

PROTOCOLO

DE

DISLIPEMIAS

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN	3
2.- DIAGNÓSTICO	5
3.- CAPTACIÓN	7
4.- ESTUDIO BÁSICO DEL PACIENTE CON DISLIPEMIA	9
5.- TRATAMIENTO	11
6.- ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL Y SEGUIMIENTO	14
 <u>ANEXOS:</u>	
<i>Anexo I</i> Valores de referencia por grupos de edad y sexo	17
<i>Anexo II</i> Condiciones para la extracción de sangre	18
<i>Anexo III</i> Dislipemias familiares (información básica)	19
<i>Anexo IV</i> Información para el paciente	21
<i>Anexo V</i> Fármacos hipolipemiantes	24
<i>Anexo VI</i> Manejo del paciente con dislipemia y otros factores de riesgo asociados	27

1



CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluye en protocolo a todos los pacientes que presenten cifras de colesterol y/o triglicéridos superiores a los siguientes valores de referencia:

COLESTEROL TOTAL	
EDAD	MEDIA COLESTEROL
20-35 años	> 220 mg./dl.
35-60 años	> 240 mg./dl.
> 60 años	> 260 mg./dl.

* En pacientes con antecedentes personales de cardiopatía isquémica, reducir estas cifras en 20 mg./dl.

TRIGLICÉRIDOS	
VARONES	> 200 mg./dl.
MUJERES	> 150 mg./dl.

2



DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basará en la medida de, al menos, dos determinaciones en sangre venosa, separadas entre sí por un intervalo de 2-4 semanas; si la diferencia entre estas dos

determinaciones es superior a 30 mg./dl. se realizará una tercera prueba 2-4 semanas después, tomando la media de las tres determinaciones como cifra de referencia.

La extracción se realizará en situación de ayuno previa de 12 horas, sin introducir modificaciones en la dieta habitual del paciente.

3



CAPTACIÓN

3.1.-PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREVIO DE DISLIPEMIA.

Revisar la Historia Clínica y valorar si procede o no reiniciar el procedimiento farmacológico.

3.2.-DESPISTAJE.

La medición periódica del colesterol sérico total se realizará solamente en:

3.2.1.- Diabéticos, hipertensos y pacientes con antecedentes personales de cardiopatía isquémica. (Intervalo 1-2 años).

3.2.2.- Varones de 35 a 60 años que presenten antecedentes familiares de cardiopatía isquémica y/o muerte súbita a edades tempranas; tabaquismo. (Intervalo: 5 años).

3.2.3.- Mujeres con anticoncepción hormonal. (Intervalo: 2 años).

3.2.4.- Usuarios que soliciten dicha medición, siempre y cuando no se disponga de una determinación previa etiquetada como normal en los últimos cinco años.

El despistaje se realizará en muestra obtenida por punción venosa, NO mediante métodos de química seca.

4



*ESTUDIO BÁSICO DEL
PACIENTE CON DISLIPEMIA*

4.1.-DIAGNÓSTICO CORRECTO.

5



TRATAMIENTO

Se iniciará SIEMPRE con medidas higiénico-dietéticas. Excepción:

- ⇒ *Colesterol > 400 mg./dl. y/o agregación familiar con sospecha de dislipemia primaria. Se enviará directamente al especialista de endocrino para estudio completo.*
- ⇒ *Pacientes con antecedentes personales de cardiopatía isquémica en los que se valorará de entrada la posibilidad de complementar el tratamiento higiénico-dietético con tratamiento farmacológico.*
- ⇒ *Pacientes con hipertrigliceridemia > 800 mg./dl. que no se corrige tras 2-3 semanas de abstinencia alcohólica + dieta.*

5.1.-MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS.

Irán dirigidas a disminuir el riesgo cardiovascular global del paciente. Incluyen:

- 5.1.1.- Dieta.*
- 5.1.2.- Abandono del hábito tabáquico.*
- 5.1.3.- Ejercicio físico moderado.*
- 5.1.4.- Disminución del sobrepeso.*
- 5.1.5.- Consumo moderado de alcohol (en bebedores excesivos).*

Se mantendrán un mínimo de seis meses (tres en pacientes con antecedentes familiares de cardiopatía isquémica).

