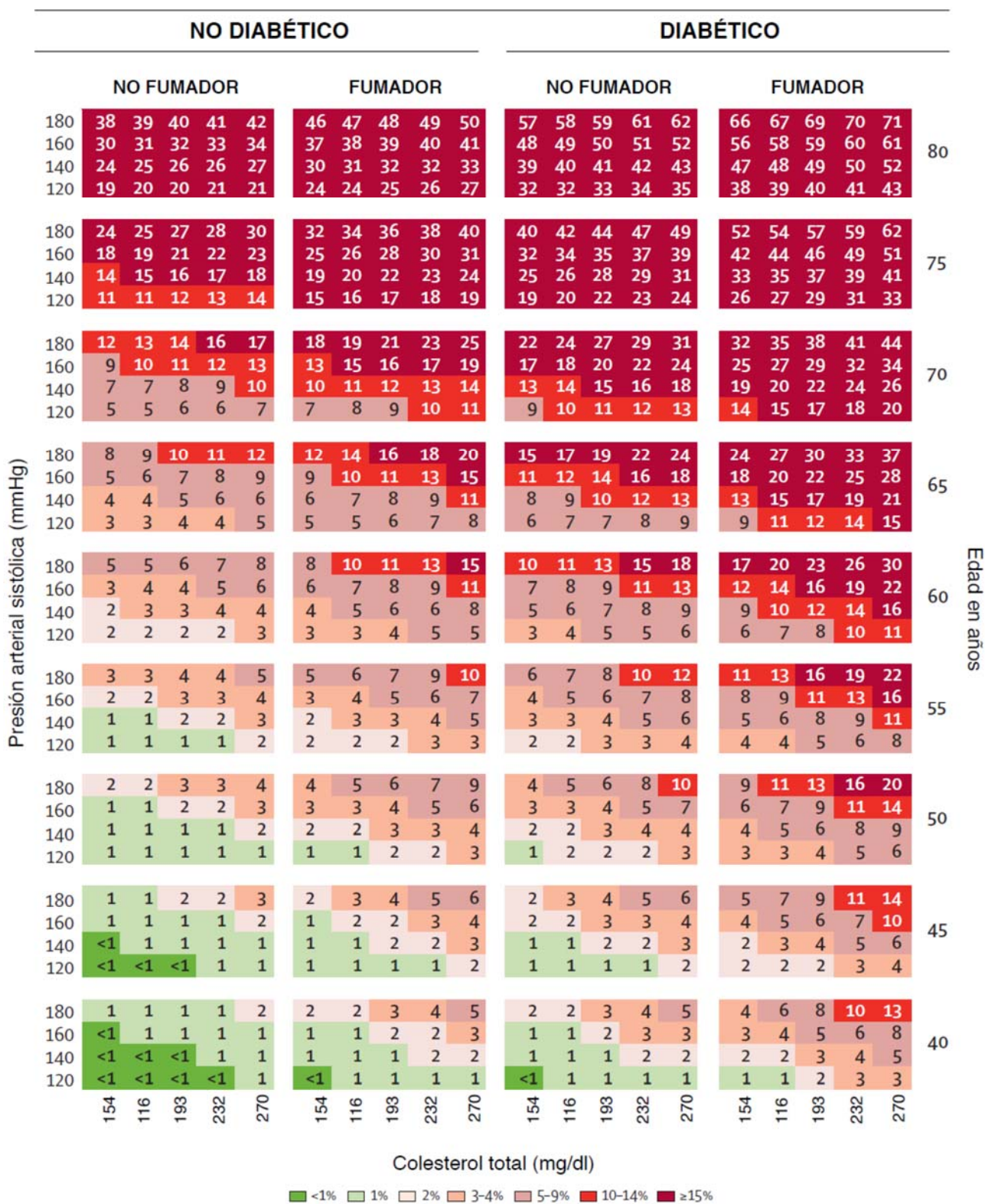
Recomendación Clave	GR*
<p>Se recomienda realizar un perfil de lípidos a las 12 semanas, posterior al inicio de la terapia de estatina o al ajuste de dosis para determinar la adherencia del paciente y posterior a eso cada 6 a 12 meses.</p>	<p>I - A ACC/AHA</p>
<p>Si un paciente ha alcanzado el objetivo terapéutico en el porcentaje de reducción de C-LDL, se debe continuar con la dosis de estatina actual.</p>	<p>D NICE</p>
<p>Se recomienda disminuir la dosis de estatina con 2 valores consecutivos de C-LDL menores de 40mg/dl.</p>	<p>IIb - C ACC/AHA</p>

