

Preguntas para responder

Evaluación del riesgo cardiovascular

Cálculo del riesgo cardiovascular

1. ¿Qué tabla de RCV es la más adecuada para emplear en población general en nuestro entorno?
2. ¿Cuál debe ser el punto de corte a partir del cual recomendar la intervención terapéutica?

Cribado de dislipemia

3. ¿Es efectivo el cribado del riesgo coronario en población general para disminuir la morbimortalidad cardiovascular?*
4. ¿Cuáles son las edades límite del cribado y con qué periodicidad se debe de realizar este para disminuir la morbimortalidad cardiovascular?*

Evaluación inicial

5. ¿Qué pruebas deben incluirse en el estudio inicial de un paciente para valoración de su riesgo coronario?*
6. ¿En qué condiciones se deben realizar las pruebas analíticas?*
7. ¿Qué marcadores pueden ayudar a mejorar la predicción de las ecuaciones de riesgo?
8. ¿Cuáles son las cifras objetivo de c-LDL en prevención primaria, en prevención secundaria y en el paciente con diabetes?

Sospecha de hipercolesterolemia familiar

9. ¿Qué parámetros definen la hipercolesterolemia familiar?*
10. ¿Cuándo debemos sospechar una hipercolesterolemia familiar (HF)?*
11. ¿Qué herramienta se debe utilizar cuando se sospecha una hipercolesterolemia familiar?*

Medidas no farmacológicas

Estilos de vida

12. ¿Son efectivos los cambios en el estilo de vida que afectan al perfil lipídico en la reducción de la morbimortalidad cardiovascular en prevención primaria y secundaria?

13. ¿Qué intervenciones son más eficaces para conseguir modificar el estilo de vida en pacientes con dislipemia?
14. ¿Cuánto tiempo debemos esperar con modificaciones de estilo de vida antes de iniciar tratamiento hipolipemiante?*

Alimentos funcionales

15. ¿Son eficaces los alimentos funcionales, los suplementos vitamínicos y los complementos dietéticos en la reducción de la morbilidad cardiovascular en los pacientes con alteración lipídica?

Plantas medicinales

16. ¿Son eficaces las plantas medicinales en la reducción de la morbilidad cardiovascular en los pacientes con alteración lipídica?*

Tratamiento farmacológico

Tratamiento farmacológico en prevención primaria

17. ¿Cuál es el tratamiento hipolipemiante más efectivo en la prevención de enfermedad cardiovascular?

Tratamiento farmacológico en prevención secundaria

18. ¿Cuándo hay que iniciar el tratamiento con estatinas en pacientes con síndrome coronario agudo?
19. ¿Cuándo hay que iniciar el tratamiento con estatinas en pacientes con accidente cerebrovascular agudo?
20. ¿Cuándo hay que tratar con estatinas a pacientes con enfermedad arterial periférica?
21. ¿Cuál es la dosis de estatinas que hay que utilizar para el tratamiento en prevención secundaria?
22. ¿Cuál es el tratamiento hipolipemiante más efectivo después de la estatina en prevención secundaria?

Efectos secundarios de las estatinas

23. ¿Cuáles son los efectos secundarios importantes demostrados de las estatinas?

Tratamiento farmacológico en ancianos

24. ¿Está indicado el tratamiento con estatinas en prevención primaria de enfermedad cardiovascular en pacientes ancianos (mayores de 74 años)?

25. ¿Está indicado el tratamiento con estatinas en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular en pacientes ancianos (mayores de 74 años)?
26. ¿Se debe suspender y cuándo el tratamiento con estatinas en pacientes ancianos (>74 años)?

Tratamiento de la hipertrigliceridemia

27. ¿Son los triglicéridos un factor de riesgo cardiovascular?
28. ¿Qué parámetros definen la hipertrigliceridemia?
29. ¿Cuál debe ser el abordaje terapéutico de la hipertrigliceridemia?

Tratamiento de pacientes con descenso aislado de c-hdl

30. ¿Hay que tratar con hipolipemiantes a personas con c-HDL bajo?*

Hiperlipidemia mixta

31. ¿Cómo tratar una hiperlipidemia mixta?

Indicaciones del tratamiento farmacológico combinado

32. ¿Está indicado el tratamiento combinado de estatinas con otro fármaco en pacientes de riesgo cardiovascular alto o en prevención secundaria?

