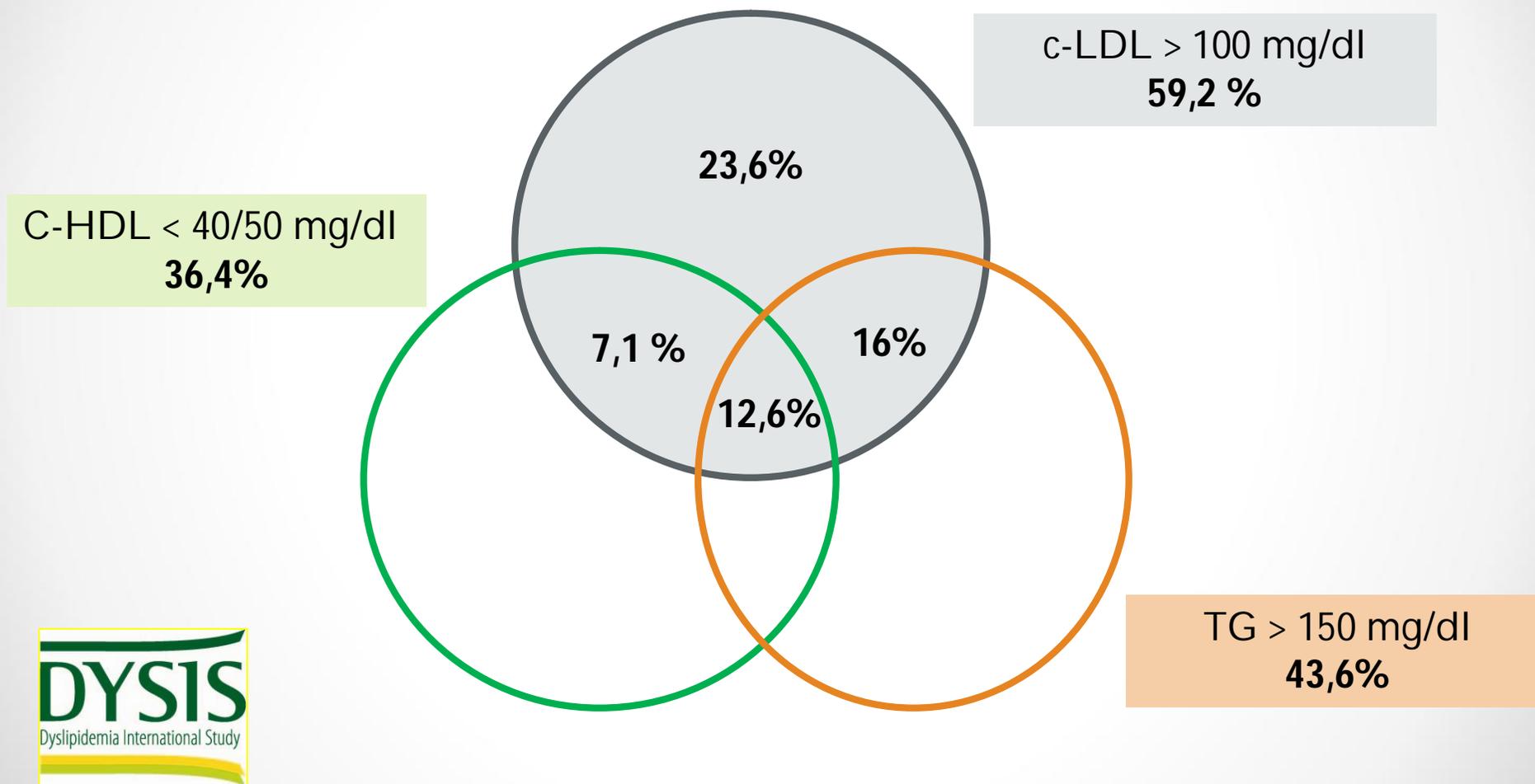


**¿Cuándo es necesario empezar el tratamiento y
cuál es el objetivo de la hipercolesterolemia en la DM?**

Una visión desde la Atención Primaria

**César Asenjo
ABS Martí i Julià – Cornellà 1
Grup de Lípids CAMFiC**

Dislipidemia en población diabética tratada con estatinas. Resultados del Dyslipidemia International Study en España

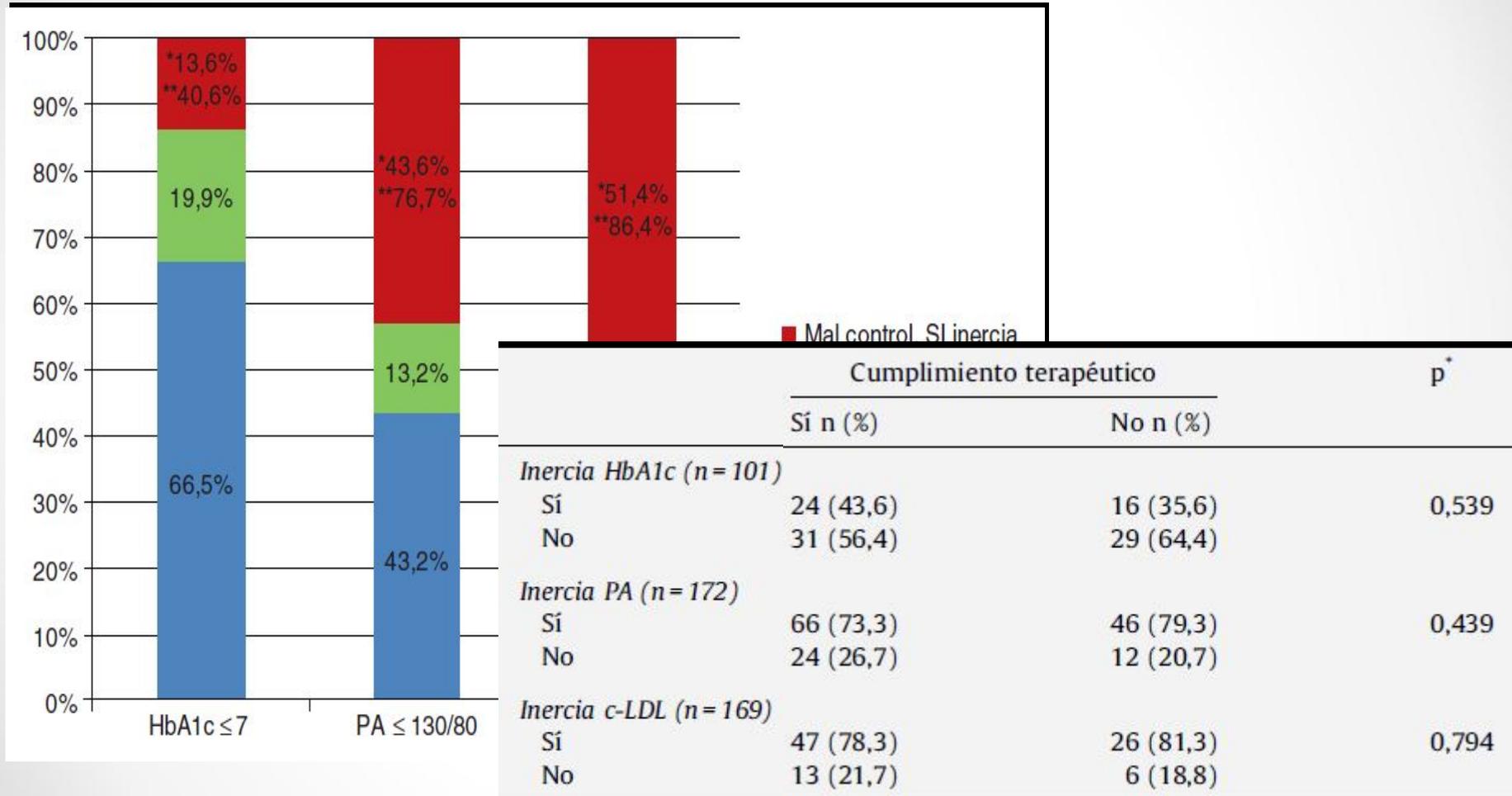


Control de glicemia y factores de riesgo cardiovascular en diabéticos tipo 2 en Atención Primaria en Catalunya

