



EMC en Cardiología  
SUC 2024  
SEMINARIO TALLER



SEMINARIO TALLER

# Manejo de las dislipemias: ¿Lo estamos haciendo bien?

## Índice

Información General.....	2
Bibliografía.....	3
Programa.....	4
Casos Clínicos.....	6

Apoya: **GADOLIP**<sup>®</sup>  
ÁCIDO FENOFÍBRICO 135 MG

 **Gador**



Seminario taller  
**Manejo de las dislipemias: ¿lo estamos haciendo bien?**

**Sábado 27 de julio de 2024**

Horario: de 08:30 a 13:45 h

HYATT CENTRIC MONTEVIDEO, Ballroom  
Rambla República del Perú 1479, Montevideo

**PRESENCIAL & ONLINE**

---

**ORGANIZA:**

Comisión de Educación Médica Continua de la SUC

**Coordinadores:**

Dra. Natalia Moreira

Dr. Ximena Reyes

**Expositores y Panelistas:**

Dr. Pablo Corral (Argentina)

Dr. Fernando Machado

Dra. Natalia Lluberas

Dr. Franco Peverelli

Dr. Washington Vignolo

**Moderadores:**

Dra. Deborah Acosta

Dra. Ema Barcala

Dra. Stéfani Feirer

Dra. Flavia Hernández

Dra. Lucía Lescoumes

Dra. Alejandra Presno

Dra. Daniela Trindade

**Apoya**



■ Farmacéutica

## OBJETIVOS EDUCATIVOS

---

### Fundamento

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en nuestro país, y dentro de estas la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) tiene un rol fundamental.

La dislipemia es uno de los principales factores que contribuye a la ECVA. La prevalencia de dislipemias en nuestro medio es de un 20% a partir de los 25 años y asciende a un 35% por encima de los 55 años. Estudios nacionales e internacionales muestran un diagnóstico y tratamiento insuficientes en un alto porcentaje.

El reconocimiento de las dislipemias como factores relevantes en el desarrollo de ECVA, y la estratificación del riesgo cardiovascular (RCV) son fundamentales para una adecuada prevención y tratamiento. Disponemos de varias herramientas para estimar el RCV, incluyendo scores de riesgo y técnicas de imagen no invasivas para detección de ECVA subclínica. A su vez, existen situaciones que por sí mismas elevan significativamente el RCV, como las dislipemias determinadas genéticamente, sobre todo el hipercolesterolemia familiar. A pesar de esto, siguen siendo infra diagnosticadas y sub tratadas en nuestro medio.

Las estatinas tienen un lugar primordial en el tratamiento farmacológico de las dislipemias, han demostrado ampliamente disminuir la morbimortalidad cardiovascular (CV), tanto en prevención primaria como secundaria, con un adecuado perfil de seguridad.

Desafortunadamente, sigue habiendo resistencia injustificada para su uso en casos en los que están indicadas, tanto por parte de médicos como de pacientes, pese a que la intolerancia real a estos fármacos es próxima al 5%.

Se cuenta con otros hipolipemiantes como Ezetimibe y Fibratos con beneficio demostrado en escenarios específicos, tanto combinados con estatinas como en monoterapia. Actualmente, las nuevas moléculas inhibidoras de la proteína PCSK9 han revolucionado el tratamiento de las dislipemias severas, brindando una potente herramienta para alcanzar los objetivos terapéuticos y la reducción del RCV en casos seleccionados.

### Objetivo general

Identificar las diferentes dislipemias y su rol como principal factor contribuyente en la ECVA. Establecer el RCV con las diferentes herramientas disponibles y adecuar la estrategia terapéutica para optimizar la prevención de la ECVA y disminuir la morbimortalidad CV.

### Objetivos específicos

Al finalizar la jornada los participantes serán capaces de:

1. Identificar y diagnosticar los distintos tipos de dislipemias.
2. Aumentar la sospecha y conocer el manejo de las dislipemias determinadas genéticamente.
3. Mejorar el abordaje de la dislipemia aterogénica y el riesgo residual.
4. Reconocer cuándo realizar la dosificación de la lipoproteína (a) y su utilidad.
5. Estratificar el RCV del paciente con dislipemia.
6. Adecuar el tratamiento de las dislipemias en función del riesgo estimado y los diferentes objetivos terapéuticos.

## POBLACIÓN OBJETIVO

---

Médicos cardiólogos, internistas, endocrinólogos, diabetólogos, médicos de atención primaria, médicos generales.

