Dislipidemias

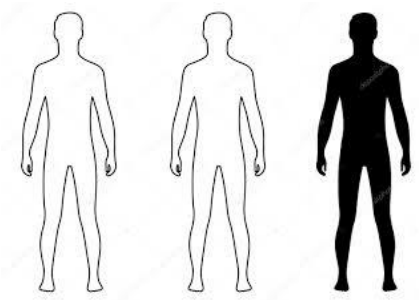
25 x 25

Dres. Darío Igolnikof y Augusto Lavalle Cobo

Dislipidemias

- ✓ El aumento de los valores séricos de colesterol es uno de los principales factores de riesgo modificables asociados a la aparición de infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular isquémico.
- ✓ Se estima que 2,6 millones de muerte a nivel mundial son consecuencia de valores elevados de colesterol.
- ✓ El descenso de los niveles de colesterol es uno de los pilares para lograr el objetivo 25 x 25

Prevalencia en Argentina



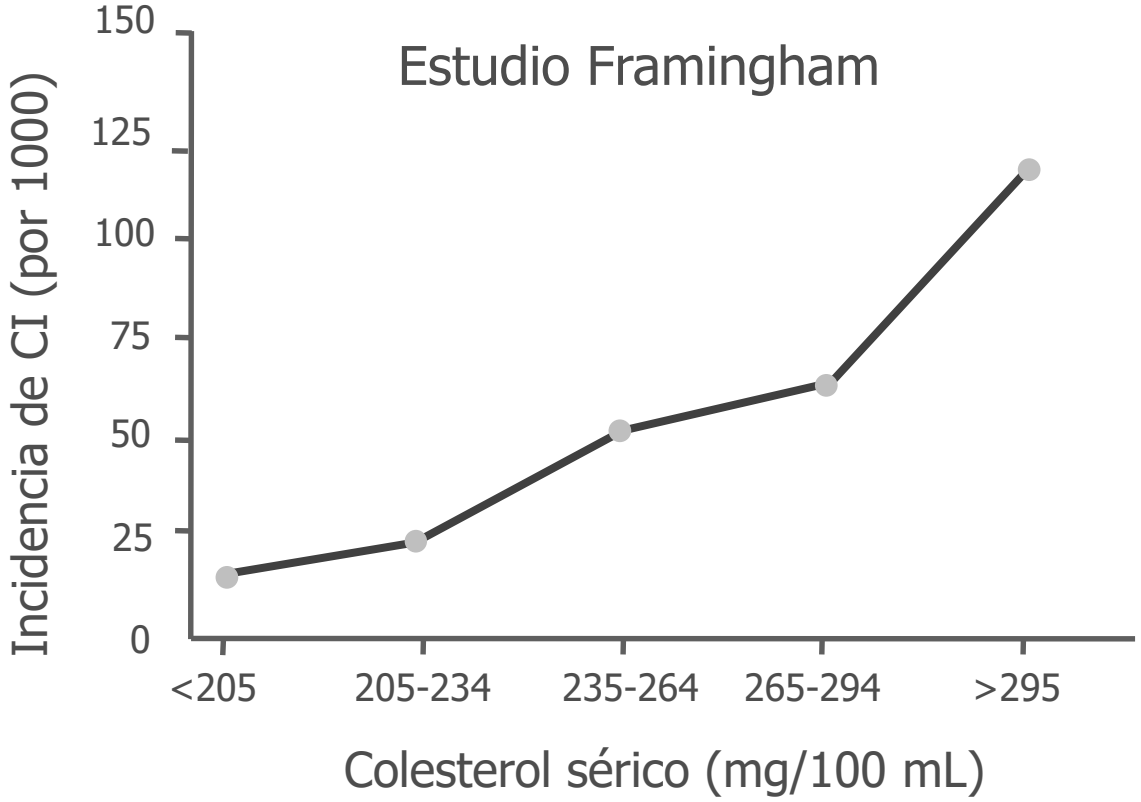
1/3 Argentinos tiene el colesterol elevado