- 3.755.038 entre 31-90 años
- 286.791 DM tipo 2 (prevalencia 7,6 %, 22,4 % en > 70 años)
- Determinación de colesterol total 77,3 %

	Total	Hombres	Mujeres	< 65 años	≥ 65 años
Colesterol total < 200 mg/dl	61,3	67,3	54,6	55,4	63,4
Colesterol total < 250 mg/dl	93				
C- LDL < 100 mg/dl	37,9	41,3	34,2	32,8	40,6
C- LDL < 130 mg/dl	72,4	75,2	69,4	67,2	75,2
Triglicéridos < 150 mg/dl	39,6	38,8	40,4	47,2	35,4
Triglicéridos < 200 mg/dl	79,7				
C- HDL > 40 mg/dl		79			
> 50 mg/dl			70.1		

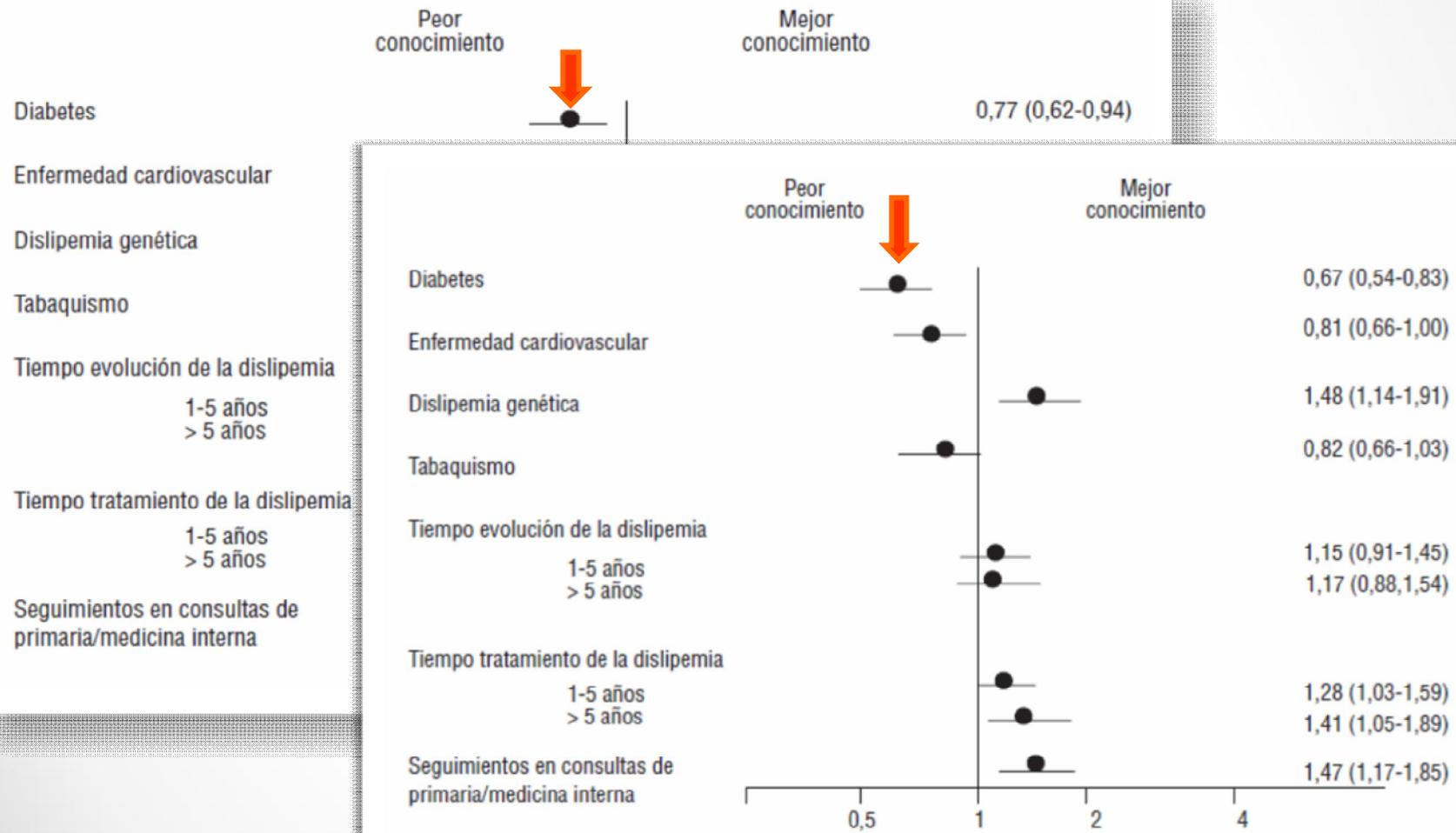
Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria



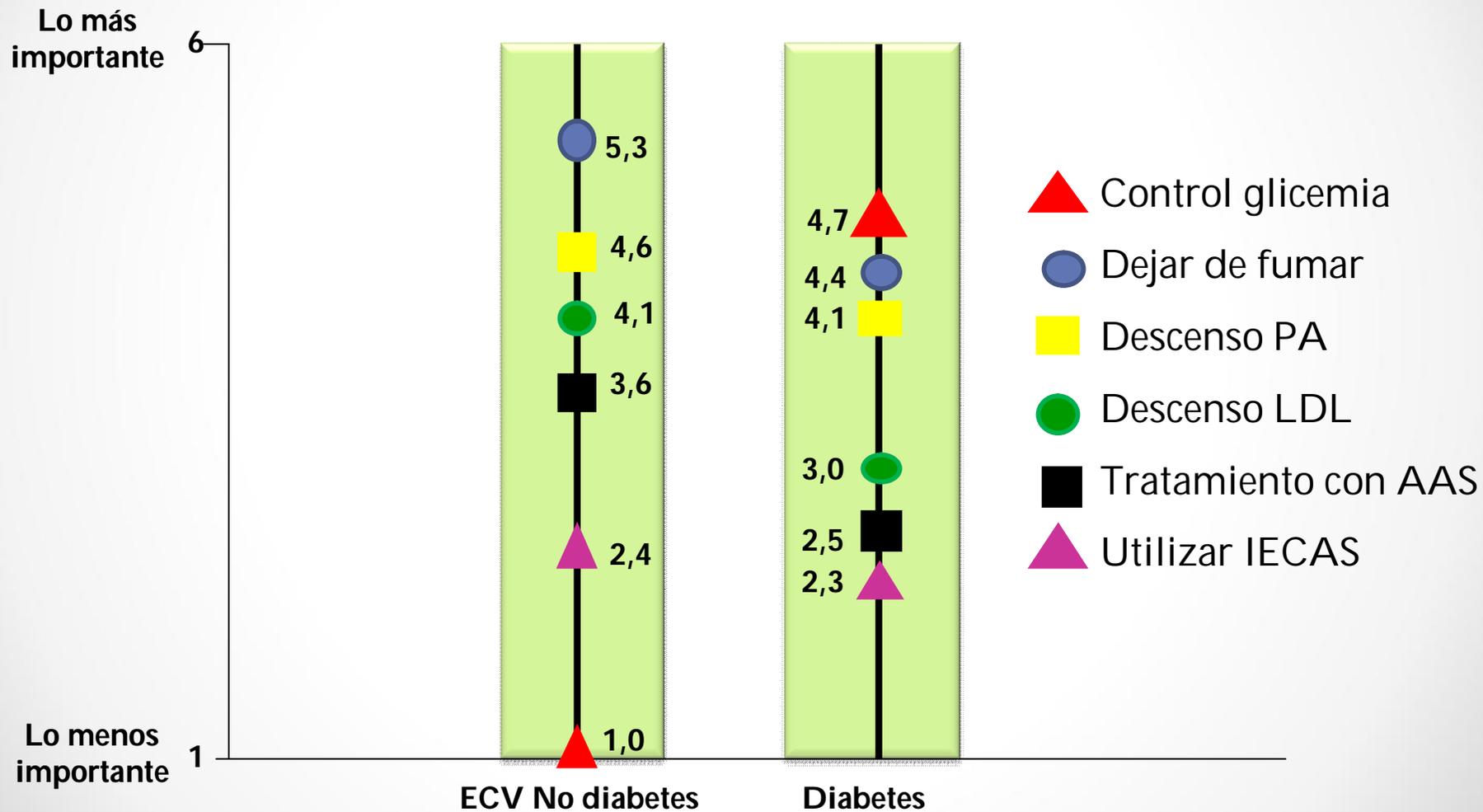
Adherencia a tratamientos orales en diabetes tipo 2