## METODOLOGÍA EDUCATIVA

---

El desarrollo de la jornada comprende varias etapas:

1. **Evaluación de los conocimientos previos:** mediante un test pre-jornada (10 preguntas de opción múltiples con 5 opciones posibles, una sola de las cuales es correcta).  
La misma se realizará a través de un formulario de Google que deberá ser respondido antes del comienzo de la actividad. <sup>(1)</sup>
2. **Miniconferencias** sobre los aspectos más relevantes del tema.
3. **Discusión de historias clínicas** dirigida por moderadores en pequeños grupos.
4. **Discusión en plenario** con el panel de expertos sobre lo aportado por los grupos
5. **Síntesis final**
6. **Evaluación del aprendizaje** mediante, mediante 10 preguntas opción múltiple con 5 opciones, con una sola correcta. <sup>(1)</sup>  
**Evaluación de los diferentes aspectos de la jornada** (local o sistema online, conferencias, moderadores, panelistas, global, etc.). <sup>(1)</sup>  
Ambas evaluaciones se harán mediante un formulario de Google similar al de la evaluación previa

***(1) Todos los formularios de evaluación deberán completarse, y serán condición para recibir el CERTIFICADO DE ASISTENCIA.***

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

---

### Bibliografía básica:

- Especial de dislipemias - Rev Urug Cardiol. 2019; 34(3). Disponible en: <https://www.suc.org.uy/revista/v34n3/v34n3.html>
- Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. Rev Esp Cardiol. 2020;73(5): 403e1-403e70. doi: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.10.031>

### Bibliografía adicional:

- Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. Rev Esp Cardiol. 2020;73(5): 403e1-403e70. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.10.031>
- Arbelo A, Baldizzone M, Bruno G, Gambogi R, Huarte Á, Lissmann S, et al. Guía Nacional para el abordaje de las dislipemias en el adulto. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2019. Disponible en:
- Kronenberg F, Mora S, Stroes ESG, Ference BA, Arsenault BJ, et al. Lipoprotein(a) in atherosclerotic cardiovascular disease and aortic stenosis: a European Atherosclerosis Society consensus statement. Eur Heart J. 2022;43(39):3925-46. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac361>
- Ginsberg HN, Packard CJ, Chapman MJ, Borén J, Aguilar-Salinas CA, et al. Triglyceride-rich lipoproteins and their remnants: metabolic insights, role in atherosclerotic cardiovascular disease, and emerging therapeutic strategies—a consensus statement from the European Atherosclerosis Society. Eur Heart J. 2021;42(47):4791-4806. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab551>

- Corral P, Lavalle Cobo A, Nogueira JP, Masson W, Aguilar Salinas C, Alonso Karlezi R, et.al. Documento de posición de la Sociedad Argentina de Lípidos (SAL) sobre efectos adversos e intolerancia a estatina. Rev. Arg. de Lípidos. 2023;7(2):31-43. Disponible en: [https://www.siicsalud.com/pdf/rev\\_lipidos\\_7.2\\_81823.pdf](https://www.siicsalud.com/pdf/rev_lipidos_7.2_81823.pdf)
- Nordestgaard B, Chapman M, Humphries S, Ginsberg H, Masana L, Descamps O, et al. Familial hypercholesterolaemia is underdiagnosed and undertreated in the general population: guidance for clinicians to prevent coronary heart disease: consensus statement of the European Atherosclerosis Society. Eur Heart J. 2013; 34(45):3478-90a. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh273>
- Recomendaciones prácticas para el manejo del riesgo cardiovascular asociado a la dislipemia aterogénica, con especial atención al riesgo residual. Adaptación española de un consenso europeo de expertos. Clín e Investig Arterioscler. 2017;29(4):168-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arteri.2016.12.001>
- Millán J, Hernández-Mijares A, Ascaso JF, Blasco M, Brea Á, Díaz Á, et.al. La auténtica dimensión del colesterol-no-HDL: colesterol aterogénico. Clin Investig Arterioscler. 2016;28(6):265-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arteri.2016.05.002>
- Ascaso JF, Millán J, Hernández-Mijares A, Blasco M, Brea Á, Díaz Á, et.al. Atherogenic dyslipidaemia 2019. Consensus document of the Atherogenic Dyslipidaemia Group of the Spanish Arteriosclerosis Society. Clin Investig Arterioscler. 2020;32(3):120-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2019.11.004>
- Corral P, Matta MG, Schreier L. Hipercolesterolemia familiar. ¿Aún la seguimos subestimando?. Sociedad Interamericana de Cardiología; 2020. Disponible en: <http://www.siacardio.com/academia/revision-expertos/hipercolesterolemia-familiar-aun-la-seguimos-subestimando/>
- Ference BA, Graham I, Tokgozoglul L, Catapano AL. Impact of lipids on cardiovascular health: JACC health promotion series. J Am Coll Cardiol. 2018;72(10):1141-56. doi: <https://www.jacc.org/doi/pdf/10.1016/j.jacc.2018.06.046>
- Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et.al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the management of blood cholesterol: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on clinical practice guidelines. Am Coll Cardiol. 2019;73(24):e285–e350. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.11.003>

## PROGRAMA

---

08:30 - 09:00 Acreditación

09:00 - 09:05 **Introducción**

Dra. Natalia Moreira

Dra. Ximena Reyes

09:05 - 09:30 Miniconferencia

**Abordaje inicial del paciente con dislipemia; del diagnóstico al tratamiento**

Dr. Pablo Corral (Argentina)

09:30 - 09:55 Miniconferencia

**Preveniendo la enfermedad cardiovascular aterosclerótica... desde la cuna al bastón**

Dr. Fernando Machado

09:55 - 11:25 **Trabajo en grupos**

11:25 - 11:55 **Pausa**

11:55 - 13:25 Reunión plenaria. **Discusión de los casos clínicos con el panel de expertos**

13:25 - 13:45 Conclusiones finales. **Mensajes para llevar a casa**  
Dra. Natalia Moreira  
Dra. Ximena Reyes

Evaluación de lo aprendido y de la actividad.

