

Reuniones presenciales de implementación del Documento de Consenso SEMERGEN-SEA

Abordaje común
del paciente
dislipémico



Test de evaluación



Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS) con 2,1 créditos
Nº de expediente: 11-4025



FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE ARTERIOSCLEROSIS
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ARTERIOSCLEROSIS



CNVyA 33/2010

"Esta literatura refleja las opiniones y hallazgos propios de los autores y no son necesariamente los de Merck & Co., Inc., ni los de ninguna de sus afiliadas y se presenta como un servicio a la profesión médica."

"Cualquier producto mencionado deberá ser utilizado de acuerdo a la Ficha Técnica del fabricante."

© Edicomplet 2011

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Depósito Legal: M-0000-2011

Coordinación Técnica y Editorial

EDICOMPLET *Grupo*
saned

Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Tel.: 91 749 95 02
Anton Fortuny, 14-16 Edif. B, 2º 2ª. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona). Tel.: 93 320 93 30

Fotocomposición y Fotomecánica: Siglo Digital, S.L. • Impresión: Hermanos Gómez, S.L.

Test de evaluación

- 1. ¿Cuál es el parámetro lipídico para establecer los objetivos de tratamiento y los objetivos de control en un paciente con hipercolesterolemia?:**
 - a. c-HDL.
 - b. Colesterol total.
 - c. c-LDL.
 - d. c-VLDL.
 - e. TG.

- 2. ¿Cuál es el objetivo de control en prevención primaria?:**
 - a. c-LDL < 190 mg/dl.
 - b. c-LDL < 160 mg/dl.
 - c. c-LDL < 150 mg/dl.
 - d. c-LDL < 130 mg/dl.
 - e. c-LDL < 100 mg/dl.

- 3. A partir de qué riesgo de mortalidad cardiovascular está justificado el tratamiento farmacológico (después de instaurar las modificaciones del estilo de vida 3 meses):**
 - a. SCORE 1.
 - b. SCORE 2.
 - c. SCORE 3.
 - d. SCORE 4.
 - e. SCORE \geq 5.

- 4. ¿Cuál es el tratamiento de primera línea para el tratamiento de la hipercolesterolemia en prevención primaria?:**
 - a. Niacina.
 - b. Estatinas.
 - c. Ezetimiba.
 - d. Fibratos.
 - e. Resinas.

- 5. En un paciente en prevención primaria, con un riesgo SCORE < 5%, ¿qué actitud tomaremos?:**
 - a. Inicio del tratamiento farmacológico 12 meses después de implementar modificaciones en el estilo de vida.
 - b. Modificaciones en el estilo de vida 6-12 meses y reevaluar el SCORE al año.
 - c. Modificaciones en el estilo de vida 3 meses, volver a evaluar el SCORE y el perfil lipídico en ayunas.
 - d. Control analítico a los 5 años.

Test de evaluación

6. La dislipemia diabética se caracteriza por lo siguiente, excepto:

- a. Presencia de LDL pequeñas y densas.
- b. Aumento de TG.
- c. Disminución de c-HDL.
- d. Disminución de c-LDL.
- e. Aumento de VLDL.

7. ¿Cuál es el objetivo de control de un paciente diabético que ha sufrido un síndrome coronario agudo con elevación de ST?:

- a. c-LDL < 160 mg/dl.
- b. c-LDL < 130 mg/dl.
- c. c-LDL < 115 mg/dl.
- d. c-LDL < 100 mg/dl.
- e. c-LDL < 70 mg/dl.

8. ¿Es necesario calcular el riesgo cardiovascular a un paciente diabético?:

- a. Sí, al ser un paciente en prevención primaria.
- b. Sí, para establecer el riesgo adicional a la diabetes.
- c. No, al considerarse la diabetes como un equivalente de riesgo coronario, es paciente de alto riesgo CV y debe tratarse con objetivos de prevención secundaria.
- d. Sí, porque los diabéticos son de bajo riesgo cardiovascular.
- e. Siempre ha de calcularse el riesgo cardiovascular en todos los pacientes.