	n°	N	%	95 % IC
Hipoglucemiantes orales	66	33	50	37,9-62,1
Antihipertensivos	62	31	50	37,6-62,4
Hipolipemiantes	33	23	69,7	54,0-85,4
Antiagregantes	40	31	77,5	64,6-90,4
Todos	82	29	35,4	25,0-45,7

Conocimiento sobre el tratamiento dietético y farmacológico de la hipercolesterolemia y su relación con el control de objetivos en pacientes que reciben estatinas: estudio OPINA

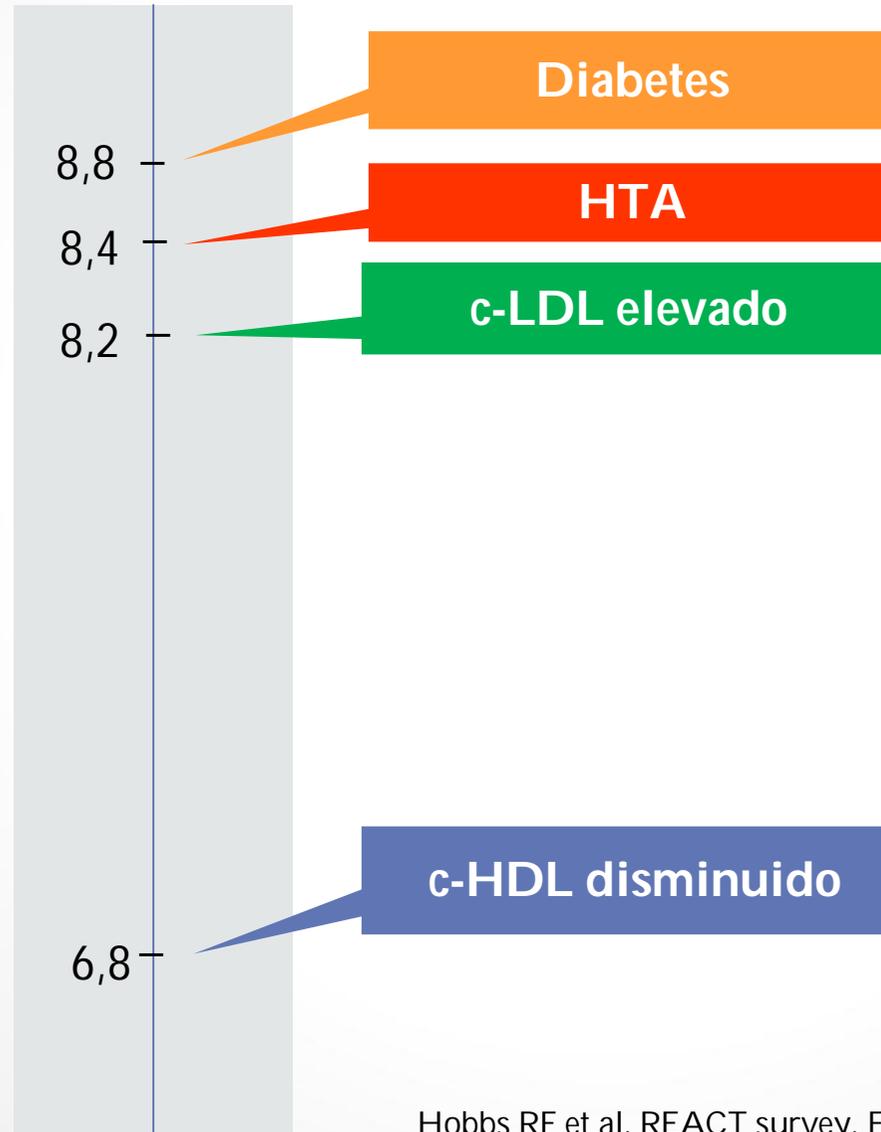


Priorización del tratamiento para reducir el riesgo cardiovascular

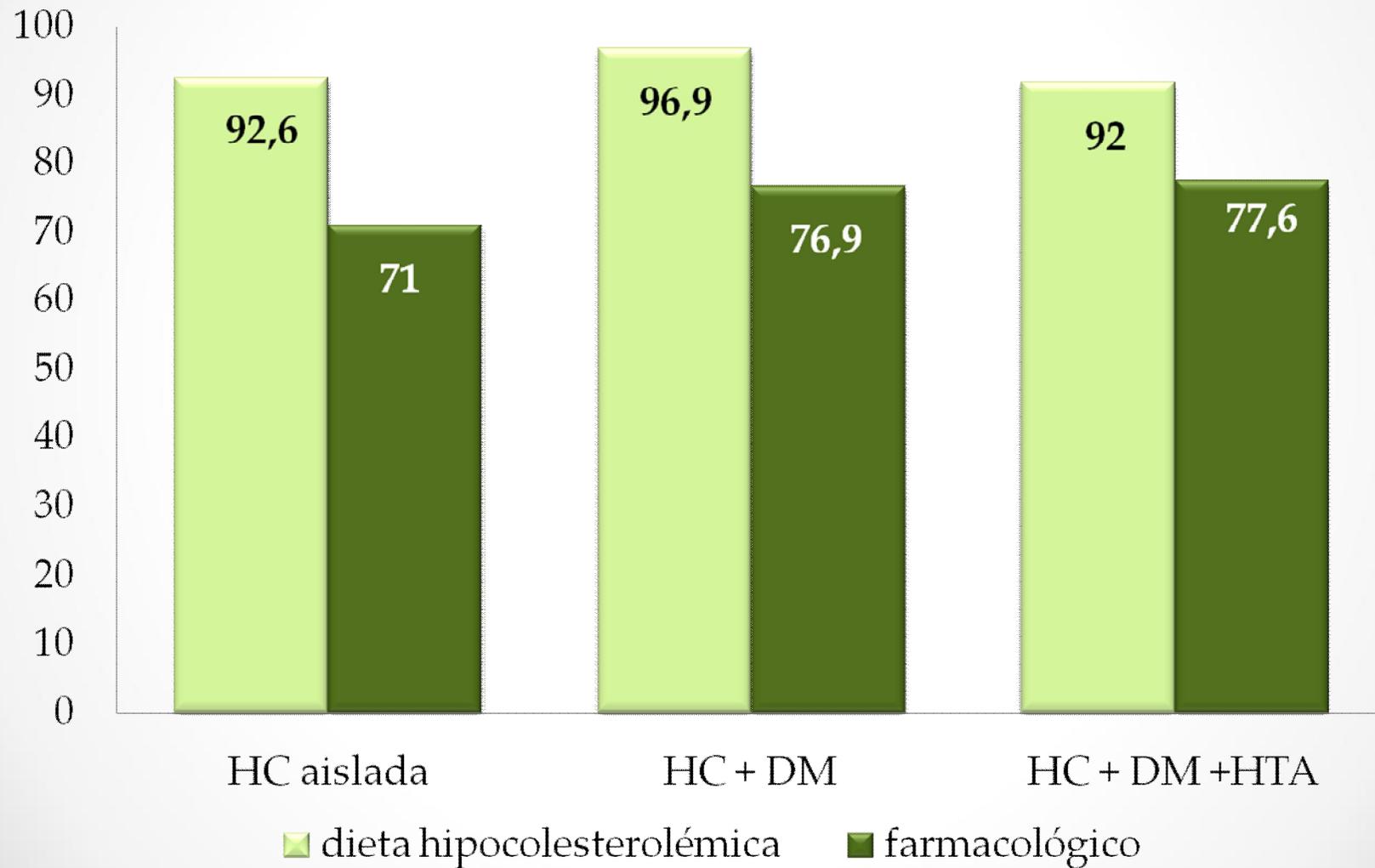


Adaptado de: Merz CN, et al. J Am Coll Cardiol 2002;40:1877-81.

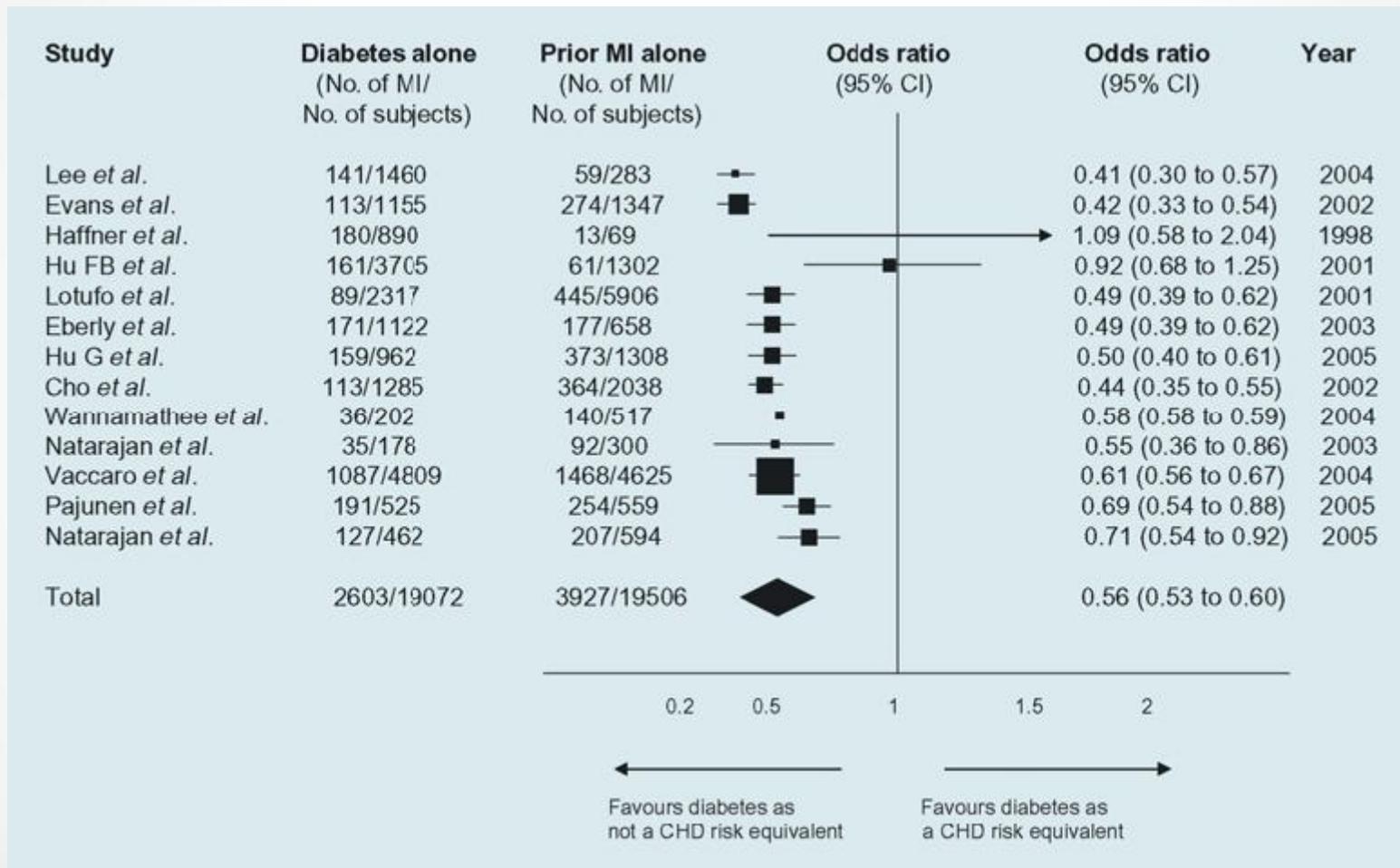
Percepción de los MF de la importancia de los factores de riesgo en la enfermedad cardiovascular