***El certificado de asistencia se enviará por e-mail, contra recepción de los formularios de evaluación***

## CASOS CLÍNICOS

### Caso Clínico 1

Paciente de 38 años, sexo femenino, raza blanca. Trabajo administrativo.  
AF: padre y abuelo con IAM fatal antes de los 60 años.  
AP: dislipemia diagnosticada a los 27 años con cLDL 167 mg/dl, en tratamiento higiénico-dietético.  
AGO: 1 AE 1 PV. Diabetes gestacional.  
EA: concurre a consulta cardiológica para control. Niega síntomas en la esfera CV.  
Alimentación saludable, no realiza ejercicio físico.  
EF: IMC 22 kg/m<sup>2</sup>. Piel y mucosas normales. CV: RR 80 lpm, sin soplos. No IY ni RHY. No edemas. PA 100/60 mmHg. Pulsos normales en los cuatro MM. PP: MAV presente bilateralmente, no estertores. Abdomen normal. PNM normal.  
ECG: RS 86 cpm P y PR normales. EEM normoposicionado. QRS 80 ms despolarización y repolarización normales. QTc normal.

De la paraclínica se destaca:

CT	cLDL	cHDL	TGL	No-cHDL
233	160	53	64	180

Valores en mg/dL

- TSH 2.5 mUI/L
- Glicemia 83 mg/dL
- Creatinina 0.9 mg/dL
- Funcional y enzimograma hepático normales

#### PREGUNTA 1

**Según los datos aportados, ¿cómo clasificaría el riesgo CV de esta paciente? Justifique.**

---

---

---

---

**En cuanto a la conducta terapéutica, señale la o las opciones correctas:**

- Se necesitan otros estudios para definir conducta.
- Hay que tratar la causa desencadenante por corresponder a una dislipemia secundaria.
- Solicita dosificación de Lipoproteína(a).
- Refuerza medidas higiénico dietéticas y reevalúa perfil lipídico en 60 días.
- Inicia tratamiento con estatinas de moderada intensidad.

Se solicitó Eco Doppler arterial de MMII y dosificación de Lipoproteína(a)

**Eco Doppler arterial de MMII:**

MI derecho: arterias Ilíaca externa, Femoral común, Femoral profunda y Femoral superficial permeables, sin ateromatosis. Arteria Poplítea con ateromatosis de 10-20%. Tronco tibio-peroneo permeable, con ateromatosis leve. Arteria Tibial posterior, Peronea y Tibial anterior permeables, sin ateromatosis. Arteria Pedia sin ateromatosis, menor al milímetro.

MI izquierdo: arterias Ilíaca externa, Femoral común, Femoral profunda y Femoral superficial permeables, sin ateromatosis. Arteria Poplítea con ateromatosis de 10-20%. Tronco tibio-peroneo permeable, con ateromatosis leve. Arteria Tibial posterior, Peronea y Tibial anterior permeables, sin ateromatosis. Arteria Pedia sin ateromatosis, menor al milímetro.

En suma: arteria Poplítea con ateromatosis leve bilateralmente, de 10 a 20%, sin obstrucción significativa.

**Lipoproteína(a):** 148 mg/dL

---

**PREGUNTA 2****Frente a este hallazgo, señale la o las opciones correctas:**

- La ateromatosis subclínica en este caso no cambia la estratificación del riesgo CV de la paciente.
- Este valor de Lipoproteína(a) ubica a la paciente en una escala de alto riesgo.
- Solicitaría score de calcio coronario.
- Iniciaría estatinas de moderada intensidad con objetivo de disminuir cLDL a menos de 100 mg/dL.
- Solicitaría estudio genético en búsqueda de hipercolesterolemia familiar.

Se inicia Rosuvastatina 10 mg/día.

A las dos semanas del inicio de tratamiento consulta por mialgias.

---

**PREGUNTA 3****En relación a lo anterior, señale la o las opciones correctas:**

- Cambia el tratamiento a Ezetimibe 10 mg/día.
- Prueba tolerancia a otra estatina.
- Solicita CPK y funcional y enzimograma hepático.
- Modifica la indicación sólo si la CPK es anormal.
- Tiene indicación de un fármaco que actúe sobre PCSK9 (iPCSK9 o inclisiran) por los síntomas musculares asociados al uso de estatina.

Se recibe dosificación de CPK que es normal, se cambia tratamiento a atorvastatina 20 mg/día con desaparición de los síntomas. Realiza ejercicio físico aeróbico y de tonificación muscular dos veces por semana en club; asintomática.