9. Señale la respuesta falsa en relación con el tratamiento de la dislipemia del paciente diabético:

- a. El tratamiento de elección son las estatinas.
- b. Si no se consiguen los objetivos con las estatinas en monoterapia a las dosis máximas toleradas se deben combinar con otro agente hipolipemiante (ezetimiba, resinas, etc.).
- c. Se debe instaurar tratamiento independientemente de los niveles de lípidos, si no existen contraindicaciones en todos los diabéticos tipo 2 con ECV establecida.
- d. En pacientes diabéticos con ECV establecida el objetivo de control a conseguir es un LDL < 100 mg/dl.
- e. Al instaurar un tratamiento con estatinas se debe tener en cuenta la potencia, toxicidad, interacciones y coste-beneficio.

10. A la hora de elegir el tratamiento hipolipemiante en el paciente diabético sin tratamiento tenemos que tener en cuenta:

- a. Conocer los niveles iniciales de colesterol LDL.
- b. Comenzar con monoterapia de estatinas.
- c. Si no se alcanzasen los objetivos de c-LDL, combinar con ezetimiba.
- d. Realizar controles a las 6 semanas.
- e. Todas las anteriores.

11. ¿Cuál no es un componente de la dislipemia aterogénica?:

- a. Fenotipo B de LDL (partículas pequeñas y densas).
- b. Disminución del c-HDL.
- c. Aumento de los TG.
- d. Elevación del c-HDL.
- e. Todas las anteriores.

12. Señale la respuesta falsa en relación con el tratamiento de la dislipemia mixta:

- a. El objetivo primario del tratamiento es el c-LDL si los TG < 500 mg/dl.
- b. El objetivo primario del tratamiento son los TG si los TG > 500 mg/dl para evitar el riesgo de pancreatitis.
- c. Las partículas LDL pequeñas y densas contribuyen poco al riesgo cardiovascular.
- d. El tratamiento de c-HDL bajo contribuye a disminuir el riesgo residual.
- e. El tratamiento de los TG altos contribuye a disminuir el riesgo residual.

13. Señale la respuesta falsa:

- a. Las estatinas y los fibratos se deben administrar a la misma hora.
- b. El fármaco más eficaz para aumentar el c-HDL es la niacina.
- c. La niacina reduce los niveles de c-LDL y TG.
- d. La combinación de estatinas más ezetimiba es la opción más eficaz para reducir el c-LDL.

14. Señale la respuesta falsa en relación con la dislipemia mixta:

- a. El c-HDL es un factor de riesgo independiente y debe considerarse en el tratamiento integral de la dislipemia.
- b. Los TG son un FRCV independiente y deben considerarse en el tratamiento integral de la dislipemia.
- c. Solamente se debe conseguir el objetivo de c-LDL sin tener en cuenta las otras alteraciones lipídicas.
- d. La terapia combinada es necesaria para el tratamiento integral de la dislipemia.

15. En el tratamiento combinado para la dislipemia mixta, señale la respuesta falsa:

- a. Se requiere tratamiento combinado para aumentar el c-HDL y/o disminuir los TG.
- b. El control global de la dislipemia mixta se puede conseguir con estatinas en combinación con niacina.
- c. Cuando empleemos terapia combinada no es necesario vigilar la función renal.
- d. Se debe vigilar estrechamente la aparición de miopatía y si la CK se eleva 10 veces por encima del valor normal, se debe suspender el tratamiento.

16. Una de estas poblaciones NO se considera de muy alto riesgo cardiovascular:

- a. Pacientes con diabetes y evento coronario.
- b. Pacientes con diabetes e ictus.
- c. Pacientes con evento coronario y síndrome metabólico.
- d. Pacientes con diabetes y otro factor de riesgo cardiovascular.
- e. Pacientes con enfermedad coronaria e intolerancia glucosa.