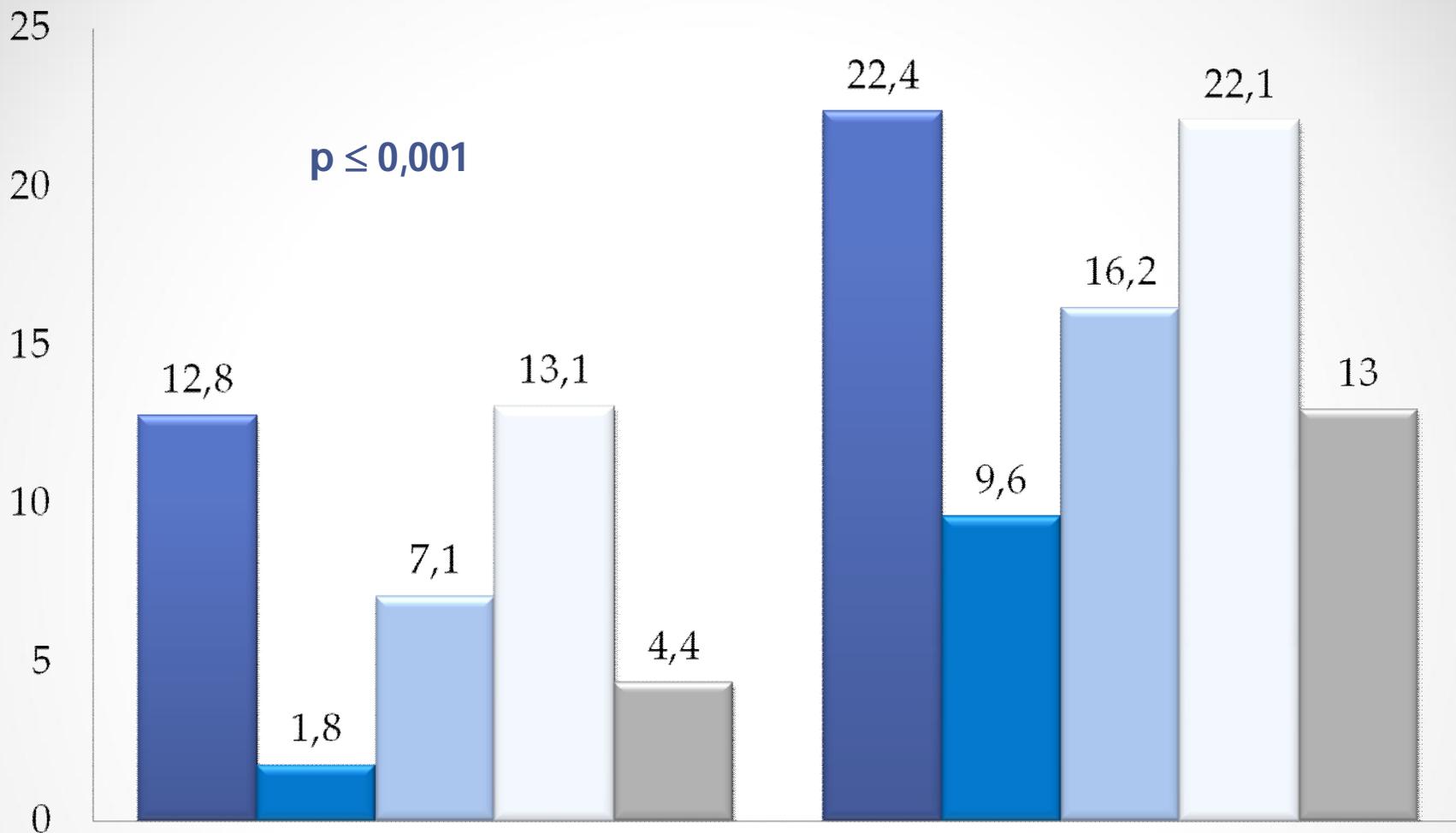


Actitud terapéutica de los médicos de Atención Primaria en pacientes hipercolesterolémicos



¿Es la diabetes un equivalente de riesgo coronario?





■ mortalidad total ■ mortalidad coronaria ■ IAM fatal y no fatal
■ enf. coronaria ■ mortalidad CV

Colesterol i risc coronari

Guies de pràctica clínica

Material docent



Institut Català
de la Salut

Varones diabéticos

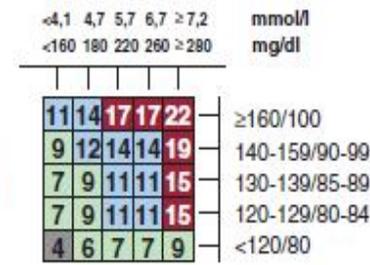
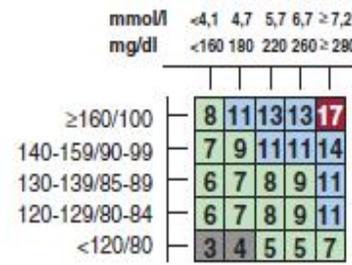
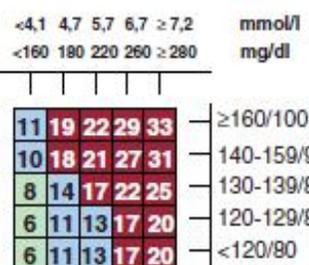
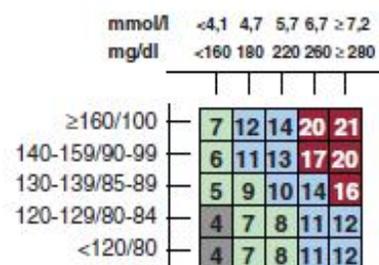
Mujeres diabéticas

No fumadores

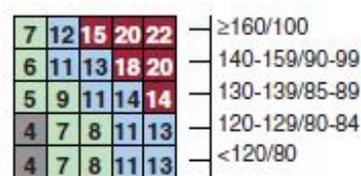
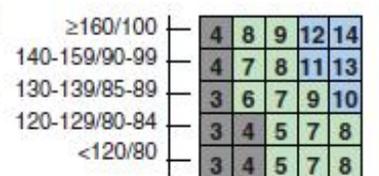
Fumadores

No fumadoras

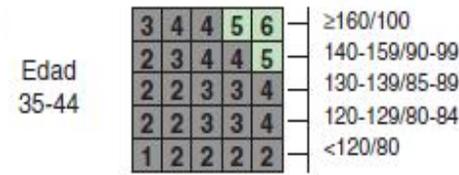
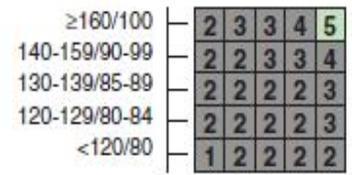
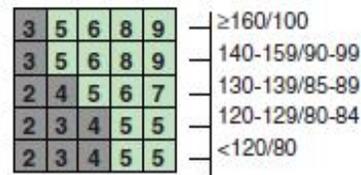
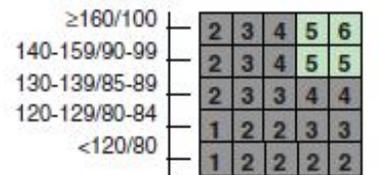
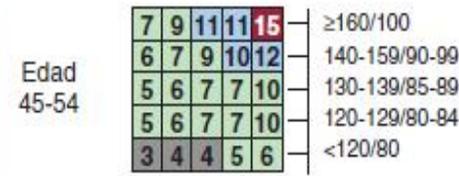
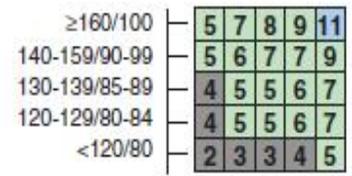
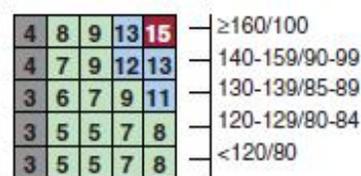
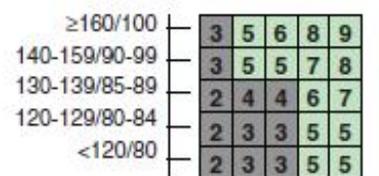
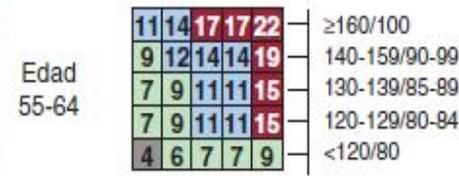
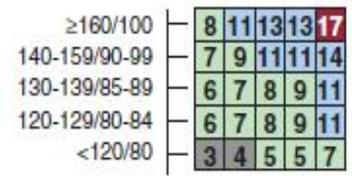
Fumadoras



Presión arterial sistólica / diastólica (mmHg)



Presión arterial sistólica / diastólica (mmHg)



mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2
mg/dl <160 180 220 260 ≥280

mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2
mg/dl <160 180 220 260 ≥280

mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2
mg/dl <160 180 220 260 ≥280