Concurre a control a los tres meses con el siguiente perfil lipídico:

CT	cLDL	cHDL	TGL	No-cHDL
190	117	56	59	134

Valores en mg/dL

Mantiene funcional y enzimograma hepático normales.

#### PREGUNTA 4

---

**En cuanto a la conducta a seguir, señale la o las opciones correctas:**

- Se encuentra en valores cercanos al objetivo terapéutico, por lo que no se modifica tratamiento.
- Aumenta dosis de atorvastatina a 40 mg/día
- Asocia ezetimibe 10 mg/día
- Solicita nueva dosificación de Lipoproteína(a)

## Caso Clínico 2

---

### 2017

Hombre, 31 años.

AP: hipercolesterolemia diagnosticada a los 20 años, tratado por 3 meses con rosuvastatina con buena respuesta. Actualmente sin tratamiento.

Buenos hábitos higiénico-dietéticos.

Valores de perfil lipídico:

CT	cLDL	cHDL	TGL
370	290	48	125

Valores en mg/dL

Examen físico: buen estado general.

CV: RR 75 lpm. RBG, sin soplos. No IY ni RHY. No edemas. PA 110/60 mmHg. Pulsos normales en los cuatro MM.

PP: MAV presente bilateralmente, no estertores.

Abdomen normal. PNM normal.

### PREGUNTA 1

---

**¿Los datos aportados en la HC son suficientes para establecer el diagnóstico del tipo de dislipemia?**

- SI
- NO

**Justifique:**

---

---

---

Se descartan causas secundarias de su dislipemia:

- TSH 2,86 mUI/L
- Glicemia 80 mg/dL
- Función renal normal

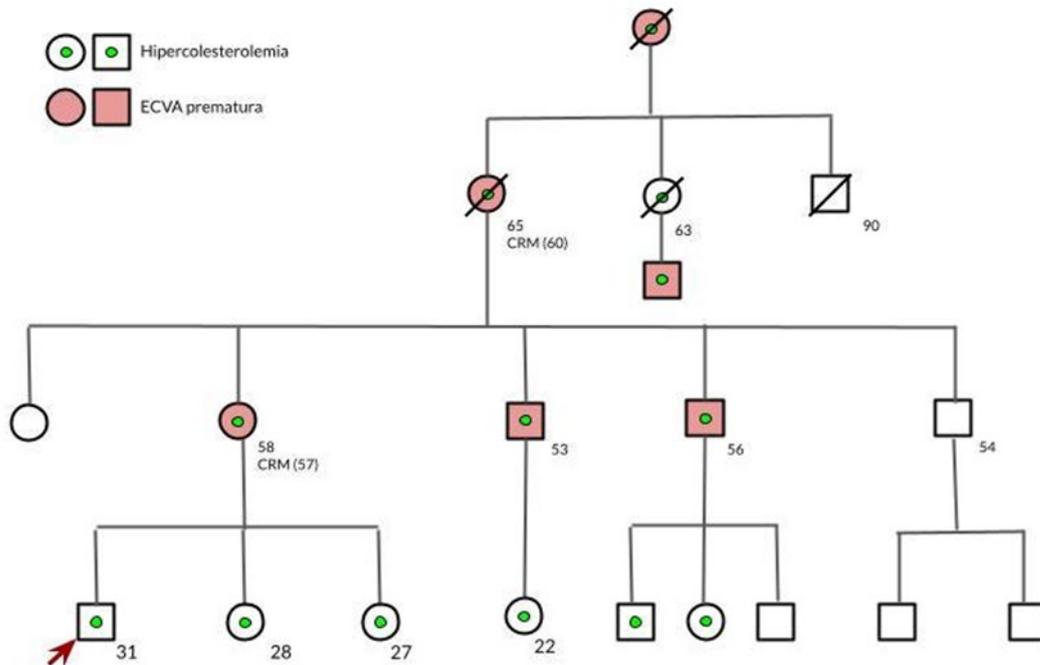
Examen físico:

- No presenta signos físicos de HF (arco corneal, xantomas tendinosos)
- IMC 25 kg/m<sup>2</sup>

Antecedentes familiares:

- Dislipemia severa en familiares de primer grado.
- Madre 58 años, con CRM a los 57 años.

- Tíos por línea materna con eventos y revascularización miocárdica prematura (38 años y 50 años).



PREGUNTA 2

¿Qué diagnóstico plantea en este paciente?

---



---



---



---



---

¿Qué Score DLCN tiene el paciente?

- Posible (3-5 puntos).
- Probable (6-8 puntos).
- Cierto (mayor a 8).
- No diagnóstico (el paciente no tiene signos físicos patognómicos de la enfermedad por lo cual el Score es menor a 2).

## PREGUNTA 3

**¿Qué riesgo cardiovascular tiene el paciente?**

---

---

---

**¿Qué estudios solicitaría?**

- e. Score de calcio coronario.
- f. Eco Doppler carotídeo.
- g. Estudio genético.
- h. Dosificación de Lipoproteína(a).
- i. No solicitaría estudios.

## PREGUNTA 4

Se deriva paciente a Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular - Programa GENYCO para estudio molecular.