Test de evaluación

17. Según las recomendaciones europeas, el objetivo de c-LDL a alcanzar en pacientes de muy alto riesgo es:

- a. c-LDL < 70 mg/dl.
- b. c-LDL < 70 mg/dl (si es posible).
- c. c-LDL < 80 mg/dl (siempre).
- d. c-LDL < 130 mg/dl.
- e. c-LDL < 100 mg/dl o < 80 mg/dl (si es posible).

18. ¿Cuál de estos tratamientos podría ser más eficaz para reducir el c-LDL un 55%, según la planificación hipolipemiante?:

- a. Rosuvastatina 10.
- b. Atorvastatina 40.
- c. Ezetimiba/simvastatina 10/20 mg.
- d. Ezetimiba/simvastatina 10/40 mg.
- e. Pravastatina 40 con ezetimiba.

19. ¿Cuál de estos fármacos en combinación con estatinas podría ser más eficaz para aumentar el c-HDL?:

- a. Fenofibrato.
- b. Niacina/laropiprant.
- c. Ezetimiba.
- d. Colestipol.
- e. Doblar dosis de estatina.

20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta según los diferentes estudios clínicos?:

- a. La combinación fija de ezetimiba/simvastatina fue superior en eficacia en comparación con la duplicación de la dosis de estatinas.
- b. La combinación fija de ezetimiba/simvastatina fue superior a duplicación de estatinas, pero se tolera peor.
- c. La combinación fija de ezetimiba/simvastatina fue superior a dosis equivalentes de atorvastatina.
- d. La combinación fija de ezetimiba/simvastatina 10/10 mg fue superior a rosuvastatina 10.
- e. La combinación fija de ezetimiba/simvastatina fue superior en eficacia a la duplicación de estatinas, siendo generalmente bien tolerado.

21. Supongamos que acude a nuestra consulta un varón de 74 años con hipercolesterolemia y niveles de colesterol-LDL (c-LDL) de 196 mg/dl. Tras el fracaso en reducir los niveles de c-LDL mediante el seguimiento de una dieta hipolipemiante, ¿estaría indicado iniciar tratamiento con una estatina en este paciente anciano?:

- No. Los ancianos no deben tratarse con hipolipemiantes independientemente de sus cifras de c-LDL, ya que a esa edad el colesterol pierde potencia como factor de riesgo cardiovascular.
- No, porque las tablas SCORE no nos permiten calcular el riesgo vascular a esa edad y, por tanto, sentar la indicación de tratamiento hipolipemiante.
- Sí, pero solamente si el paciente ya estaba en tratamiento previo con estatinas, debiendo duplicar la dosis.
- Sí, pero solamente en el caso de que el paciente estuviera en prevención secundaria.
- Sí estaría indicado aunque subordinado al estado general de salud del paciente, a su esperanza de vida estimada, y a su deseo de ser tratado, ya que, tanto en prevención primaria como secundaria, los niveles de c-LDL superan los valores recomendados en cualquiera de ambas condiciones.

22. Desde el punto de vista poblacional, ¿cómo evolucionan los niveles plasmáticos del colesterol unido a las lipoproteínas de alta (c-HDL) y de baja densidad (c-LDL) a lo largo de la vida de las personas?:

- Tanto el c-HDL como el c-LDL permanecen prácticamente invariables a lo largo de la vida de las personas, aunque las mujeres suelen tener los niveles de c-HDL 10 mg/dl más elevados que los hombres.
- El c-LDL se va incrementando con la edad, en los varones se estabiliza a partir de la sexta década, declinando en etapas posteriores. En las mujeres estos cambios ocurren con una década de retraso. No hay cambios sustanciales del c-HDL con la edad, aunque las mujeres suelen tener los niveles c-HDL 10 mg/dl más elevados que los hombres.
- El c-LDL se va incrementando con la edad, tanto en los varones como en las mujeres, mientras que el c-HDL disminuye progresivamente, aunque las mujeres suelen tener los niveles de c-HDL 10 mg/dl más elevados que los hombres.
- El c-LDL se va incrementando con la edad, en los varones se estabiliza a partir de la sexta década, declinando en etapas posteriores. En las mujeres este aumento se eleva progresivamente a partir de la menopausia, llegando a superar a los varones. El c-HDL disminuye progresivamente, sobre todo en las mujeres en las que a partir de la menopausia pierden la ventaja inicial de tener los niveles c-HDL 10 mg/dl más elevados que los hombres.
- Los niveles plasmáticos de c-LDL y de c-HDL dependen de la genética y de la alimentación de los individuos y de las poblaciones, por lo que no es posible establecer una tendencia de su variación con la edad.