mmol/l <4,1 4,7 5,7 6,7 ≥7,2
mg/dl <160 180 220 260 ≥280

Colesterol

Colesterol

Colesterol

Colesterol

Riesgo a 10 años

- Muy alto ≥15%
- Alto 10-14%
- Moderado 5-9%
- Bajo <5%

Si el colesterol HDL <35 mg/dl: riesgo real=riesgo x 1,5

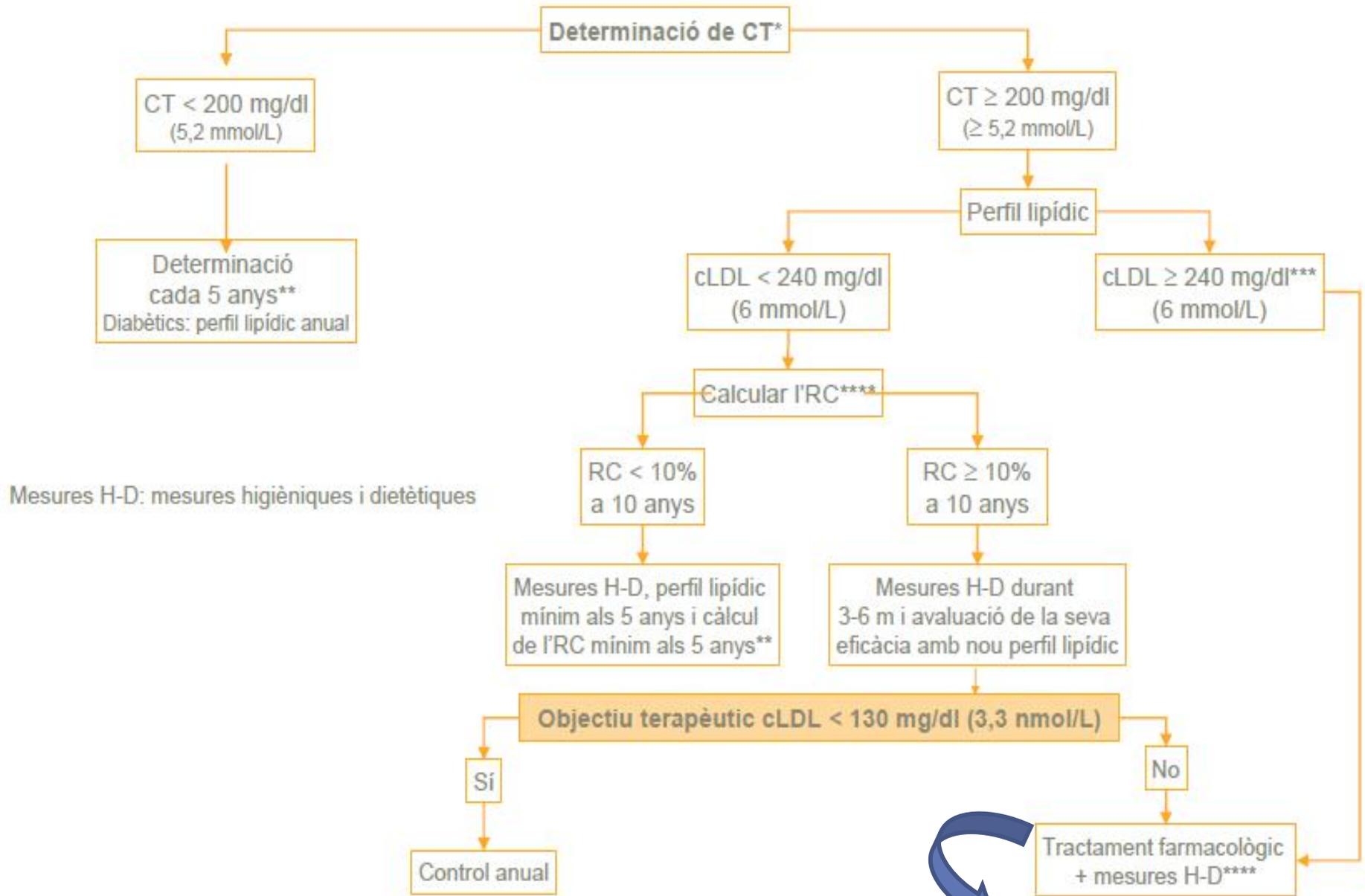
Si el colesterol HDL ≥60 mg/dl: riesgo real=riesgo x 0,5

Riesgo a 10 años

- Muy alto ≥15%
- Alto 10-14%
- Moderado 5-9%
- Bajo <5%

Si el colesterol HDL <35 mg/dl: riesgo real=riesgo x 1,5

Si el colesterol HDL ≥60 mg/dl: riesgo real=riesgo x 0,5



**** Diabètics: en el cas de diabètics amb nefropatia, es recomana tractament farmacològic si el cLDL és ≥ 100 mg/dl (2,6 mmol/l), independentment del risc coronari. En aquests casos, l'objectiu terapèutic és un cLDL < 100 mg/dl (2,6 mmol/l).

Colesterol i risc coronari

Tractament farmacològic hipolipemiant.

Indicació	Tractament d'elecció*
<ul style="list-style-type: none">▪ PS i cLDL \geq 100 mg/dl▪ PP, cLDL \geq 130 mg/dl i RC (REGICOR) \geq 10% en 10 anys▪ cLDL > 240 mg/dl	<ul style="list-style-type: none">▪ Simvastatina: 10 mg – 40 mg /24 h○▪ Pravastatina: 20 mg –40 mg /24 h○▪ Lovastatina: 20 mg – 40 mg/24 h
<ul style="list-style-type: none">▪ Fracàs terapèutic amb simvastatina 40 mg**	<ul style="list-style-type: none">▪ Atorvastatina 40 mg – 80 mg/24 h
<ul style="list-style-type: none">▪ HTG amb risc de pancreatitis (TG > 1.000 mg/dl).▪ TG > 500 mg/dl després de tract. higienicodietètic, durant 3-6 mesos.▪ PP, RC (REGICOR) \geq 10 % en 10 anys i dislipèmia mixta amb HTG predominant.▪ Disbetalipoproteïnèmia o HFC.	<ul style="list-style-type: none">▪ Gemfibrozil 600 mg/12 h





(DONA, 60 ANYS)

LEOR150061400

HC3 HCCNet

Notes prèvies | Introduir/Modificar nota | Notes del dia

ACTIUS | PASSIUS | NOCs

Pág. 1 (No hi ha cap filtre seleccionat)

Recerca Tots Prioritzats

- 28/03/2011 15:40 - FIGUERAS CAMOS, ROSAURA - MEDICINA DE FAMILIA
EXAMEN DELS ULLS I LA VISIÓ
DER Derivat al servei: .OFTALMOLOGIA
HIPERCOLESTEROLÈMIA
 - Dislipèmia mal controlada motiu pel que pujo simva de 10 a 20mg. Demano ana'l en 3m.LAB Sol·licitud: 6521796654
SENSE DIAGNÒSTIC
 - Volant Oftalmo
- 28/03/2011 15:30 - FIGUERAS CAMOS, ROSAURA - MEDICINA DE FAMILIA
SENSE DIAGNÒSTIC
 - S'ha caducat SIMVASTATINA RATIOPHARM 10MG 28 COMP RECUB EFG, 1 / 24 hores. Durada del tractament 365 dies
- 28/03/2011 15:30 - FIGUERAS CAMOS, ROSAURA - MEDICINA DE FAMILIA
SENSE DIAGNÒSTIC
 - Alta de SIMVASTATINA MABO 20 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA , 28 COMPRIMIDOS, 1 / 24 hores. Durada del tractament Indefinida
- 28/03/2011 15:35 - FIGUERAS CAMOS, ROSAURA - MEDICINA DE FAMILIA
SENSE DIAGNÒSTIC
 - S'ha caducat SIMVASTATINA MABO 20 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA , 28 COMPRIMIDOS 1 / 24 hores. Durada del tractament 365 dies
- 28/03/2011 15:42 - FIGUERAS CAMOS, ROSAURA - MEDICINA DE FAMILIA
SENSE DIAGNÒSTIC
 - Alta de SIMVASTATINA MABO 20 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA , 28 COMPRIMIDOS, 1 / 24 hores. Durada del tractament Indefinida
- 25/02/2011 16:27 - FIGUERAS CAMOS, ROSAURA - MEDICINA DE FAMILIA
TOS
 - La pacient està una mica millor. Ja no té febre pero`segueix amb tos amb expectoració escassa fosca, milloria dispnea.TORAX 1-2 PROJECCIONS (22.02.2011)

- HIPERCOLESTEROLÈMIA PURA GPC
- INCONTINÈNCIA D'ORINA
- FIBROMIÀLGIA
- EPISODI DEPRESSIU GT
- LUMBAGO AMB CIÀTICA
- PORTADOR D'HEPATITIS VÍRICA
- TOS NO PRODUCTIVA
- INFECCIÓ VÍRICA**
- FASCITIS PLANTAR
- DOLOR PRECORDIAL
- EXAMEN GINECOLÒGIC (GENERAL) (DE RUTINA)