**Se realiza estudio molecular que informa:**

Positivo para el diagnóstico de hipercolesterolemia familiar heterocigota. Se detecta la variante c.1778del; p.(Gly593Alafs\*72) - FH Sassari-1 - en heterocigosis en el gen LDLR, reportada como patogénica.

**Plantee la conducta terapéutica y los objetivos de tratamiento:**

---

---

---

---

## PREGUNTA 5

**Con este resultado, ¿cambiaría su conducta terapéutica? Justifique.**

---

---

---

---

**¿Cómo estudiaría a la familia?**

---

---

---

**EVOLUCIÓN**

Concurre nuevamente en 2018.  
Paciente en tratamiento con atorvastatina 20 mg/día.

**Valores de perfil lipídico con este tratamiento:**

Valores en mg/dL	CT	cLDL	cHDL	TGL
8/10/2018	159	101	47	56

**PREGUNTA 6****¿Qué conducta adoptaría? Señale la o las opciones correctas:**

- Reforzar información y asesoramiento sobre riesgo cardiovascular.
- Indica intensificar medidas higiénico dietéticas, sin cambios en tratamiento farmacológico.
- Aumenta dosis de atorvastatina a 80 mg.
- Aumenta dosis de atorvastatina a 80 mg y asocia ezetimibe 10 mg.
- Asocia un fármaco que actúe sobre PCSK9 (iPCSK9 o inclisirán).

Paciente se muda al interior, se pierde el seguimiento.  
A pesar de recomendaciones, continua con atorvastatina 20 mg/día, de forma intermitente:

*Valores en mg/dL	CT	cLDL	cHDL	TGL
6/10/2019	328	261	47	101
22/2/2020	158	93	52	66
10/2/2022	234	165	56	66
5/6/2022	178	109	54	72

**Septiembre 2023:**

Infarto agudo de miocardio anterior, cateterismo cardiaco evidencia:

- Arteria descendente anterior con lesión suboclusiva en su tercio medio, con flujo distal TIMI I.
- Segundo ramo diagonal de fino calibre y fino lecho distal con lesión moderada proximal.
- Arteria coronaria derecha con lesión oclusiva crónica recanalizada en su tercio medio.

Se realiza angioplastia transluminal exitosa de ADA con implante de 1 stent liberador de Everolimus.  
 Se plantea en diferido realizar angioplastia de ACD.

**Octubre 2023:**

- Buena evolución, asintomático, cumple con tratamiento de prevención secundaria.
- Se realiza angioplastia exitosa de ACD con implante de 2 stents liberadores de Everolimus.

**Paraclínica 7/2/24**

Tratamiento hipolipemiante: Atorvastatina 80 mg/día + Ezetimibe 10 mg/día

Perfil lipídico:

CT	cLDL	cHDL	TGL
139	78	51	52

Valores en mg/dL

- CPK 474 U/L
- CPK MB 40 U/L

	Resultado	Unidades	Intervalo de referencia
<b>Funcional hepático</b>			
<b>Bilirrubina total</b> <small>Roche Cobas Pro</small>	1.58	mg/dL	0.20 - 1.20 *
<b>Bilirrubina directa</b> <small>Colorimétrica: Diazo Reacción</small>	0.52	mg/dL	0.00 - 0.30 *
<b>Bilirrubina indirecta</b> <small>Técnica : Calculo</small>	1.06	mg/dL	0.00 - 0.70 *
<b>Proteinemia total</b> <small>Roche Cobas Pro</small>	6.53	g/dl	6.60 - 8.70 *
<b>Albuminemia</b> <small>Roche Cobas Pro</small>	4.50	g/dl	3.20 - 5.20
<b>Globulinemia</b> <small>Técnica: calculado.</small>	2.03	g/dl	
<b>Índice albumina/globulina</b> <small>Técnica: Calculo</small>	2.22	g/dL	1.25 - 2.20 *
<b>Aspartato aminotransferasa [AST/GOT]</b> <small>Roche Cobas Pro</small>	41	U/l	10 - 50
<b>Alanino aminotrasnferasa [ALT/GPT]</b> <small>Roche Cobas Pro</small>	38	U/l	10 - 50
<b>Fosfatasa alcalina [ALP]</b> <small>Roche Cobas Pro</small>	60	U/l	40 - 129
<b>Colesterol total</b> <small>Técnica: Enzimatica colorimétrica</small>	139	mg/dl	40 - 240
<b>Gamma glutamil transferasa [GGT]</b> <small>Roche Cobas Pro</small>	12	U/l	10 - 71

PREGUNTA 7

---

**De acuerdo a la paraclínica de control del 7/2/24:**

**A. El paciente se encuentra en objetivo terapéutico:**

- SI
- NO

**B. ¿Qué datos complementarios podrían ser de interés?**

---

---

---

---

**C. Respecto al tratamiento a seguir, señale la o las opciones correctas:**

- a. Suspender estatina
- b. Disminuir dosis de estatina
- c. Cambiar de estatina
- d. Asociar un fármaco que actúe sobre PCSK9 (iPCSK9 o inclisirán)
- e. Asociar ácido bempedoico

### Caso Clínico 3

Paciente de sexo masculino, 66 años, raza blanca. Viudo, jubilado.