Se propone un único tipo de dieta, con las siguientes características:

- ⇒ *Disminución de las grasas totales.*
- ⇒ *Disminución del colesterol.*
- ⇒ *Evitar las grasas saturadas.*
- ⇒ *Consumir ácidos grasos poliinsaturados, recomendado el consumo de aceite de oliva.*
- ⇒ *Disminuir el consumo de azúcares refinados.*
- ⇒ *Aumentar el consumo de fibra.*
- ⇒ *Evitar el alcohol en las hipertrigliceridemias.*

5.2.-TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

La decisión de iniciar o no tratamiento farmacológico debe individualizarse.

5.2.1.- FACTORES A FAVOR:

- ⇒ *Antecedentes personales de cardiopatía isquémica.*
- ⇒ *Varón, 35-50 años, con uno o varios factores de riesgo cardiovascular, y colesterol total inicial superior a 285 mg./dl.*

5.2.2.- FACTORES EN CONTRA:

- ⇒ *Hipercolesterolemia como único factor de R.C.V.*
- ⇒ *Presencia de obesidad, con fracaso total o parcial del tratamiento dietético (perseverar).*
- ⇒ *Diabetes con mal control clínico.*
- ⇒ *Edad > 60 años, con colesterol total inicial inferior a 285 mg./dl.*
- ⇒ *En mujeres: triglicéridos normales y colesterol total inicial inferior a 285 mg./dl.*
- ⇒ *No abandono del hábito tabáquico.*

En cualquier caso, antes de iniciar tratamiento farmacológico debe realizarse un estudio lipídico completo (colesterol total, triglicéridos, fracciones). La cifra de LDL puede orientar el tratamiento farmacológico en varones de 35 a 55 años (si los triglicéridos son < 200); en varones mayores de 55 años la cifra de HDL tiene un valor predictivo similar o mejor; en mujeres es preferible guiarse por las cifras de HDL.

Cifras orientativas a favor de iniciar tratamiento farmacológico (SIEMPRE CON UNO O MÁS F.R.C.V. ASOCIADOS):

- ⇒ Varones 35-55 años _____ Col-LDL > 175
- ⇒ Varones > 55 años _____ Col-LDL > 175 y Col-HDL < 35
- ⇒ Mujeres _____ Col-HDL < 35
(o Col-HDL/Col-Tot x 100 < 200)
- ⇒ Si antecedentes personales de c. isquémica _____ Col-LDL > 130
Col-HDL < 35

5.2.3.- ESTRATEGIA TERAPÉUTICA:

- ⇒ *En pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica: empezar con lovastatina; doblar dosis si es necesario; asociar colestiramina.*
- ⇒ *En hipercolesterolemia: ¿empezar con colestiramina?, ¿empezar con lovastatina? (decisión individual); doblar dosis; asociar.*
- ⇒ *En hipertrigliceridemia: empezar con gemfibrocil; pasar a clofibrato.*
- ⇒ *Hipercolesterolemia + hipertrigliceridemia: si es una disbetalipoproteinemia familiar: gemfibrocil o clofibrato; sino: lovastatina.*

6



*ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL
Y SEGUIMIENTO*

6.1.-CAPTACIÓN.

Consulta Médica / Consulta de Enfermería.

6.2.-ESTUDIO INICIAL.

Consulta Médica.

6.3.-TRATAMIENTO HIGIÉNICO-DIETÉTICO.

Consulta de Enfermería; individualizar plan de actuación. Evaluación semestral conjunta (Médico / Enfermera), revisando Historia Clínica + analítica + E.C.G. si en el inicial se detectan anomalías; si el E.C.G. inicial es normal, repetirlo cada dos años.

6.4.-TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

En Consulta Médica instauración y control de tolerancia en el primer mes. Luego control y seguimiento en Consulta de Enfermería, intercalando evaluaciones semestrales, bien mediante derivación a Consulta Médica, bien mediante revisión conjunta de Historia Clínica y pruebas complementarias.