DETALL DEL PROBLEMA | NOU PROBLEMA

Data Alta: 22/03/1994 Codi: E78.0

Descripció: HIPERCOLESTEROLÈMIA PURA

Comentari:



Guies de Pràctica Clínica

i COL D T S



Vídeos d'ajuda
Suport a usuari

- Bon control
- Sosпита diagnòstica
- Cal revisió
- Amb comentari

Sortir

PAPPS / Guies Variables secundàries

21/03/2011 16/04/2010 09/04/2008 31/01/2008 01/02/2007 15/12/2006 17/01/2006 09/02/2005

Ara fuma?			NO	NO				NO
Consell consum tabac								
CALCULADORA TABAQUISME								
CÀLCUL RISC ALCOHOL			NO	BAIX RI				
Consell consum d'alcohol								
Pressió Arterial Sistòlica			136	121		95	121	129
Pressió Arterial Diastòlica			84	75		59	72	79
Pes								
Talla								
IMC -Índex de Massa Corporal								
Glicèmia venosa dejú			88,3	84,69	82,89	73,88		84,69
HBA 1c								
Creatinina Sèrum			0,67	0,66	0,72	0,71	0,63	57
Filtrat glomerular (fórmula MRDR)			99					
Colesterol total			256,7	205,28	224,23	255,16	181,7	225
HDL-Colesterol			91,62	84,28	97,81	100,52	61,86	101
LDL- Colesterol			146,52	106,32	114,82	139,18	100,52	112
Triglicèrids (dejú)(TG)			91,88	74,38	58,63	70	105	62
Potasi (K) Sèric					4,6	4,9	5,6	
Quocient Alb./Creat.								
Risc coronari (REGICOR)			2,38	2,25	1,35			
Fons d'ull								
Grau severitat MPOC								
FEV1/FVC (%) amb BD								
Volum Espiratori Màxim 1 seg (%) amb B								

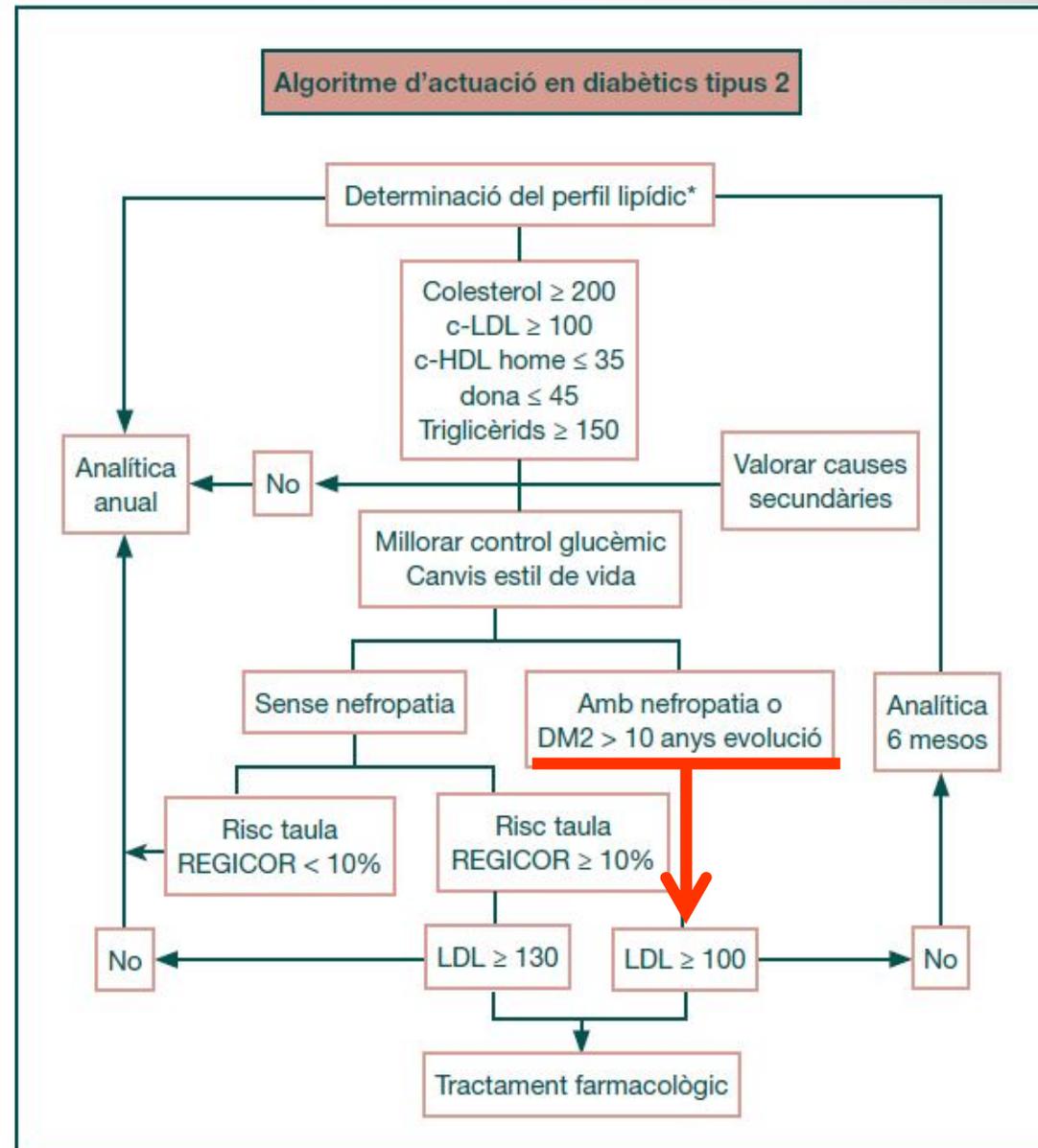
Ara fuma?
<F9> Valors permesos
[EP2700]

Guardar

Guia pràctica pel maneig de les dislipèmies



2010



*Els valors de c- LDL, c-HDL i TG s'expressen en mg/dl.

Abordatge de la diabetis
mellitus tipus 2

Guies de pràctica clínica

Material docent



Institut Català
de la Salut

Quan no calcular el risc

Els pacients amb microalbuminúria o malaltia renal, hipertrofia ventricular esquerra i calcificacions vasculares es consideren directament de risc elevat i no calcular el seu risc coronari

Objectius de control

Malaltia CV o nefropatía (inclosa MAU)

LDL < 100 mg/dl (PS)

Sense malaltia CV, però amb risc CV elevat

LDL < 130 mg/dl (PP)

Manejo de las dislipemias SEMFYC 2012

Niveles de riesgo y objetivos

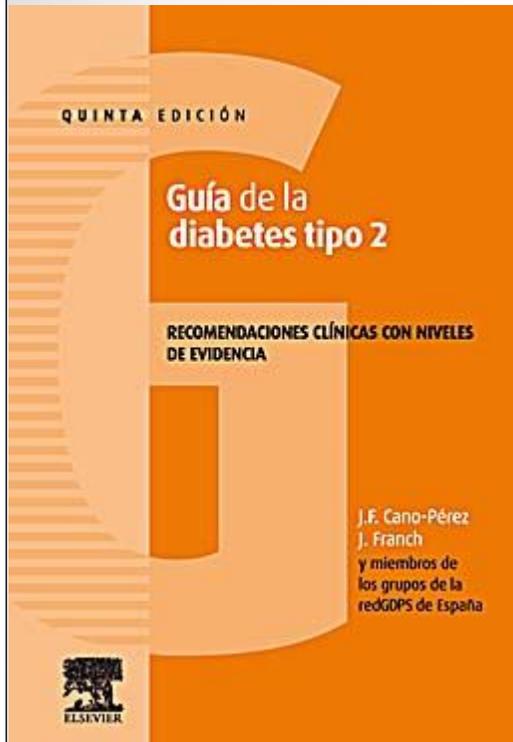
(basado en la guía ESC/EAS 2011)