AF: madre con DM2 e IAM fatal a los 72 años.

AP: DM2 diagnosticada a los 60 años. HTA de tres años de evolución. Dislipemia, cLDL previo de 127 mg/dL. Obeso. Sedentario. Ex tabaquista social, fuma 10 cigarros/día desde hace dos años.

En tratamiento con Metformina 850 mg cada 12 hs, Glimepirida 4 mg/día, Enalapril 10 mg cada 12 hs, Hidroclorotiazida 12.5 mg/día, Simvastatina 20 mg/día.

EA: concurre a consulta por control. Asintomático en lo CV. No monitorea glucosa ni presión arterial. Duelo por fallecimiento de esposa por cáncer hace dos años, angustia, insomnio.

EF: peso 91 kg, altura 1.79 m, IMC 30 kg/m<sup>2</sup>. Circunferencia abdominal 100 cm. CV: RR 80 cpm, sin soplos. PA 155/95 mmHg. No IY ni RHY. Pulsos normales en los cuatro MM, no edemas. PP: MAV presente bilateralmente, no estertores.

#### Exámenes paraclínicos

- Perfil lipídico:

CT	cLDL	cHDL	TGL	no-cHDL
225	104	35	570	190

Valores en mg/dl

- Glicemia 166 mg/dL
- HbA1c 7.9%
- FG 72 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>
- Microalbuminuria negativa
- TGO y TGP normales
- Hemograma normal
- TSH normal
- ECG normal

#### PREGUNTA 1

**El cuanto al riesgo CV de este paciente, señale la o las opciones correctas:**

- Es de muy alto riesgo de muerte CV a 10 años por sistema SCORE con un valor de 11%.
- Es alto por presentar DM sin daño de órgano blanco.
- Es muy alto por presentar DM asociado a otros FRCV.
- Es bajo por la evolución de su DM menor a 10 años.

#### PREGUNTA 2

**En cuanto al manejo de este paciente, señale la o las opciones correctas:**

- Es fundamental incentivar cambios de estilo de vida y abordar la salud mental.
- El objetivo es lograr un cLDL menor a 70 mg/dl.
- El objetivo es lograr un cLDL menor a 55 mg/dl.

- d. Tiene indicación de estatinas de alta intensidad.
- e. La HbA1c menor a 8% no amerita modificar el tratamiento de su DM.

Se cambió simvastatina por rosuvastatina 20 mg, se suspendió glimepirida y se inició empagliflozina 10 mg/día. Recibió valoración por equipo de salud mental, se inició tratamiento antidepresivo con citalopram 10 mg.

Concurre a control a las seis semanas. Cesó tabaquismo, inició caminatas de 45 minutos tres veces por semana y actividad física en club. Refiere mejoría en estado de ánimo y descanso nocturno.

Peso 89 kg, circunferencia abdominal 96 cm, PA 140/90 mmHg.

#### Exámenes paraclínicos:

- Glicemia 115 mg/dL
- HbA1c 7.3%
- Perfil lipídico:

CT	cLDL	cHDL	TGL	No-cHDL
167	66	32	270	135

Valores en mg/dL

- TGO y TGP normales
- CPK normal

#### PREGUNTA 3

**De acuerdo a estos resultados, señale la o las opciones correctas:**

- a. Agrega ezetimibe 10 mg/día.
- b. Agrega fenofibrato 160 mg/día.
- c. Aumenta dosis de rosuvastatina a 40 mg/día
- d. Se encuentra en objetivo terapéutico por lo que no modifica el tratamiento hipolipemiante.
- e. Tiene indicación de un fármaco que actúe sobre PCSK9 (iPCSK9 o inclisrán).

Se decide aumentar dosis de rosuvastatina a 40 mg/d y asociar ezetimibe 10 mg/d. Concurre a control luego de tres meses. Mantiene ejercicio regular y abstinencia de tabaquismo.

Del EF se destaca peso 87 kg, perímetro abdominal 94 cm, PA 135/85 mmHg.

#### Paraclínica:

- HbA1c 7%
- Perfil lipídico:

CT	cLDL	cHDL	TGL	No-cHDL
133	50	39	220	94

Valores en mg/dL

- Lipoproteína(a) normal

PREGUNTA 4

---

**En relación a la evolución actual del paciente, ¿se logró controlar el riesgo residual?**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## Caso Clínico 4

Hombre, 52 años. Abogado.

AP: Tabaquista 10 cigarros/día.

HTA diagnosticada hace 3 años, buen control de cifras tensionales con valsartán 80 mg/día e hidroclorotiazida 12,5 mg/día.

No tiene historia de diabetes.

AF: Hermano cardiopatía isquémica con ATC a los 53 años.

MC: Concorre a control.

Asintomático desde el punto de vista cardiovascular.

Estrés laboral y alimentación con comida rápida frecuente durante la jornada laboral. Poca actividad física.

Examen físico: Piel y mucosas normales, sin xantomas o halo corneal.