Hipercolesterolemia

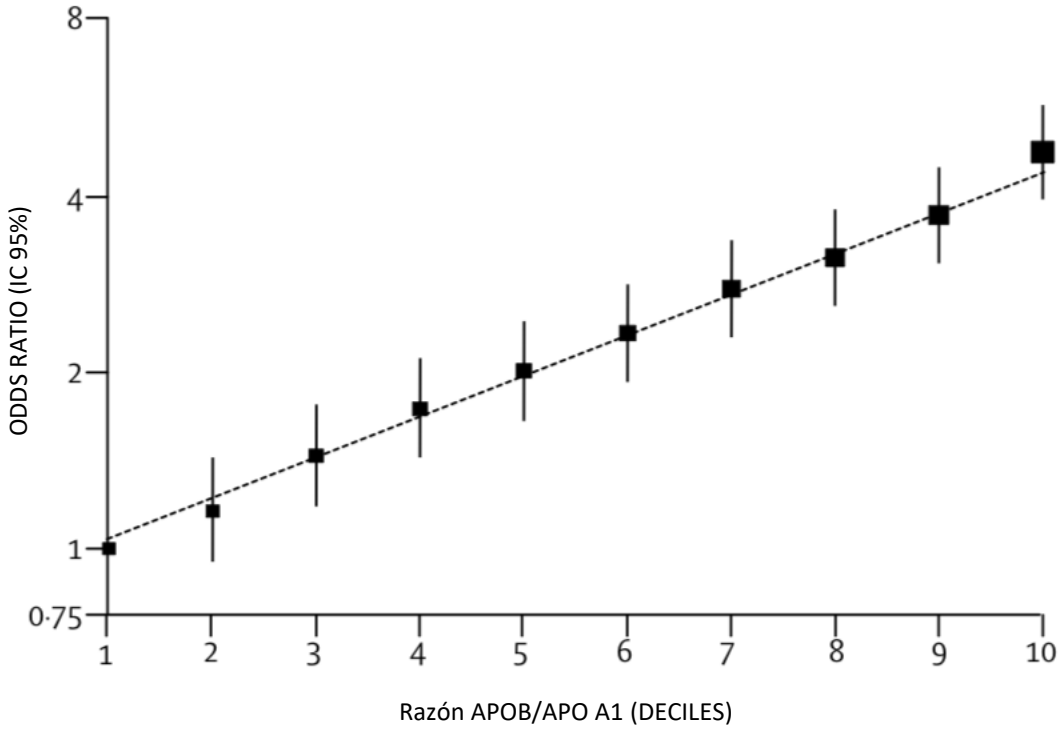
El colesterol sérico elevado se asocia con un aumento del riesgo de

- ✓ Cardiopatía isquémica e Infarto agudo de miocardio.
- ✓ Reinfarto
- ✓ ACV
- ✓ Enfermedad Vascula periferica
- ✓ Mortalidad por ECV (Total, C. isquémica, ACV)

El aumento de los valores plasmáticos de colesterol se asocia a un aumento de la incidencia de cardiopatía isquémica de forma lineal e independiente



Por otro lado este riesgo es directamente proprocional a los valores de colesterol.



RCV de las diferentes lipoproteínas

- C-LDL es un FRCV independiente. Tiene un mayor valor predictivo que el C-TOTAL para estimar el riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica. Se utiliza para establecer los objetivos de control del tratamiento
- Las partículas de C-LDL pequeñas y densas son más aterogénicas que los C-LDL normales
- Los TG son un factor de riesgo independiente
- El índice CT/HDL > 3,5 (5,5 según algunos estudios) indica una elevación de 2-3 veces del riesgo de cardiopatía isquémica

Gordon DJ, Probstfield JL, Garrison JR, Neaton JD, Castelli WP, Knoke JD et al. High-density lipoprotein cholesterol and cardiovascular disease. Four prospective American studies. Circulation 1989; 79: 8-15.
Stein O, Stein Y. Atheroprotective mechanisms of HDL. Atherosclerosis 1999; 144: 285-301.
Jeppesen J, Hein HO, Suadicani P, Gyntelberg F. Triglyceride concentration and ischemic heart disease: an eight-year follow-up in the Copenhagen Male Study. Circulation 1998; 97: 1029-1036.