RCV		Objetivo
<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad cardiovascular establecida DM (con lesión de órgano diana o un FRCV asociado) Enfermedad renal crónica (FG <60 ml/min/1,73m²) SCORE > 10% Hiperlipemia con elevado riesgo aterogénico 	Riesgo muy alto	cLDL < 70 mg/dl (si no se consigue con dosis totales de fármacos o combinaciones reducir el 50% el cLDL inicial)
<ul style="list-style-type: none"> DM sin lesión de órgano diana o FRCV asociado SCORE 5-10% 	Riesgo alto	cLDL < 100 mg/dl
<ul style="list-style-type: none"> SCORE 1-5% 	Riesgo moderado	Además de intervención en el estilo de vida para reducir RCV y evaluar otros FRCV que lo reclasifiquen, llegar a cLDL < 115 mg/dl
<ul style="list-style-type: none"> SCORE < 1% 	Riesgo bajo	Intervención en el estilo de vida para reducir RCV

European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012)

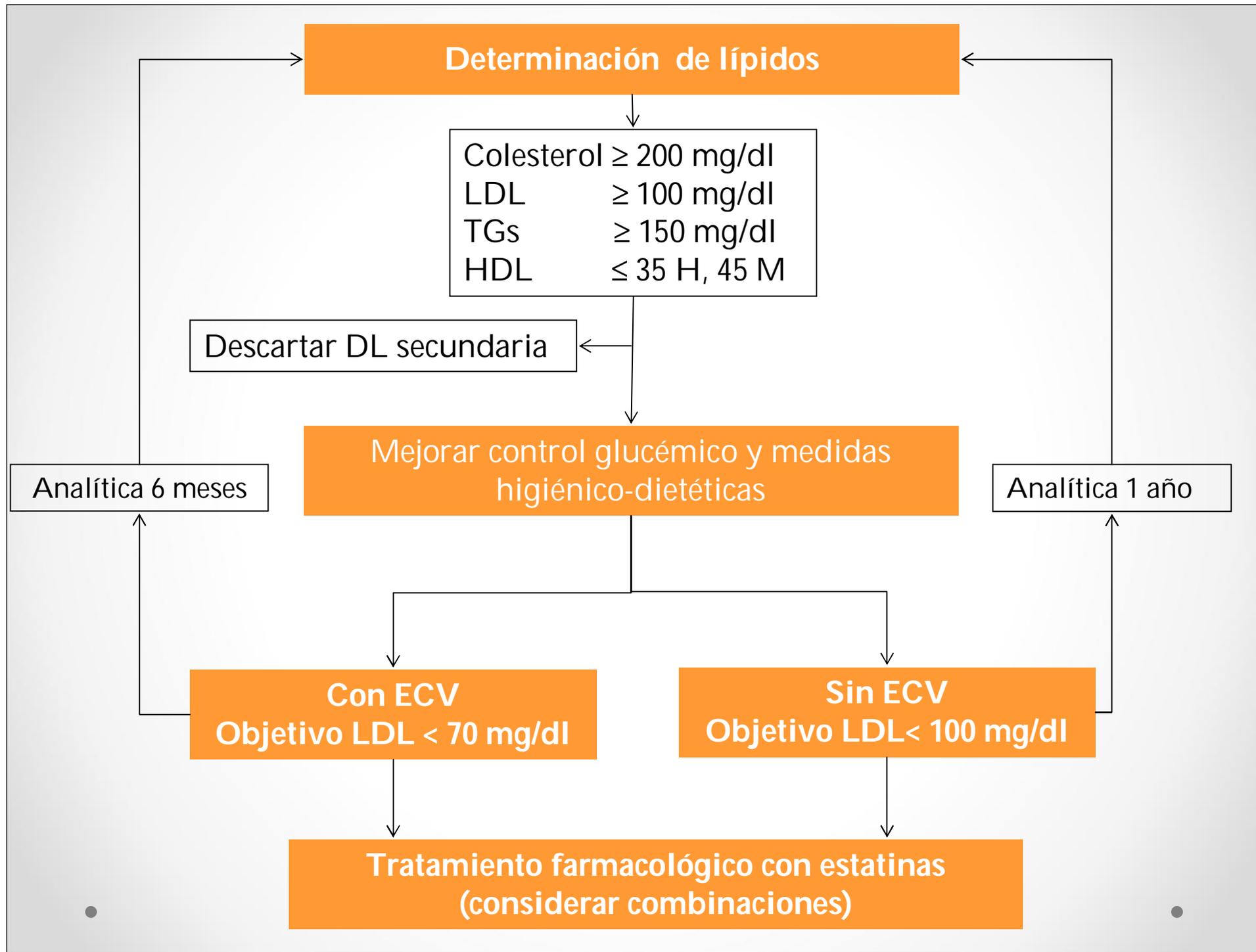
Recomendaciones sobre la diabetes mellitus

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b	GRADE
Para la prevención de ECV en la diabetes mellitus se recomienda un objetivo de HbA _{1c} <7,0% (<53 mmol/mol)	I	A	Fuerte
El uso de estatinas está recomendado para la reducción del riesgo cardiovascular en la diabetes mellitus	I	A	Fuerte
Se debe evitar la hipoglucemia y las ganancias de peso excesivas, y es necesaria una valoración individual (tanto de los objetivos como de los fármacos utilizados) en pacientes con enfermedad compleja	I	B	Fuerte
La metformina debe ser utilizada como tratamiento de primera línea, siempre que se la tolere y no haya contraindicaciones	Ila	B	Fuerte
La reducción adicional de la HbA _{1c} hasta un objetivo <6,5% (<48 mmol/mol) (el mínimo valor posible y seguro de HbA _{1c}) puede ser útil durante el diagnóstico. En pacientes con diabetes mellitus de larga duración, este objetivo puede reducir el riesgo de complicaciones microvasculares	Ilb	B	Débil
En la diabetes mellitus se recomiendan objetivos de PA <140/80 mmHg	I	A	Fuerte
El objetivo de cLDL es <2,5 mmol/l; para pacientes sin enfermedad aterosclerótica, el colesterol total debe ser <4,5 mmol/l, con un objetivo más bajo de cLDL (<1,8 mmol/l, mediante dosis más altas de estatinas) en pacientes diabéticos con riesgo CV muy alto	Ilb	B	Débil
El tratamiento antiagregante con aspirina no se recomienda para diabéticos sin evidencia clínica de enfermedad aterosclerótica	III	A	Fuerte



En los diabéticos es imprescindible un abordaje global del riesgo cardiovascular

En prevención primaria, la RedGEDAPS recomienda calcular el riesgo cardiovascular mediante REGICOR y considerar la prevención secundaria en los pacientes con microalbuminuria o más de 10 años de evolución clínica de la DM



En los diabéticos es imprescindible un abordaje global del riesgo cardiovascular, y para ello la mejor manera (o menos mala) es calcular el riesgo coronario .

El cálculo del riesgo no sustituye al juicio clínico.

Se deben de tener en cuenta otros factores no presentes en las tablas y que aumentan el riesgo , especialmente en pacientes diabéticos.

A la hora de iniciar tratamiento con estatinas en pacientes con DM se pueden valorar factores como el tiempo de evolución de la enfermedad , la necesidad de terapia con insulina como expresión de enfermedad prolongada en el tiempo, evidencia de arteriosclerosis subclínica,..

Revaloración niveles de riesgo y objetivos ???

Objetivo LDL en RC < 5%, RC 5-9%, RC 10-14 %, RC ≥ 15