Obesidad a predominio central, con IMC 31 kg/m<sup>2</sup>. PA 120/70 mmHg.

Examen cardiovascular y pleuropulmonar normales.

### Exámenes paraclínicos:

- ECG normal.
- Glicemia 99 mg/dl.
- Función renal normal.
- TGO y TGP normales.
- Hemograma normal.
- Perfil lipídico:

CT	cLDL	cHDL	TGL	No-cHDL
209	135	42	107	167

Valores en mg/dL

### PREGUNTA 1

**¿Cuál es el riesgo cardiovascular del paciente? Justifique.**

---

---

---

---

---

### PREGUNTA 2

**¿Qué factores de riesgo cardiovascular identifica?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**PREGUNTA 3****¿Tiene indicación de tratamiento con estatinas?**

---

---

**¿Solicitaría algún otro estudio paraclínico? En caso afirmativo, ¿cuál o cuáles?**

---

---

---

---

---

Se solicita Score de Calcio coronario, que informa:

- Score de calcio: 321 UA.  
Este valor ubica al paciente en el percentil 98, para su sexo y edad.

Lipoproteína(a) normal.

**PREGUNTA 4****Con estos resultados, ¿reclasifica el riesgo cardiovascular del paciente? ¿Modifica el tratamiento?**

---

---

---

---

---

## EVALUACIÓN

---

### PREGUNTA 1

---

**En cuanto a las dislipemias, señale la opción CORRECTA:**

- a. Las dislipemias primarias son aquellas que se dan de forma aislada, en un individuo aparentemente sano, y en general están asociadas a un riesgo cardiovascular bajo.
- b. La quilomicronemia familiar es un trastorno del metabolismo lipídico frecuente, que se caracteriza por niveles de triglicéridos mayor a 500 mg/dl.
- c. Las dislipemias adquiridas son aquellas que se asocian a hipotiroidismo, enfermedad renal, diabetes, y marcan un alto riesgo cardiovascular.
- d. La dislipemia es uno de los principales factores que contribuye a la enfermedad cardiovascular aterosclerótica.
- e. Niveles elevados de lipoproteína (a) no aumentan el riesgo cardiovascular en ausencia de otros FRCV.

### PREGUNTA 2

---

**En cuanto a la dislipemia aterogénica, señale la opción CORRECTA:**

- a. Hay un aumento de partículas LDL pequeñas y densas que se cuantifican en el perfil lipídico convencional.
- b. No tiene relación con el riesgo lipídico residual.
- c. Se caracteriza por aumento de cHDL y disminución de TG.
- d. Es la dislipemia característica de los estados de insulinorresistencia.
- e. El colesterol no HDL objetivo en este escenario debe ser menor a 100 mg/dl, independientemente del riesgo CV.

### PREGUNTA 3

---

**Respecto a la hipercolesterolemia familiar, señale la opción CORRECTA:**

- a. Es una enfermedad genética poco frecuente.
- b. Debemos sospechar una HF cuando nos enfrentamos a un paciente con hipertrigliceridemia mayor a 500 mg/dl y antecedentes familiares de cardiopatía isquémica prematura.
- c. Los signos físicos asociados a la enfermedad (xantomas tendinosos, o halo corneal antes de los 45 años) son patognomónicos.
- d. Se recomienda utilizar tabla o calculadoras de riesgo CV, para definir el inicio del tratamiento farmacológico.
- e. Se recomienda el estudio genético a partir de los 18 años, ya que antes no está indicado el inicio del tratamiento.

### PREGUNTA 4

---

**En relación a la Lipoproteína (a), señale la opción INCORRECTA:**

- a. Los niveles de Lp(a) están en su mayoría determinados genéticamente.

- b. Existe fuerte evidencia de la asociación causal entre niveles elevados de Lp(a) y eventos cardiovasculares, incluso con niveles bajos de colesterol LDL.
- c. Se recomienda la dosificación de Lp(a) al menos una vez en la vida.
- d. Sólo debe solicitarse en Lp(a) en casos de hipercolesterolemia familiar, antecedentes familiares de Lp(a) muy elevada o enfermedad vascular aterosclerótica precoz.
- e. Se estima que entre el 20% y el 30% de las personas tienen niveles elevados de Lp(a) plasmática.

---

#### PREGUNTA 5

**En cuanto a la estimación de riesgo CV, señale la opción CORRECTA:**

- a. Se recomienda calcular el riesgo de muerte de causa CV a 10 años mediante sistema SCORE para pacientes con Diabetes Mellitus o enfermedad CV establecida.
- b. La presencia de FRCV aislados muy elevados no son suficientes para establecer el nivel de riesgo CV de un paciente.
- c. Un paciente con puntuación SCORE de 12% es de muy alto riesgo CV.
- d. La presencia de enfermedad renal crónica con filtrado glomerular entre 30 y 50 ml/min/m<sup>2</sup> define al paciente como de muy alto riesgo CV.
- e. No es relevante para el manejo terapéutico de pacientes con dislipemia.