Especificaciones:

- * *Tratamiento con lovastatina: control analítico a los tres meses de iniciado el tratamiento, que incluya perfil lipídico, C.P.K. y pruebas de función hepática; posteriormente, repetir controles analíticos cada seis meses. Remitir a Consulta Médica si C.P.K. y/o transaminasas duplican los valores normales.*
- * *Gemfibrocil y colestiramina: perfil lipídico semestral.*

A N E X O S

ANEXO I

VALORES DE REFERENCIA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

GRUPO DE EDAD	VARONES (percentil)		MUJERES (percentil)		
	75	90	75	90	
20 - 29	200	225 200	195	220 145	Col Trig
30 - 39	C T 225	250 250	205	230 160	Col Trig
40 - 49	235	260 250	225	250 185	Col Trig
50 - 59	235	260 250	240	265 190	Col Trig
> 60	235	260 235	250	275 200	Col Trig

Notas: Los valores aparecen en mg./dl.

Para el p. 75 sólo se da la cifra de colesterol.

Para el p. 90 se da la cifra de colesterol y triglicéridos.

Fuente: Medicina Científica Americana.

ANEXO II

CONDICIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE SANGRE

El diagnóstico de hiperlipemia implica un tratamiento y seguimiento del paciente durante un período de tiempo indefinido. Por esto es necesario practicar el estudio analítico con las máximas condiciones de fiabilidad, teniendo presentes las siguientes recomendaciones:

- 1.- La muestra de sangre debe obtenerse con el paciente sentado, sin estasis venosa prolongada y tras un período de ayuno de 12 horas (para evitar las hipertriglicidemias postprandiales), durante el cual sólo se permite la ingesta de agua y se prohibirá expresamente la ingesta de alcohol.*
- 2.- El paciente debe mantener su peso estable y su dieta habitual durante las tres semanas previas al estudio.*
- 3.- En caso de enfermedad intercurrente grave, como infarto de miocardio, cirugía o traumatismo se debe retrasar la extracción de sangre un mínimo de tres meses para que los valores obtenidos tengan validez.*
- 4.- También se debe retrasar la toma de muestras unos tres meses tras el parto por el mismo motivo.*
- 5.- En caso de enfermedad intercurrente leve la extracción de sangre debe retrasarse un mínimo de tres semanas.*
- 6.- Debe suspenderse la toma de fármacos capaces de modificar el metabolismo lipídico, entre ellos los hipolipemiantes, de un mes a mes y medio antes del estudio en el caso de reevaluar a un paciente ya en tratamiento.*

ANEXO III

DISLIPEMIAS FAMILIARES (INFORMACIÓN BÁSICA)

1.-DLP tipo I.

1.1.-Déficit de lipasa o apoproteína CII.

1.2.-Trastorno raro (autosómico recesivo).

1.3.-Niños, adolescentes.

1.4.-Crisis de dolor abdominal.

1.5.-Hepatoesplenomegalia, xantomas eruptivos.

1.6.-Triglicéridos > 1.000 mg./dl.

1.7.-No aterogénica.

Tratamiento: *Dieta.*

2.-DLP tipo III.

2.1.-Disbetalipoproteinemia familiar.

2.2.-Trastorno raro (autosómico recesivo).

*2.3.-Asociación frecuente con → hipotiroidismo
→ obesidad
→ diabetes*

2.4.-Xantomas palmares y tuberosos (codos, rodillas).

2.5.-Colesterol y triglicéridos > 300 mg./dl.

2.6.-Aterogénesis.

Tratamiento: *Clofibrato.*

3.-DLP tipo IIa.

3.1.-Hipercolesterolemia familiar.

3.2.-Trastorno frecuente (autosómico dominante).

3.3.-Expresividad clínica en niños.

3.4.-Xantomas tendinosos.

3.5.-Colesterol > 300 mg./dl.

3.6.-Aterogénesis muy marcada.

Tratamiento: Heterocigotos (estatinas + resinas + probucol).

4.-DLP tipo IV.

4.1.-Hipertrigliceridemia familiar.

4.2.-Trastorno frecuente (autosómico dominante).

4.3.-Asociación frecuente con: → obesidad, diabetes
→ hiperuricemia, H.T.A.

4.4.-Triglicéridos > 400-500 mg./dl.

