

Equivalente de riesgo: enfermedad arterial periférica, aneurisma de aorta abdominal, enfermedad carotídea sintomática, DBT, múltiples factores de riesgo que conlleven un riesgo a 10 años > 20%.

° Factores de Riesgo Mayor

Tabaquismo

Hipertensión (TA > 140/90 mm Hg o con medicación antihipertensiva)

Colesterol HDL bajo (< 40 mg/dl)

Antecedentes familiares de cardiopatía coronaria prematura (familiar de primer grado de sexo masculino antes de los 55 años; familiar de primer grado femenino antes de los 65 años)

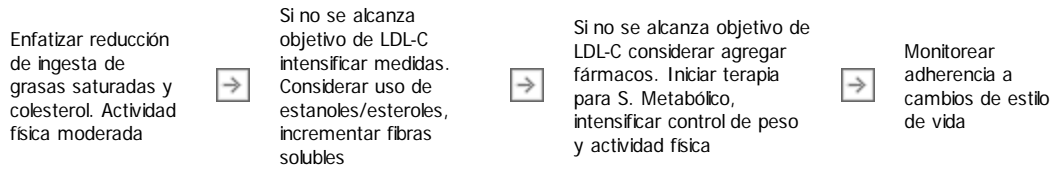
Edad (hombres > 45 años; mujeres > 55 años)

Colesterol HDL > 60 mg/dl elimina un factor de riesgo del recuento total.

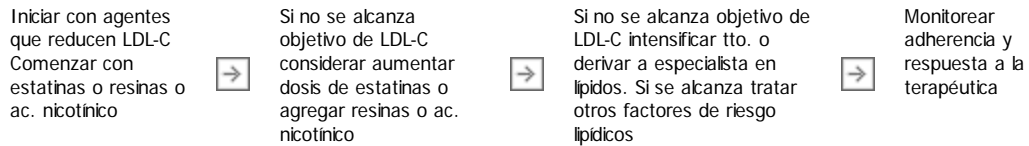
* La evaluación del riesgo a los 10 años se realiza con el puntaje según las Tablas de Riesgo de Framingham por categorías.

Cambios del estilo de vida

1. Reducción de la ingesta de grasas saturadas (< 7% de las calorías totales) y del colesterol (< 200 mg/dl), uso de estanoles/esteroles vegetales (2 g/día), fibras solubles (10-25 g/día). 2. Aumento de la actividad física y 3. Control de peso.



Tratamiento farmacológico en Prevención Primaria



Se ha observado que la adición de Ezetimibe a cualquier estatina en cualquier dosis, resulta en una disminución adicional promedio del 25% en el descenso de LDL-C. (American Journal of Cardiology 93:779-780, Mar 2004.)

Clasificación del Colesterol Total, LDL, HDL

Tipo de Lípido	Nivel sérico (mg/dl)	
Colesterol Total	< 200	Deseable
	200-239	Limitrofe alto
	> 240	Alto
Colesterol LDL	< 100	Óptimo
	100-129	Limitrofe bajo
	130-159	Limitrofe alto
	160-189	Alto
	> 190	Muy alto
Colesterol HDL	< 40	Bajo
	> 60	Alto

Desde la clasificación de ATP III 5 ensayos clínicos mayores sobre tratamiento con estatinas han sido publicados (HPS, PROSPER, ALLHAT-LLT, ASCOT-LLA, PROVE IT-TIMI 22). Los resultados parecen tener importantes implicancias en el manejo de pacientes con alteraciones lipídicas particularmente en los de alto riesgo, recomendando:

- En personas con riesgo muy alto un objetivo de LDL-C < 70 mg/dl es una opción terapéutica. Con LDL-C basal < 100 mg/dl iniciar con drogas que lo descendan a < 70 mg/dl es una alternativa en base a ensayos clínicos disponibles.
- En personas con alto riesgo con de triglicéridos o HDL-C debe considerarse la asociación de estatinas con fibratos o ácido nicotínico.
- En moderado alto riesgo (2 o más factores de riesgo con riesgo a 10 años entre 10-20%) una recomendación de LDL-C < 100 mg/dl es una opción terapéutica. Si LDL-C está entre 100-129 mg/dl (basal o con cambios de estilo de vida) se plantea iniciar tratamiento farmacológico.
- Cualquier persona con alto riesgo o moderado alto riesgo con otros factores de riesgo como obesidad, sedentarismo, de triglicéridos o HDL-C, síndrome metabólico es candidato a cambiar estilo de vida independientemente del valor de LDL-C.

1. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001 May 16;285(19):2486-97.
2. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. Circulation, 2004;110:227-239.