---

#### PREGUNTA 6

**En cuanto a los factores que modifican la estimación del riesgo CV, señale la opción CORRECTA:**

- a. Se puede considerar la detección de aterosclerosis subclínica con Score de Calcio Coronario (SCC) en individuos de bajo riesgo cardiovascular, mayores de 40 años con antecedentes familiares de ECVA prematura.
- b. Los pacientes de riesgo moderado pueden ser reclasificados a una escala de riesgo superior con cualquier valor de SCC mayor a cero.
- c. La presencia de hígado graso no alcohólico, apnea del sueño o enfermedades autoinmunes inflamatorias no modifican el riesgo CV calculado por el sistema SCORE.
- d. La enfermedad cardiovascular es definida como prematura cuando aparece antes de los 50 años, tanto en hombres como en mujeres.
- e. El riesgo CV estimado por el sistema SCORE en pacientes jóvenes se encuentra sobreestimado.

---

#### PREGUNTA 7

**En cuanto al tratamiento hipolipemiante, señale la opción CORRECTA:**

- a. La magnitud de la reducción del cLDL está relacionada con el tipo de estatina y la dosis utilizada.
- b. Las estatinas de baja intensidad son aquellas que reducen el cLDL menos del 50%
- c. No se recomienda utilizar estatinas de alta intensidad en prevención primaria.
- d. Los fibratos han demostrado una disminución de la mortalidad CV en pacientes con TG elevados y cHDL bajo.

- e. De acuerdo a las guías EAS/ESC 2019, aquellos individuos que no alcanzan su objetivo terapéutico con dosis máximas toleradas de estatinas tienen indicación Clase II de asociar ezetimibe.

---

#### PREGUNTA 8

**En cuanto a los efectos adversos relacionados al uso de estatinas, señale la opción CORRECTA:**

- a. La presencia de aumento leve de transaminasas hepáticas luego del inicio de tratamiento con estatinas es esperable y sin relevancia clínica en ausencia de hiperbilirrubinemia o disfunción hepática.
- b. Se recomienda dosificar las enzimas hepáticas sólo si existe sospecha clínica de hepatotoxicidad.
- c. Deberían evitarse las estatinas en pacientes con antecedentes familiares de primer grado de demencia.
- d. En pacientes con glicemia de ayuno alterada y dislipemia es dudoso el beneficio de las estatinas en la reducción del riesgo CV global por la alta probabilidad de desarrollar diabetes incidental secundaria a estatinas.
- e. La ocurrencia de efectos adversos es independiente del uso concomitante de otros fármacos.

---

#### PREGUNTA 9

**En relación a la intolerancia a estatinas, señale la opción INCORRECTA:**

- a. Se define como la incapacidad de tolerar al menos dos estatinas, con al menos una de ellas testeada a la menor dosis aprobada.
- b. Es muy frecuente el efecto nocebo como causa de mialgias u otros síntomas vinculados al uso de estatinas.
- c. Las mialgias vinculadas a estatinas generalmente aparecen en las primeras semanas o meses de iniciado el tratamiento, son bilaterales y se ubican en tronco, región lumbar o a nivel proximal de las extremidades.
- d. Si hay aumento de CK entre 5 y 10 veces el límite superior normal se suspende el tratamiento con estatinas, se dosifica nuevamente CK y si normaliza se puede reinstalar tratamiento con la misma estatina en menor dosis u otra estatina en días alternos.
- e. Los síntomas musculares asociados a estatinas son un efecto de clase independiente del tipo de estatina y la dosis utilizada.

---

#### PREGUNTA 10

**En cuanto al tratamiento de la dislipemia en diabéticos, señale la opción INCORRECTA:**

- a. La reducción del riesgo CV con fibratos es proporcional al grado de reducción de triglicéridos.
- b. Las modificaciones en el estilo de vida constituyen la primera opción para mejorar la dislipemia aterogénica.

- c. Según los estudios de resultados del tratamiento con fibratos, la reducción del riesgo CV es proporcional al grado de reducción de colesterol no HDL.
- d. El ácido eicosapentaenoico (EPA) (4 g por día) reduce eventos cardiovasculares en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida o diabetes con un factor de riesgo adicional.
- e. El cLDL es el objetivo principal del tratamiento hipolipemiante en la DM.

**Sociedad Uruguaya de Cardiología**

Av. Garibaldi 2593 - C.P. 11600 - Montevideo, Uruguay

Teléfono: (0598) 2480 65 67 - 2487 25 65

Whatsapp: +598 92 684 779

[suc@adinet.com.uy](mailto:suc@adinet.com.uy) - [www.suc.org.uy](http://www.suc.org.uy)

Horario: de 14 a 21 horas



# EMC en Cardiología SUC 2024 SEMINARIO TALLER



## **Sociedad Uruguaya de Cardiología**

Av. Garibaldi 2593 - C.P. 11600

Montevideo, Uruguay

Teléfono: (0598) 2480 65 67 - 2487 25 65

Whatsapp: +598 92 684 779

suc@adinet.com.uy - [www.suc.org.uy](http://www.suc.org.uy)