23. En referencia a los estudios epidemiológicos efectuados en ancianos y el riesgo que los niveles elevados de colesterol suponen para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular (ECV), ¿cuál de las siguientes aseveraciones es cierta?:

- Ninguno de los estudios epidemiológicos efectuados en ancianos encuentran asociación entre el colesterol y el riesgo absoluto o relativo de desarrollar ECV.
- El riesgo relativo y el riesgo absoluto de desarrollar ECV asociado al colesterol se atenúan con la edad, debido al aumento en la incidencia de enfermedad coronaria.
- Tanto el riesgo relativo como el riesgo absoluto de desarrollar ECV asociado al colesterol aumentan con la edad, debido al progresivo aumento en la incidencia de enfermedad coronaria.
- Mientras que el riesgo relativo de desarrollar ECV asociado al colesterol se atenúa con la edad, debido al aumento en la incidencia de enfermedad coronaria, el riesgo absoluto se incrementa.
- Mientras que el riesgo relativo de desarrollar ECV asociado al colesterol se incrementa con la edad, debido al aumento en la incidencia de enfermedad coronaria, el riesgo absoluto se atenúa.

Test de evaluación

24. Hablando de los estudios de prevención del desarrollo de eventos cardiovasculares (ECV) mediante el tratamiento hipolipemiante de los ancianos con estatinas. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

- a. Ninguno de los estudios con estatinas en población anciana, tanto en prevención primaria como secundaria, ha demostrado una disminución significativa del riesgo de desarrollar algún ECV.
- b. Sólo hay un estudio de prevención primaria en ancianos que emplea estatinas (estudio PROSPER), siendo sus resultados desalentadores, por lo que no se puede generalizar el empleo de estos fármacos en la población de más edad.
- c. En prevención primaria de la población anciana, las estatinas han demostrado reducir significativamente el riesgo de episodios y de mortalidad coronarios, y en prevención secundaria disminuyen además el riesgo de mortalidad total y de accidentes cerebrovasculares.
- d. Mientras que en prevención primaria las estatinas han demostrado reducir significativamente el riesgo de mortalidad total y coronaria, en prevención secundaria sólo han logrado disminuir el riesgo de mortalidad coronaria y de accidentes cerebrovasculares.
- e. En prevención primaria en ancianos, las estatinas han demostrado reducir significativamente el riesgo de mortalidad coronaria, pero los efectos adversos superan el beneficio alcanzado. No obstante, en prevención secundaria, dado su mayor riesgo de mortalidad, la disminución de la misma minimiza los posibles efectos secundarios de los fármacos.

25. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referidas al empleo en ancianos de fármacos hipocolesterolemiantes es cierta?:

- a. Las estatinas son útiles para reducir los niveles de colesterol en la población de más edad. Si no se alcanzan los objetivos, para conseguir una mayor reducción y alcanzar los objetivos recomendados, puede combinarse el tratamiento con ezetimiba, inhibidor de la absorción de colesterol.
- b. Las resinas al carecer de efectos secundarios son útiles para reducir los niveles de colesterol en la población de más edad, debiendo considerarse como el fármaco de elección para los ancianos. Sólo en los casos de intolerancia a las mismas puede emplearse inhibidores de la absorción de colesterol como la ezetimiba, o de la síntesis como las estatinas.
- c. Las estatinas tienen un riesgo muy alto de inducir elevaciones de las transaminasas y de la CK en los ancianos, por lo que su empleo debe quedar limitado a aquellos pacientes que ya las estaban tomando con anterioridad, o a aquéllos que sean de prevención secundaria.
- d. En la prevención primaria de la población anciana, las estatinas deben emplearse en monoterapia, toda vez que la combinación con otros hipolipemiantes como la ezetimiba sólo haría que aumentaran los efectos secundarios.