VALORES NORMALES C-LDL

Riesgo cardiovascular (Indicación I nivel de evidencia A)	Valor optimo colesterol-LDL
Bajo	<160 mg/dl. (*Indicación I nivel de evidencia A*)
Moderado	<100 mg/dl. (*Indicación I nivel de evidencia A*)
Moderado riesgo con enfermedad aterosclerótica asintomática	<100 mg/dl ó reducción col LDL> 50% de valor basal. (*Indicación I nivel de evidencia A*) Razonable <70 mg/dl. (*Indicación IIa nivel de evidencia C*)
Enfermedad aterosclerótica sintomática ó riesgo mayor a 20% según Framingham ó diabetes	<70 mg/dl ó reducción col LDL> 50% de valor basal. (*Indicación I nivel de evidencia A*)
Enfermedad renal moderada/severa	<100 mg/dl ó reducción col LDL> 50% de valor basal. (*Indicación I nivel de evidencia B*) Razonable <70 mg/dl ó reducción col LDL> 50% de valor basal. (*Indicación IIa nivel de evidencia B*)

REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA / VOL 84 SUPLEMENTO 2 / OCTUBRE 20

VALORES NORMALES C-NO HDL

Riesgo cardiovascular (Indicación I nivel de evidencia A)	Valor optimo colesterol-no HDL
Bajo	<190 mg/dL *(Indicación I nivel de evidencia A)*
Moderado	<130 mg/dL *(Indicación I nivel de evidencia A)*
Moderado con enfermedad atrosclerótica asintomática	<130 mg/dL o reducción col LDL >50% de valor basal *(Indicación I nivel de evidencia A)* Razonable 100 mg/dL *(Indicación IIa nivel de evidencia C)*
Enfermedad aterosclerótica sintomática, riesgo mayor a 20% según Framingham ó diabetes	<100 mg/dL ó reducción col LDL >50% de valor basal *(Indicación I nivel de evidencia A)*

TRATAMIENTO

Como en toda estrategia de prevención vascular el tratamiento se encuentra dirigido a la reducción del riesgo global a través del complemento con medidas de salud pública dirigidas a la población general para reducir los niveles poblacionales de los factores de riesgo y estimular los estilos de vida saludables.

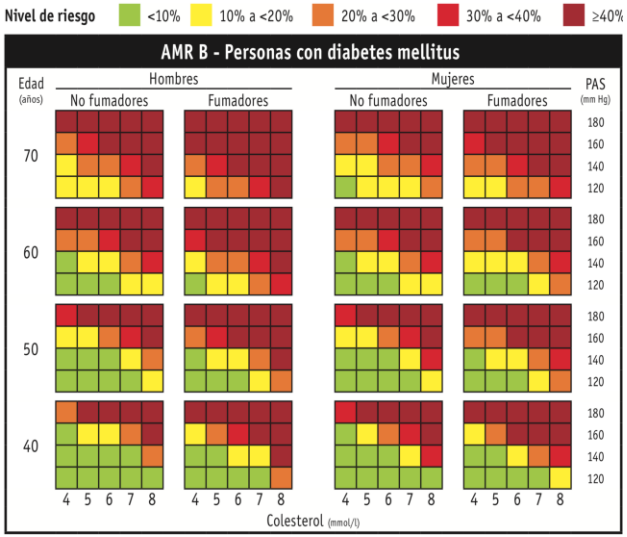
Por otro lado se debe utilizar un tratamiento especifico para la la dislipemia.