4.5.-Aterogénesis.

Tratamiento: Control pat. asociada / Gemfibrocil.

5.-DLP tipo ?.

5.1.-Hiperlipidemia familiar combinada.

5.2.-Trastorno frecuente (autosómico dominante)

5.3.-Expresividad fenotípica variable: → IIb (col + trig)
→ IIa (col)
→ IV (trig)

5.4.-Aterogénesis.

Tratamiento: Estatinas o Gemfibrocil.

ANEXO IV

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

1.- ¿QUE ES EL COLESTEROL?.

El colesterol es una grasa que circula por nuestro organismo a través de la sangre. Cuando está alto se deposita en las paredes de las arterias formando unas placas que dificultan el paso de la sangre y, a veces, lo impiden totalmente.

2.- ¿CÓMO INFLUYE EL COLESTEROL EN MI SALUD?.

Tener el colesterol alto no es una enfermedad, es un factor de riesgo, o sea, predispone a la aparición de otras enfermedades importantes como el infarto de miocardio, angina de pecho, dificultad de riego en las extremidades, etc.

Además del colesterol, hay otros factores de riesgo para el desarrollo de las anteriores enfermedades: hábito de fumar, tensión alta, obesidad, diabetes.

3.- ¿QUE DEBO HACER SI TENGO EL COLESTEROL ALTO?.

En primer lugar deberá intentar eliminar los factores de riesgo comentados:

3.1.-*Si es hipertenso, controle su tensión arterial.*

3.2.-*Si fuma, intente dejarlo.*

3.3.-*Si es usted diabético, controle el azúcar.*

3.4.-*Intente mantenerse en su peso ideal.*

3.5.-*Practique ejercicio físico a diario, por ejemplo caminar una hora al día.*

En segundo lugar, habrá que intentar bajar la cifra de colesterol. Esto se consigue haciendo algunas modificaciones en la alimentación tal como le aconsejarán, tanto el médico como la enfermera.

RECOMENDACIONES GENERALES:

- 1) *Lea las etiquetas de todos los productos que compre. Evite los que contengan huevo y grasa de origen animal.*
- 2) *No todas las grasas vegetales son recomendables, evite los productos elaborados con aceite de coco, palma y palmiste, así como aquellos que no informan con detalle del tipo de grasa utilizada.*
- 3) *Retire la grasa visible de los estofados y las sopas mediante papel absorbente; si el plato se enfría previamente, la grasa puede retirarse con una cuchara.*
- 4) *No tomar más de tres o cuatro raciones de carne a la semana. Tomar preferentemente pescado (blanco y azul) o aves de corral (pollo y pavo) que tienen menos contenido en grasa.*
- 5) *Antes de cocinar debe eliminar la grasa visible de las carnes. En las aves de corral quite también la piel.*
- 6) *No tome más de dos huevos a la semana.*
- 7) *Consuma leche desnatada y productos lácteos desnatados.*
- 8) *Al cocinar evite los fritos y empanados, cocine a la plancha, asados o hervidos al vapor.*
- 9) *Utilice para cocinar aceite de oliva y/o de semillas (maíz o girasol).*
- 10) *Consumir más alimentos ricos en fibras (pan, harinas integrales, cereales, legumbres, verduras y frutas).*

En la siguiente hoja tiene una lista de los alimentos más comunes para que sepa si puede comerlos a diario o no. Se dará cuenta al leerla que tiene muy pocas cosas totalmente prohibidas. Esto se debe a que, en realidad, no le estamos dando una dieta tal como se entiende la palabra, sino unas recomendaciones dietéticas, que no son sino las que todas las personas deberíamos seguir, tengamos el colesterol alto o no.

Por este motivo, no hay ningún inconveniente en que las personas que conviven con usted sigan estas mismas recomendaciones. Seguramente también les va a beneficiar.