26. El colesterol-no-HDL puede ser utilizado como un marcador del perfil lipídico de fácil determinación y como un objetivo terapéutico por ser la expresión de todas las lipoproteínas con apoB (aterogénicas). En este último caso, ¿cuál debe ser considerada la cifra a considerar como objetivo?:

- a. Igual que la de c-LDL.
- b. c-LDL + 30 (mg/dl).
- c. c-LDL + 50 (mg/dl).
- d. c-LDL + 70 (mg/dl).
- e. c-LDL – c-HDL (mg/dl).

- 27. En la población diabética, y en ausencia de evidencia clínica de enfermedad vascular, el objetivo estándar de c-LDL es:**
- c-LDL < 160 mg/dl si no existen otros factores de riesgo.
 - c-LDL < 130 mg/dl si existen otros factores de riesgo.
 - c-LDL < 130 mg/dl en cualquier caso.
 - c-LDL < 100 mg/dl en cualquier caso.
 - c-LDL < 70 mg/dl en cualquier caso.
- 28. Después de un tratamiento estándar con estatinas en los pacientes con diabetes mellitus, el análisis conjunto del beneficio clínico observado en los grandes ensayos clínicos de intervención, permite sugerir que la reducción del riesgo cardiovascular que se alcanza es de:**
- Un 25%.
 - Un 35%.
 - Un 50%.
 - Un 75%.
 - Depende de que se utilicen en prevención primaria o secundaria.
- 29. En un paciente tratado con estatinas en el que es preciso un mayor esfuerzo terapéutico para alcanzar objetivos, el beneficio que cabe esperar sobre los niveles de c-LDL según la modificación del plan terapéutico puede ser:**
- Una reducción adicional del 5% intensificando las medidas relacionadas con el estilo de vida.
 - Una reducción adicional del 6% duplicando la dosis de la estatina ya utilizada.
 - Una reducción adicional del 15% cambiando a una estatina más potente y/o a mayor dosis, si es posible.
 - Una reducción adicional del 20% asociando con ezetimiba.
 - Cualquiera de las anteriores es cierta.
- 30. El tratamiento combinado de ezetimiba (inhibidor de la absorción del colesterol) con estatina (inhibidor de la síntesis de colesterol) puede conseguir la consecución de objetivos terapéuticos de c-LDL en un:**
- 20%.
 - 40%.
 - 60%.
 - 70%.
 - 100%.



Hoja de respuestas

Pregunta	a	b	c	d	e
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta	a	b	c	d	e
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para obtener la correspondiente acreditación deberá responder correctamente 25 de las 30 preguntas.

Abordaje común del paciente dislipémico

Nombre: Apellidos:

Domicilio: Localidad:

Provincia: C.P.: Teléfono: Móvil:

Nº Colegiado: Correo electrónico:

Especialidad: Centro de trabajo:

Delegado:

Los datos aquí facilitados serán incluidos en un fichero de Edicomplet S.L, con CIF B-78465952, con la finalidad de poderle prestar los servicios que usted solicita, así como facilitarle información sobre todos los productos y servicios de dicha empresa o de sus afiliadas. De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, sus datos serán tratados de forma confidencial. Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a Edicomplet.

COORDINACIÓN Y SECRETARÍA TÉCNICA: GRUPO SANED- EDICOMPLET c/ Capitán Haya, 60 - 1ª pl. - 28020 Madrid
Tel.: 91 749 95 02 - Fax: 91 749 95 07 - E-mail: patricia.galindo@medynet.com





Merck Sharp & Dohme de España, S.A. C/ Josefa Valcárcel, 38 - 28027 Madrid. www.msd.es
03-2013-EZT-2011-E-7057-SS (Creado: Marzo 2011) Item Number: 61121