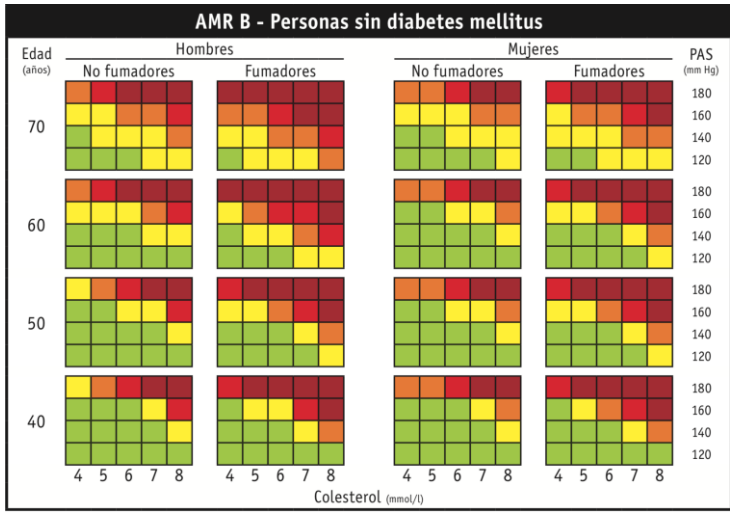
Prevención primaria

- Las tablas de riesgo pueden ser útiles no sólo para estimar el RCV, sino también para evaluar la forma de reducir el riesgo global abordando diferentes FR.

- La Sociedad Argentina de Cardiologia recomienda el uso de calculadoras de riesgo para estratificación con nivel de recomencación I, siendo la propuesta por la OMS la que mejor nivel de evidencia tiene en nuestra población (B)

ESTRATIFICACION DE RIESGO



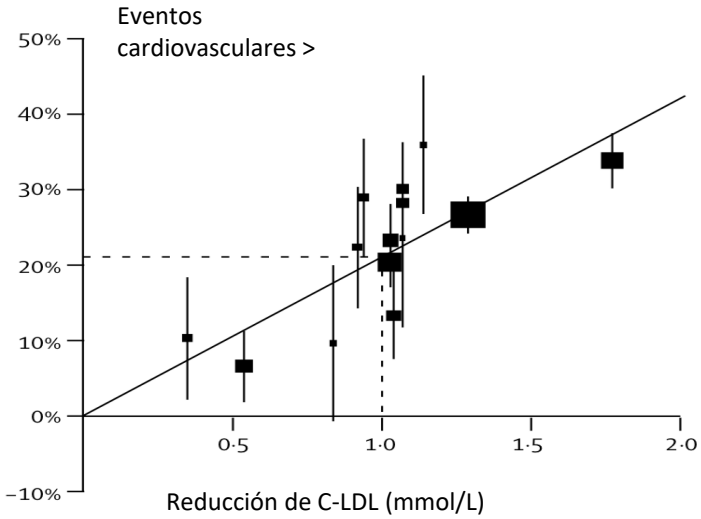


SCORE OMS AMERICA REGIÓN B

Tratamiento

- Tipificar el tipo de dislipemia
- Individualizar el paciente
- Explicar al paciente su situación real
- Marcar, desde el inicio, los objetivos a alcanzar
- Reforzar o iniciar la educación en los estilos de vida
- Recomendar el tratamiento farmacológico tras los cambios en el estilo de vida o desde el inicio en función del riesgo del paciente
- Elegir el fármaco idóneo para el paciente y a la dosis necesaria, teniendo en cuenta
  - Tipo de dislipemia
  - Potencia necesaria para alcanzar los objetivos
  - Posibles interacciones farmacológicas
  - Aparición de efectos secundarios
- Fomentar la asociación de hipolipemiantes cuando se requiera
  - Sinergismo para aumentar la potencia de los fármacos por separado
  - Dislipemias mixtas
  - Actuación sobre otras lipopartículas proaterogénicas
  - Otros efectos cardioprotectores

Por cada reducción de 1 mmol/L que equivale aproximadamente a 39 mg/dL de C-LDL se reduce un 21% la incidencia de eventos cardiovasculares mayores



Lancet 2005; 366: 1267–78

Farmacología

Tratamiento	Descenso LDL (%)	Incremento HDL (%)	Disminución TG (%)
Estatinas	25 - 63	4 – 12	14 – 29
Ezetimibe	18 - 25	1	9
Resinas	10 – 18	3	Neutro o ↑
Ác. nicotínico	10 – 20	14 – 35	30 – 70
Fibratos	4 - 21	11 - 13	30