Consideraciones en pacientes diabéticos

33. ¿Cuándo hay que iniciar el tratamiento con hipolipemiantes en pacientes con diabetes en prevención primaria?
34. ¿Cuál es el tratamiento hipolipemiante de elección en pacientes con diabetes?

Valoración inicial y seguimiento del paciente en tratamiento farmacológico

35. ¿Cuál debe ser la actitud en relación a los lípidos en el seguimiento de un paciente en función de su riesgo coronario?*

Criterios de derivación

36. ¿Qué pacientes deben derivarse desde atención primaria a especializada?*

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Niveles de evidencia y grados de recomendaciones

Sistema GRADE

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE

Calidad de la evidencia	Diseño del estudio	Disminuir la calidad si	Aumentar la calidad si
Alta	ECA	Limitación en el diseño Importante (-1) Muy importante (-2)	Asociación <ul style="list-style-type: none"> Evidencia científica de una fuerte asociación ($RR > 2$ o $< 0,5$ basado en estudios observacionales sin factores de confusión (+1) Evidencia científica de una muy fuerte asociación ($RR > 5$ o $< 0,2$ basado en estudios sin posibilidad de sesgos (+2) Gradiente dosis respuesta (+1) Todos los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)
Moderada			
Baja	Estudios observacionales	Inconsistencia (-1)	
Muy baja	Otros tipos de diseño	Evidencia directa Alguna incertidumbre (-1) Gran incertidumbre (-2) Datos imprecisos (-1) Sesgo de publicación Alta probabilidad (-1)	

Implicaciones de la fuerza de recomendación en el sistema GRADE

Implicaciones de una recomendación fuerte		
Pacientes	Clínicos	Gestores/Planificadores
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones

Implicaciones de una recomendación débil		
Pacientes	Clínicos	Gestores/Planificadores
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero un número importante de ellos no	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el/la médico/a tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés

Sistema SIGN (Utilizado en la GPC base)

Niveles de evidencia de SIGN para estudios de intervención

1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos

Grados de recomendación de SIGN para estudios de intervención

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
✓	Consenso del equipo redactor

Adaptado de *The Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence* and the Centre for Reviews and Dissemination *Report Number 4* (2001)

Niveles de evidencia de SIGN para estudios de tipo diagnóstico

Ia	Revisión sistemática (con homogeneidad ^a) de estudios de nivel 1 ^b
Ib	Estudios de nivel 1 ^b
II	Estudios de nivel 2 ^c Revisiones sistematicas de estudios de nivel 2
III	Estudios de nivel 3 ^d Revisiones sistematicas de estudios de nivel 3
IV	Consenso, informes de comités de expertos u opiniones y/o experiencia clínica sin valoración crítica explícita: o basado en la filosofía, difusión de la investigación o «principios básicos».

^a Homogeneidad significa que no hay variaciones, o que estas son pequeñas, en la dirección y grado de los resultados entre los estudios individuales que incluye la revisión sistemática.

^b Estudios de nivel 1: son los que utilizan una comparación ciega de la prueba con un estándar de referencia validado (gold Standard) y que se realizan en una muestra de pacientes que refleja a la población a la que se aplicaría la prueba.

^c Estudios de nivel 2:

- Abordan una población reducida (la muestra de pacientes no refleja a la población a quien se aplicaría la prueba)
* utilizan un estándar de referencia pobre (aquel donde la «prueba» es incluida en la «referencia», o aquel en que las «pruebas» afectan a la «referencia».
- La comparación entre la prueba y la referencia no está cegada
- Estudios de casos y controles

^d Estudios de nivel 3: son aquellos que presentan al menos dos o tres de las características incluidas en el nivel 2.

Grados de recomendación de SIGN para estudios de tipo diagnóstico

A	Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
B	Estudios con un nivel de evidencia II
C	Estudios con un nivel de evidencia III
D	Estudios con un nivel de evidencia IV

