

## 2.3. Cribado de dislipemia

### PREGUNTAS PARA RESPONDER

- ¿Es efectivo el cribado del riesgo coronario en población general para disminuir la morbimortalidad cardiovascular?
- ¿Cuál debe ser la periodicidad idónea de cribado y las edades límite para el mismo?

Las guías seleccionadas recomiendan el cribado de colesterol apoyándose, para ello en evidencias indirectas (8-11). Se basan, en primer lugar, en la reducción de la morbimortalidad observada en los estudios de prevención secundaria realizados en pacientes con enfermedad cardiovascular. Además, dada la relación lineal observada entre colesterol y RCV y la posibilidad de predecir el RCV, se asume que se puede extrapolar a la población general los beneficios observados en los ensayos de prevención secundaria. Bajo esta premisa, el cribado de la población para detectar a los pacientes con cifras elevadas de colesterol con riesgo coronario moderado-alto y posteriormente tratarlos, disminuiría la morbimortalidad. En esta misma línea se posiciona la US Task Force sobre cuidados preventivos (40).

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que hay una relación continua y lineal entre colesterol total (CT) e incidencia de enfermedad coronaria, sin ningún umbral de CT definido que separe mayor o menor riesgo (15).

Sin embargo, en ausencia de estudios que valoren la efectividad del cribado para disminuir la morbimortalidad cardiovascular, las recomendaciones sobre la efectividad del cribado deberían apoyarse fundamentalmente en los resultados de los ensayos de prevención primaria en los diferentes subgrupos de riesgo en poblaciones general. En este sentido, cabe señalar que estos ensayos se han realizado sobre poblaciones mayores de 40 años y en general, con pacientes con riesgo moderado a alto. Hay que tener en cuenta, además, que en estos ensayos de prevención primaria, el número de pacientes a tratar para reducir un evento cardiovascular supera en general la cifra de 50 personas. Por otra parte, hay que señalar que en el caso de mujeres sin enfermedad coronaria, no hay evidencias de que los hipolipemiantes modifiquen la mortalidad ni la morbilidad coronaria. A estas consideraciones cabe añadir que el periodo medio de seguimiento de estos estudios fue de 4,3 años, con un rango de 3,2 a 5,2 años, y que la edad media de los participantes en los ensayos varió entre 55,1 y 75,4 años (41).

Además de las anteriores evidencias que se derivan de los resultados de los estudios de prevención primaria, en la decisión de recomendar el cribado en una población determinada hay que considerar también el riesgo basal de enfermedad coronaria, ya que riesgos bajos se acompañarán de beneficios menores a los esperados (42).

En relación con la edad más recomendable para el inicio del cribado, la decisión debe estar igualmente relacionada con la efectividad de las intervenciones derivadas de la estimación de un RCV elevado. Sin embargo, como ya se ha señalado, en mujeres susceptibles de prevención primaria incluso no hay evidencias que demuestren un efecto beneficioso con la intervención hipolipemiente. A pesar de ello, sorprendentemente, todas las GPC analizadas recomiendan el cribado.

Además, frente a los beneficios potenciales del cribado lipídico hay que situar los efectos adversos de la terapia hipolipemiente, así como el perjuicio de etiquetar a una persona como "de riesgo" y por tanto, candidata a tratamiento farmacológico, debiendo seguir por ello una serie de controles médicos durante muchos años cuando, probablemente nunca desarrollará la enfermedad. A estos costes del cribado e intervención subsiguiente, hay que añadir el coste-oportunidad que supone el desarrollo de esta intervención en detrimento de otro tipo de intervenciones potencialmente beneficiosas sobre éste u otro problema de salud.

Por todo ello, en esta GPC se ha optado por mantener una estrategia conservadora y alineada con las evidencias disponibles recomendándose el inicio del cribado a los 40 años en varones y a los 45 años en mujeres. De acuerdo con las actividades de cribado en el área cardiovascular para la población general consensuadas para nuestra comunidad autónoma, a partir de esta edad, se recomienda el cálculo del riesgo coronario cada 4 años (incluye PA, glucemia, colesterol total y HDL).

A pesar de que no hay evidencias para recomendar el cribado lipídico en las mujeres, se ha optado por recomendar la realización del cálculo de RC para identificar a las mujeres con riesgo más elevado en las que es necesario intervenir frente a uno o más de los factores de riesgo presentes.

Esta recomendación de corte poblacional se separa de aquellas situaciones en las que debe realizarse un perfil lipídico, con independencia de la edad y el género con el objetivo de intentar cuantificar su riesgo cardiovascular:

- La obesidad es un factor de RCV independientemente de la HTA y de las alteraciones lipídicas asociadas [RR 1,49 (IC95%: 1,32-1,67)] (30).
- Los antecedentes familiares de primer grado de enfermedad coronaria prematura (<55 años en hombres y <65 años en mujeres) incrementan el RC [OR 5,0 (IC95%: 2,8-8,7)] (26-29).
- Los familiares de primer y segundo grado de individuos con HF presentan cardiopatía isquémica prematura en el 50,3% de los varones y 49,5% de las mujeres(43).
- La hiperlipidemia familiar de carácter hereditario implica un riesgo aumentado de enfermedad coronaria prematura y de mortalidad cardiovascular [RR 1,7 (IC95%:1,1-2,7)] (44;45).
- Los diabéticos tienen un mayor RCV que las personas sin diabetes (46). En este sentido, cabe destacar que varios estudios comparan el RCV de los diabéticos con el de quienes han tenido un infarto de miocardio (IAM) y no muestran resultados

consistentes entre ellos. No obstante, entre las personas diabéticas, las mujeres y aquellos que llevan más de 15 años de evolución presentan un RCV mayor (47-54).

- La GPC sobre HTA de la CAPV recomienda controles anuales del perfil lipídico en los pacientes diagnosticados de HTA (55).

### Resumen de la evidencia

2+	Estudios observacionales han puesto de manifiesto una asociación lineal entre valores de colesterol total y RCV (15).
1 ++	En población entre 40 y 70 años con RCV moderado o alto el tratamiento hipolipemiante disminuye los eventos coronarios (56-60).
1+	La terapia hipolipemiante no ha demostrado disminuir los eventos cardiovasculares en mujeres sin enfermedad cardiovascular (41).
2+ 3(*)	Los antecedentes familiares de muerte coronaria prematura, la obesidad, la diabetes, la HTA, los antecedentes familiares de hipercolesterolemia familiar(*), hiperlipidemia familiar combinada(*) son factores de RCV independientes (26; 27;30;43-45;47-54).

### Recomendación

	<p>En población general se aconseja el cribado con perfil lipídico a los 40 años en hombres y 45 en mujeres al objeto de calcular el riesgo coronario de estas personas.</p> <p>A partir de los 40 años, en personas con riesgo bajo en la evaluación inicial mediante la función de REGICOR, debe repetirse el cálculo del riesgo coronario cada 4 años.</p>
<b>D</b>	<p>En personas mayores de 75 años no hay evidencias que apoyen el cálculo del riesgo coronario.</p> <p>Se debe valorar de forma individualizada la realización de un perfil lipídico en pacientes con antecedentes de historia familiar de enfermedad vascular prematura o de dislipemia familiar u obesidad.</p>
<b>D</b>	<p>En los pacientes con hipertensión o diabetes el perfil lipídico debe formar parte de la valoración inicial del individuo y debe repetirse anualmente.</p>