Eficacia

	% DE REDUCCIÓN DE LDL-C				
DOSIS	**5 mg/día**	**10 mg/día**	**20 mg/día**	**40 mg/día**	**80 mg/día**
Fluvastatina	-	-	21%	27%	33%
Pravastatina	-	20%	24%	29%	-
Simvastatina	-	27%	32%	37%	42%
Atorvastatina	-	37	43%	49%	55%
Rosuvsatatina	38%	43%	48%	53%	-

PREVENCION SECUNDARIA

Dosis altas de estatinas de alta potencia

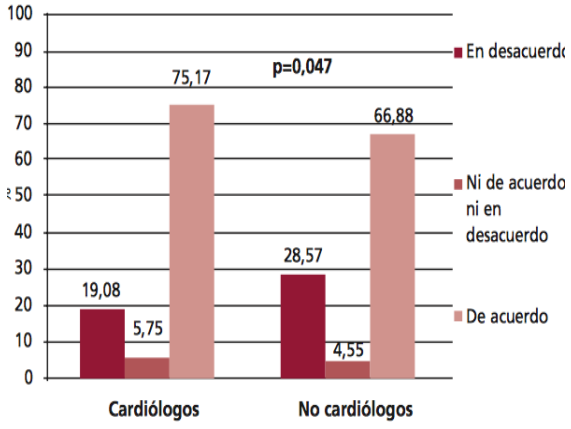
Atorvastatina 40 – 80 mg/dL

Rosuvastatina 20 – 40 mg /dL

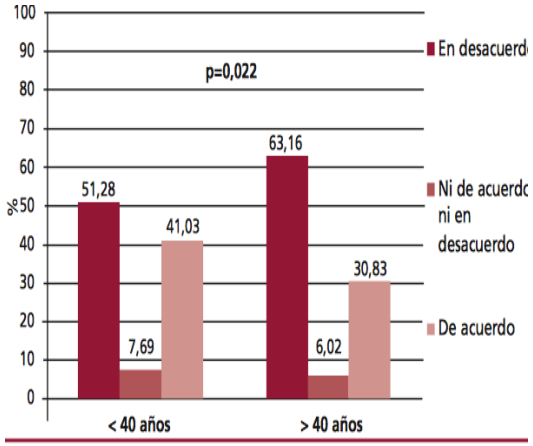
BARRERAS - DIFICULTADES

MEDICOS: FALTA DE INDICACIÓN - DOSIS INSUFICIENTE – SUSPENSION O REDUCCION DE DOSIS

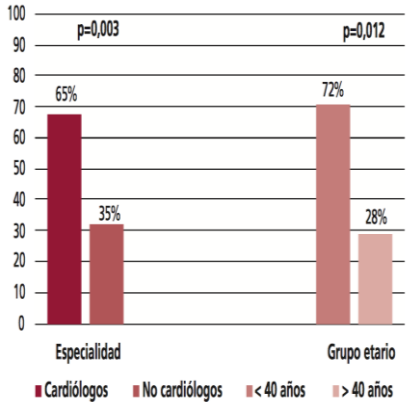
Uso de estatinas en pacientes diabéticos tipo II con valores normales de C-LDL



Suspensión del tratamiento con estatinas en pacientes de prevención primaria una vez normalizado el Col



Uso de estatinas a altas dosis

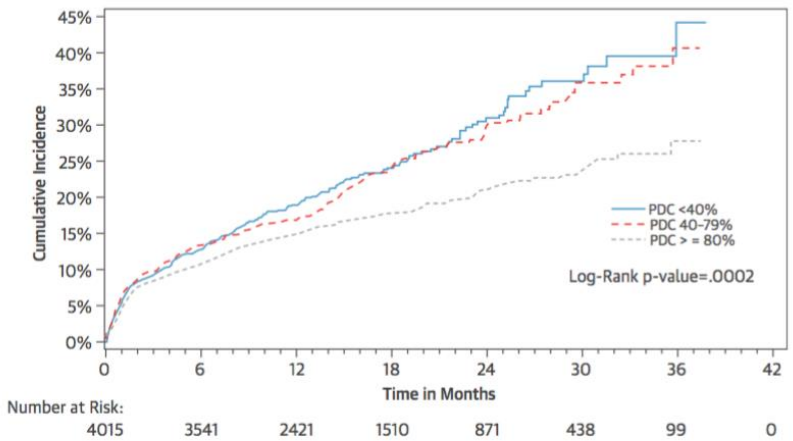


BARRERAS - DIFICULTADES

PACIENTE: FALTA DE ADHERENCIA

	Adherentes	Intermedios	No adherentes
Post-infarto	43%	31%	26%
Aterosclerosis	34%	38%	28%