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones de la GPC

Evaluación del riesgo cardiovascular

Cálculo del riesgo cardiovascular	
Débil	Se sugiere la utilización de tablas adaptadas y validadas a la población de nuestro entorno epidemiológico.
Débil	Se sugiere la utilización de la ecuación de riesgo REGICOR en la valoración inicial del riesgo en las personas sin antecedentes de enfermedad cardiovascular. En el grupo de edad entre 40 y 65 años se podría utilizar también SCORE en la valoración inicial del riesgo cardiovascular.
Fuerte	Se recomienda no calcular el riesgo coronario según la ecuación de riesgo REGICOR en personas mayores de 74 años, ni ante la presencia de enfermedad vascular establecida, hipercolesterolemia familiar o dislipemias genéticas.
Fuerte	Se recomienda no calcular el riesgo cardiovascular según la ecuación SCORE en personas mayores de 65 años, ni ante la presencia de enfermedad vascular establecida, hipercolesterolemia familiar o dislipemias genéticas.
Débil	Se sugiere no calcular el riesgo coronario según la ecuación de riesgo REGICOR en situaciones en las que la cifra de colesterol total sea >320 mg/dl o c-LDL >230 mg/dl.
√	A partir de un nivel de LDL > 190 mg/dl o de un nivel de CT >290 mg/dl habría que descartar hiperlipemias genéticas teniendo en cuenta otros signos clínicos, como xantomas tendinosos o arco corneal en mayores de 45 años) y antecedentes de enfermedad precoz en el caso índice o en los familiares de primer grado.
Cribado de dislipemia	
√*	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.
√*	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 cuatro años.
	En personas mayores de 75 años no hay evidencias que apoyen el cálculo del riesgo coronario.

Evaluación inicial	
√*	En el estudio inicial del paciente, además de recoger los datos necesarios para calcular el RC según la ecuación del proyecto REGICOR, se debe realizar una anamnesis detallada sobre los antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular o de alteraciones lipídicas en parientes de primer grado, así como registrar los datos de peso y talla.
D*	En los pacientes con hipertensión o diabetes, el perfil lipídico debe formar parte de la valoración inicial del individuo y debe repetirse anualmente.
C*	Para estimar el riesgo coronario es suficiente con la determinación de colesterol total y c-HDL como variables lipídicas.
D*	Para la toma de decisiones de inicio de intervención hipolipemiente es necesario realizar un perfil lipídico completo obtenido en condiciones de ayuno de 12 horas.
D*	Se recomienda un mínimo de dos determinaciones del perfil lipídico antes de tomar decisiones de intervención hipolipemiente.
D*	Se aconseja no realizar determinaciones lipídicas hasta 12 semanas después de un infarto agudo de miocardio, y hasta pasadas 8 semanas de un traumatismo, cirugía, infección bacteriana o viral, o parto.
D*	La extracción de sangre se debe realizar con el paciente sentado al menos durante los 5 minutos previos a la extracción. Se debe evitar la venooclusión prolongada. Si ésta no se consigue, habría que soltar el torniquete al minuto de la aplicación e intentar la extracción en el otro brazo o bien esperar unos minutos para intentar nuevamente la punción.
√*	En los resultados de los análisis clínicos se debe evitar la referencia a unas cifras de colesterol deseables o a rangos de normalidad en las cifras de lípidos, ya que la relevancia de éstas dependerá de las situaciones particulares de los pacientes, como son la presencia de enfermedad cardiovascular, hipercolesterolemia familiar, hiperlipidemia familiar combinada, antecedentes familiares de enfermedad o de mortalidad cardiovascular prematura o, en ausencia de estos, del riesgo coronario de los pacientes.
Débil	Se sugiere tener en cuenta la historia familiar de enfermedad cardiovascular precoz (hombres <55 años y mujeres < 65 años) como factor que puede aumentar su riesgo cardiovascular.
Débil	Se sugiere no considerar otros marcadores (como la PCR, el ITB, el calcio en arteria coronaria) para el cálculo del RCV.
Fuerte	No se recomienda el tratamiento por niveles objetivo de c-LDL para la prevención primaria de eventos cardiovasculares.
Fuerte	No se recomienda el tratamiento por niveles objetivo de c-LDL para la prevención secundaria de eventos cardiovasculares.

Fuerte	No se recomienda el tratamiento por niveles objetivo de c-LDL para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en pacientes con diabetes.
√*	Se debe sospechar una hipercolesterolemia familiar en: 1. En pacientes con antecedentes de hipercolesterolemia familiar en familiares de primer grado. 2. En individuos sin antecedentes familiares de hipercolesterolemia familiar con enfermedad cardiovascular temprana y cifras de colesterol elevadas. 3. Individuos en los que las cifras de colesterol total son superiores a 320 mg/dl o cifras de c-LDL > 230 mg/dl**.
√*	Se recomienda realizar una determinación de colesterol total en todos los familiares de primer grado de pacientes con hipercolesterolemia familiar a partir de los 10 años.
√*	A los individuos con sospecha de hipercolesterolemia familiar se les debe realizar el test Dutch MedPed (Dutch Lipid Clinic Network) y consultar con la atención especializada.