ALIMENTO	PERMITIDO (a diario)	A LIMITAR (máximo 2 veces semana)	NO PERMITIDO (desaconsejado)
CEREALES	<i>Harina integral, harina de avena, pan integral, cereales enteros, granos de avena, pan tostado, arroz integral, pasta italiana (sin huevo), galletas integrales.</i>	<i>Harina blanca, pan blanco, cereales con azúcar, arroz blanco.</i>	<i>Pastas dulces (madalenas, croissant, ensaimadas, galletas, bollos, etc.), pasta italiana al huevo.</i>
FRUTAS, VERDURAS Y LEGUMBRES	<i>Todo tipo de frutas, verduras y legumbres, tanto frescas como congeladas.</i>	<i>Aceitunas, aguacates. Patatas fritas caseras cocinadas con aceite vegetal.</i>	<i>Snaks (patatas chips, ganchitos, cortezas, fritos).</i>
FRUTOS SECOS	<i>Nueces, ciruelas, pasas, castañas, dátiles.</i>	<i>Almendras, avellanas, cacahuetes.</i>	<i>Coco.</i>
HUEVOS, LECHE Y DERIVADOS	<i>Leche y yoghurt desnatados, clara de huevo, flan, cuajada y postres sin huevo.</i>	<i>Huevo entero, queso fresco, requesón, queso de bola, manchego.</i>	<i>Leche entera, evaporada o condensada, nata, crema, flan de huevo, queso duro cremoso (Cheddar, Cheshire).</i>
PESCADO Y MARISCOS	<i>Pescado blanco y azul, atún en lata y salmón ahumado, sardinas en aceite.</i>	<i>Marisco, sardinas en lata con aceite, bacalao salado.</i>	<i>Huevas de pescado, mojama.</i>
CARNE ROJA	<i>Pollo y pavo sin piel, conejo y caza.</i>	<i>Vaca, buey, cerdo, ternera, cordero (sólo las partes magras), jamón (magros).</i>	<i>Hamburguesas, frankfurts, salchichas, panceta (bacón), ganso y pato.</i>
GRASAS	<i>Aceite de oliva, girasol, maíz o de pepita de uva utilizados como aliño.</i>	<i>Margarinas vegetales, jamón dulce y serrano.</i>	<i>Manteca de cerdo, mantequilla, vísceras despojos, embutidos, bacón (panceta).</i>
POSTRES	<i>Mermeladas, repostería casera, helados, sorbetes, tartas y pasteles preparados con leche descremada y margarina.</i>	<i>Miel, caramelos, fruta en almíbar.</i>	<i>Chocolate, pasteles.</i>
BEBIDAS	<i>Agua, zumos de fruta, sopas y caldos caseros sin grasas, té, café, café descafeinado. Cerveza y</i>	<i>Alcohol, vino y cerveza (prohibidos en las hipertrigliceridemias), refrescos azucarados.</i>	<i>Sopas cremosas de sobre o lata, caldos de cubo. Licores de alta graduación.</i>

	vino con moderación.		
--	----------------------	--	--

ANEXO V

FÁRMACOS HIPOLIPEMIANTES

1.- RESINAS DE INTERCAMBIO ANIÓNICO.

1.1.- COLESTIRAMINA:

1.1.1.- Usos:

En las hipercolesterolemias por aumento de las LDL inducen descensos de hasta un 20-25% de los valores basales. No están indicadas en las hipertrigliceridemias que, incluso, empeoran con su uso, al menos, al inicio del tratamiento.

1.1.2.- Mecanismos de acción:

Interrumpen el ciclo enterohepático de los ácidos biliares impidiendo su absorción, con lo cual también se dificulta la absorción enteral del colesterol y triglicéridos de la dieta.

Para compensar la pérdida de ácidos biliares, el hígado aumenta su síntesis, para lo cual necesita disponer de mayores cantidades de colesterol. Esto lo logra aumentando el número de receptores hepáticos para LDL (B-100, E) con lo que, de forma secundaria, disminuyen las concentraciones plasmáticas de estas lipoproteínas.

Al cabo de algún tiempo de usar resinas, el hígado aumenta de forma compensatoria la síntesis de colesterol, con lo que su eficacia disminuye. En este caso, se pueden combinar con otros fármacos que inhiban la síntesis hepática de colesterol (inhibidores de la HMG-CoA-r).

1.1.3.- Efectos adversos:

Muchos pacientes no pueden tomar esta medicación debido a su mal sabor o bien a molestias abdominales, epigastralgia, estreñimiento y flatulencia.