FIGURE 2 Post-MI Primary Outcome Kaplan-Meier Curves



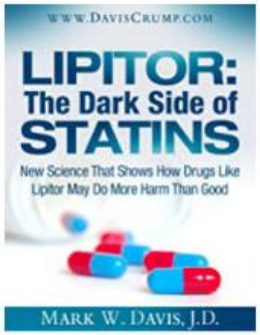
Kaplan-Meier curves for major adverse cardiovascular events (MACE) according to adherence categories in the post-MI cohort. Abbreviations as in Figure 1.

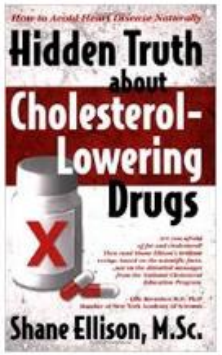
JACC VOL. 68, NO. 8, 2016 AUGUST 23, 2016:789–801

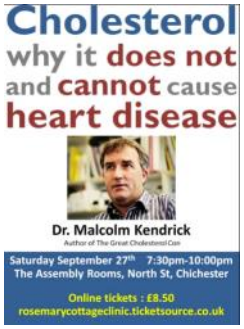
Objetivo 25 x 25

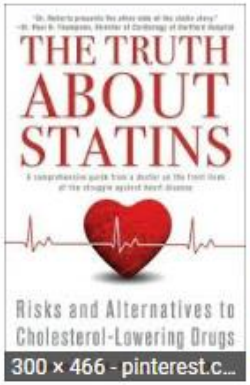
BARRERAS - DIFICULTADES

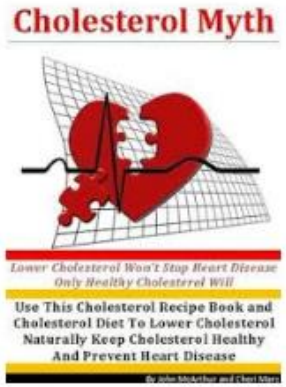
MEDICO Y PACIENTE: EFECTOS ADVERSOS

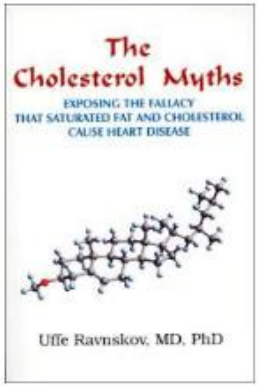


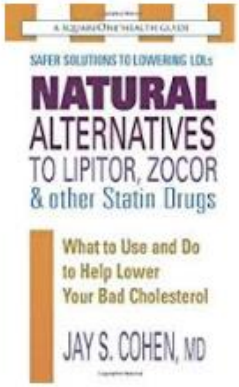












ESTRATEGIA

1. EL MAYOR DESAFIO CONSISTE EN HACER LO QUE NO HACEMOS

20% de ptes con ECV alcanzan objetivo C-LDL
80% de pacientes con HF no están diagnosticados/tratados
45% de ptes con diabetes no reciben estatinas

2. LOGRAR HABITOS DE VIDA SALUDABLES

3. EL TRATAMIENTO DE COLESTEROL DEBE SER CRONICO AL IGUAL QUE LA PATOLOGIA QUE ESTAMOS TRATANDO

4. CONOCER LOS EFECTOS ADVEROSOS Y SABER EXPLICAR AL PACIENTE LA IMPORTANCIA DEL RIESGO DE NO RECIBIR LA MEDICACIÓN

Muchas Gracias