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

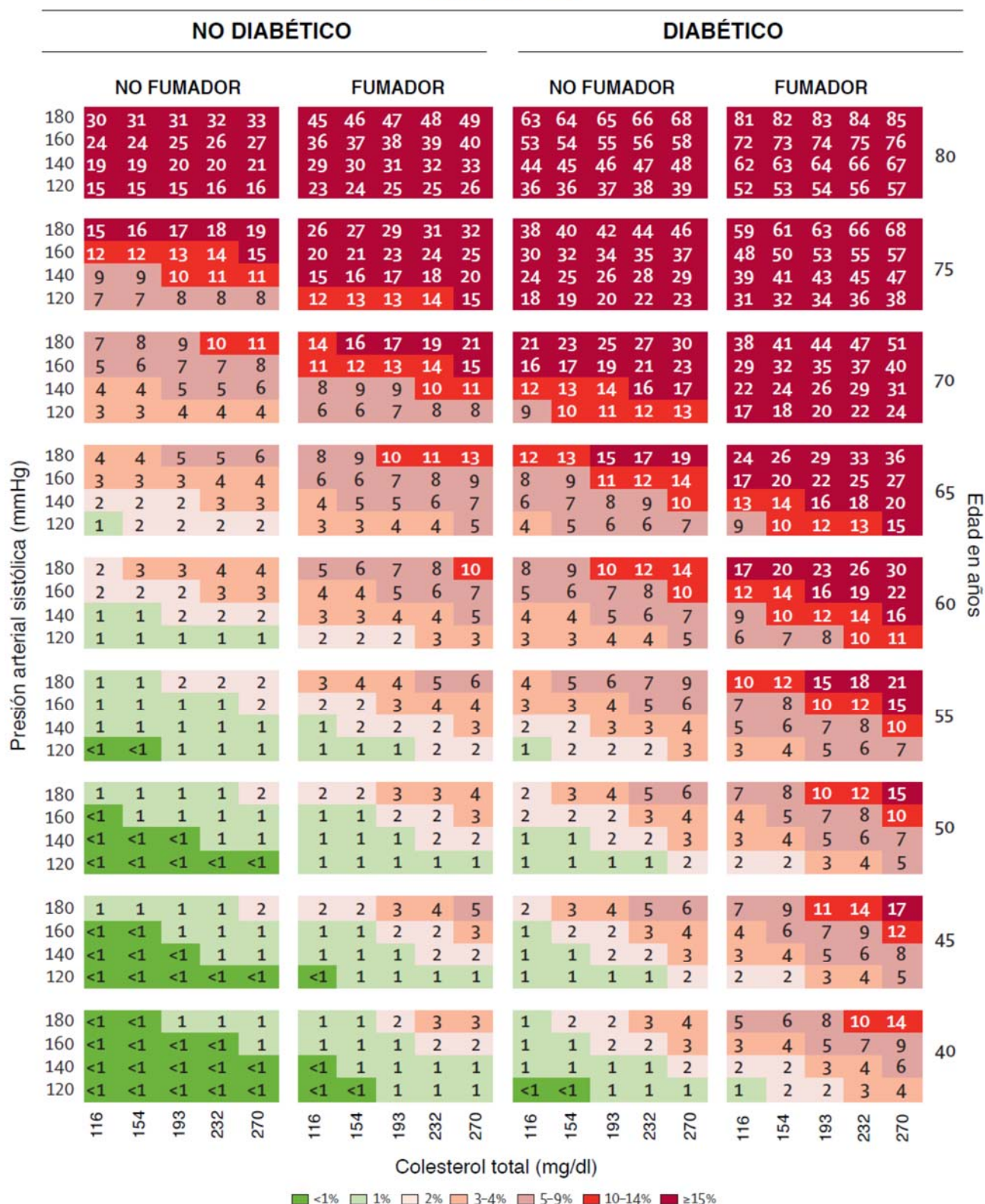
CUADRO 1A. TARJETA DE EVALUACIÓN DE RIESGO “GLOBORISK”

HOMBRES



■ <1% ■ 1% □ 2% ■ 3-4% ■ 5-9% ■ 10-14% ■ ≥15%

CUADRO 1B. TARJETA DE EVALUACIÓN DE RIESGO “GLOBORISK” MUJERES



■ <1%
 ■ 1%
 ■ 2%
 ■ 3-4%
 ■ 5-9%
 ■ 10-14%
 ■ ≥15%

CUADRO 2. METAS Y NIVELES INDICATIVOS DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO

FACTOR DE RIESGO	RECOMENDACIONES
Tabaquismo	Evitar la exposición al tabaco de cualquier forma (activa o pasiva)
Dieta	Baja en grasas saturadas, insistir en la ingesta de productos de grano integral, vegetales, fruta y pescado
Actividad Física	Al menos 150 minutos a la semana con una actividad física aeróbica moderada (30 minutos por 5 días a la semana) o 75 minutos por semana de actividad física aeróbica vigorosa (15 minutos por 5 días a la semana) o una combinación de ambas.
Peso	Mantener un índice de masa corporal entre 20-25kg/m ² , circunferencia de cintura menor de 94cm en hombres y menor de 80cm en mujeres
Presión arterial	Menor de 140/90mmHg. Esta puede ser más alta en adultos mayores frágiles
Colesterol LDL	Riesgo muy alto: C-LDL menor de 70mg/dl. Riesgo alto riesgo: C-LDL menor a 100mg/dl. Riesgo bajo e intermedio: menor a 115mg/dl
Colesterol HDL	Mantener niveles mayores a 40mg/dl en hombres y mayores a 45mg/dl en mujeres.
Triglicéridos	No hay una meta exacta pero se recomienda mantener menor a 150mg/dl.
Diabetes	Mantener hemoglobina glucosilada menor a 7%