También pueden dar esteatorrea y alteración en la absorción de vitaminas y fármacos liposolubles (digital, tiroxina, tiazidas, fenobarbital, dicumarínicos, etc.), por lo que se recomienda que éstos no se administren desde

una hora antes hasta cuatro horas después de haber ingerido el hipolipemiante.

Ocasionalmente se han encontrado alteraciones de la bioquímica hepática (GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina) poco llamativas y que desaparecen al suspender o disminuir la dosis del fármaco.

1.1.4.- Administración y dosis:

Se presentan en sobres para disolver en agua conteniendo 4 gr. de colestiramina o su equivalente de los otros fármacos.

Se debe comenzar por administrar 8 gr. de 15 a 30 minutos antes de la cena, reevaluando en la siguiente visita de control y duplicando la dosis si el efecto alcanzado no es el esperado.

2.- FIBRATOS.

2.1.- CLOFIBRATO, FENOFIBRATO, GEMFIBROCIL, BEZAFIBRATO:

2.1.1.- Usos:

En las hipertrigliceridemias provocan descensos del 30-60% sobre los valores basales, con un efecto mucho menor, aunque aceptable, sobre el colesterol.

2.1.2.- Mecanismos de acción:

Inhiben la síntesis hepática de VLDL y aumentan su catabolismo periférico al potenciar los efectos de la enzima lipoproteinlipasa (LPL). Todos los fibratos producen aumento de las HDL.

2.1.3.- Efectos adversos:

Por lo general, son fármacos muy bien tolerados, pero en algunos pacientes dan lugar a trastornos digestivos (abdominalgia, diarrea, náuseas), erupciones cutáneas, eosinofilia, mialgias, miositis, etc.

Clofibrato y Gemfibrocil aumentan el riesgo de desarrollar litiasis biliar y, de forma ocasional, se pueden detectar en los controles analíticos elevaciones de las transaminasas y la CPK.

2.1.4.- Administración y dosis:

Depende del fármaco.

3.-INHIBIDORES DE LA HMGCoA - REDUCTASA.

3.1.-LOVASTATINA:

3.1.1.- Usos:

En las hipercolesterolemias reducen las cifras basales en un 30%; la concentración de VLDL no se afecta y la de HDL generalmente aumenta o se mantiene igual. Asociados a otros fármacos de distinto mecanismo de acción, el porcentaje de reducción de colesterol puede llegar hasta un 50%.

3.1.2.- Mecanismos de acción:

Inhiben la síntesis de colesterol a nivel hepático e intestinal por mecanismo competitivo con la enzima HMGCoA-reductasa. De forma secundaria a esta inhibición, aumenta los receptores hepáticos de LDL-colesterol con lo que disminuye su concentración plasmática.

3.1.3.- Efectos adversos:

A corto plazo son bien tolerados. No se ha evaluado su toxicidad a largo plazo. No deben administrarse a niños ni durante el embarazo y lactancia, debiendo suspenderse su administración con varios meses de antelación si se planifica éste.

No deben asociarse a eritromicina, fibratos, ácido nicotínico o inmunosupresores, ya que puede provocar un cuadro de miopatía.

Debe monitorizarse la posibilidad de lesión hepática y muscular mediante controles periódicos de transaminasas y CPK. Se suspenderá el tratamiento si las cifras normales de estas enzimas se triplican.

3.1.4.- Administración y dosis:

La dosis inicial de Lovastatina es de 20 mg., pudiendo llegar a administrar hasta 80 mg. al día. Se recomienda hacer una toma única con la cena, aunque si se aumenta la dosis puede darse fraccionada en varias tomas.

NOMBRES COMERCIALES Y COSTE/DÍA					
<i>Colestiramina</i>	<i>LISMOL</i>	<i>50 s.</i>	<i>4 g.</i>	<i>8-24 g.</i>	<i>173 P.</i>
<i>Fenofibrato</i>	<i>LIPARISON RET SECALIP 250</i>	<i>30 c.</i>	<i>250 mg.</i>	<i>250 mg.</i>	<i>37</i>
<i>Gemfibrocil</i>	<i>TRIALMIN 600 LOPID 600</i>	<i>60 c.</i>	<i>600 mg.</i>	<i>600 mg.</i>	<i>130</i>
<i>Bezafibrato</i>	<i>EULITOP</i>	<i>60 c.</i>	<i>200 mg.</i>	<i>400 mg.</i>	<i>48</i>
	<i>EULITOP RET</i>	<i>30 c.</i>	<i>400 mg.</i>	<i>400 mg.</i>	<i>67</i>

Lovastatina	MEVACOR	28 c.	20 mg.	20 mg.	163
-------------	---------	-------	--------	--------	-----

ANEXO VI

MANEJO DEL PACIENTE CON DISLIPEMIA Y OTROS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

1.-HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

La asociación de hiperlipemia con H.T.A. es bastante frecuente y da lugar a un aumento importante del riesgo coronario. Así pues, será necesario en algunos pacientes asociar un tratamiento de tipo antihipertensivo que, en caso de ser farmacológico, deberemos monitorizar para comprobar en qué medida modifica el perfil lipídico y suspender su administración o cambiarlo por otro que no lo modifique.

Entre los antihipertensivos que alteran el perfil lipídico los más utilizados son los diuréticos, en especial tiazidas y derivados, y los B-bloqueantes.

2.-TABAQUISMO.

Es bien conocido el papel del tabaquismo como factor de riesgo independiente en la génesis de la cardiopatía isquémica. Cuando se asocia a hiperlipemia el riesgo aumenta de forma exponencial hasta el punto de que es poco probable que el tratamiento hipolipemiante sea mínimamente eficaz como preventivo de la arteriosclerosis coronaria.

Es pues prioritario al tratar una hiperlipemia que el paciente abandone el hábito de fumar, para lo cual le prestaremos todo el apoyo que sea necesario.

3.-DIABETES MELLITUS.

Al igual que los anteriores factores mencionados, la coexistencia de hiperlipemia y diabetes aumenta el riesgo coronario. En este caso, el tratamiento debe ir orientado en primer lugar a mejorar el control clínico y metabólico de la diabetes. Una vez conseguido éste, hay que solucionar todos aquellos factores asociados (obesidad, sedentarismo, etc.) que pudieran empeorar el proceso y, tras corregirlos, en el caso de que la hiperlipemia no

haya mejorado hasta una situación aceptable, pensar en la posibilidad de utilizar fármacos hipolipemiantes.

4.- OBESIDAD.

La obesidad produce trastornos del perfil lipídico, en especial hipertrigliceridemia, pero también hipercolesterolemia debido al aumento de ingesta de colesterol y grasas saturadas y al exceso de VLDL. Al mismo tiempo, disminuye el HDL.

La disminución de peso da lugar a que estas alteraciones del patrón lipídico reviertan en gran medida, por ello es fundamental, cuando a la hiperlipemia se asocia obesidad, la prescripción de una dieta hipocalórica adecuada al paciente.

5.-ALCOHOL.

Aunque parece ser que su ingesta aumenta el HDL, no está claro que lo haga a costa de una fracción cardioprotectora. Por otra parte, tiene un papel perjudicial en las hipertrigliceridemias en las que debe suprimirse, y no cabe duda, de su efecto hepatotóxico y del aporte calórico extra que supone. Así pues, se debe suprimir en las hipertrigliceridemias y limitar su consumo en las otras hiperlipemias a un máximo de un vaso de vino con las comidas.

6.- SEDENTARISMO.

Salvo que exista alguna contraindicación formal a la práctica de ejercicio físico, la realización de éste de forma regular será beneficiosa para reducir los niveles de lípidos y de peso. Se recomienda la práctica de un deporte suave o caminar durante 1 hora diaria.

7.-ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.

Antes de iniciar un tratamiento hormonal con anticonceptivos orales, se debe investigar los niveles de lípidos en sangre. En caso de que se detecte hipercolesterolemia y de que ésta no desaparezca con tratamiento dietético, se planteará la posibilidad de suspender, o de no comenzar, la administración de anticonceptivos hormonales, sustituyendo éstos por otro método contraceptivo.