Medidas no farmacológicas

Estilos de vida	
Fuerte	Se recomienda aconsejar el patrón dietético mediterráneo (dieta y ejercicio físico) a la población en general y a los individuos que han tenido un evento coronario.
Fuerte	Se recomienda la realización de actividad física al menos 30 minutos al día.
Fuerte	Se recomienda aconsejar a la población general y a los pacientes que han tenido una enfermedad cardiovascular que no superen los límites de riesgo en el consumo de alcohol.
Débil	Se sugiere no superar 2 unidades/día de consumo de alcohol en los varones y 1 unidad/día en las mujeres.
√	La información sobre los efectos beneficiosos del alcohol debe de ir acompañada de una clara explicación de las cantidades de alcohol que equivalen a una unidad de alcohol y de los efectos perjudiciales del consumo excesivo.
Débil	Se sugiere disminuir la ingesta calórica y aumentar la actividad física en pacientes con sobrepeso u obesidad.
Débil	Se sugiere estrategias de intervención basadas en consejo dietético y/o actividad física de manera continuada en pacientes seleccionados.
Débil	Se sugiere seleccionar aquellas estrategias que mejor se adapten a las preferencias, estilos de vida y valores de los pacientes.

✓	Se sugiere la estrategia de las 5 Aes (Averiguar, aconsejar, acordar, Ayudar y Asegurar) como estrategia más factible en nuestro medio.
✓	Se recomienda adherirse a los recursos locales sobre mejoras de estilo de vida.
✓*	Se recomienda, previamente al inicio del tratamiento hipolipemiente, comenzar con dieta y actividad física durante seis meses.
Alimentos funcionales	
Fuerte	No se recomienda utilizar suplementos de omega-3 para disminuir la morbilidad cardiovascular, ni en prevención primaria ni secundaria.
Fuerte	No se recomienda utilizar suplementos de fitosteroles en la prevención de enfermedad cardiovascular.
Fuerte	No se recomienda la utilización de soja en la prevención de enfermedad cardiovascular.
Plantas medicinales	
A*	No se recomienda la utilización de plantas medicinales para disminuir el riesgo coronario.

Tratamiento farmacológico

Tratamiento farmacológico en prevención primaria	
Fuerte	Se recomienda establecer medidas de prevención primaria con estatinas a dosis bajas-moderadas en las personas entre 40 y 75 años con niveles de RCV >15 % según la ecuación de REGICOR. La indicación de tratamiento farmacológico debe ir precedida y/o acompañada de recomendaciones en el estilo de vida cardiosaludable.
Fuerte	Se recomienda considerar medidas de prevención primaria con estatinas a dosis bajas-moderadas en las personas entre 40 y 75 años con niveles de RCV entre el 10 y el 15 % según la ecuación de REGICOR. El inicio de tratamiento debe realizarse tras intervención sobre otros factores de riesgo cardiovascular (HTA, tabaquismo, etc).
Fuerte	Se recomienda establecer medidas de prevención primaria con estatinas a dosis bajas-moderadas en las personas entre 40 y 75 años con niveles de RCV entre el 10 y el 15 % según la ecuación de REGICOR y ante la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular no modificables (antecedentes familiares de muerte coronaria prematura, antecedentes familiares de hipercolesterolemia familiar, evidencia preclínica de arteriosclerosis).

✓	Se sugiere establecer medidas de prevención primaria con estatinas a dosis bajas-moderadas en pacientes con cifras de colesterol superiores a 320 mg/dl y/o a 230 mg/dl de c-LDL.
Fuerte	Se recomienda no iniciar tratamiento con estatinas a dosis bajas-moderadas en personas con niveles de RCV < 10 % según la ecuación de REGICOR.
✓	Se recomienda promover/ insistir en las medidas no farmacológicas y reducir la dosis o cambiar de estatinas en los pacientes que teniendo indicación de tratamiento con una estatina en prevención primaria no las toleren.
Tratamiento farmacológico en prevención secundaria	
Fuerte	Se recomienda que, con independencia de las cifras basales de colesterol total y c-LDL, en los individuos que son dados de alta tras un síndrome coronario agudo se inicie el tratamiento con estatinas, considerándose seguras las dosis altas de las mismas exceptuando la dosificación de Simvastatina 80mg.
Débil	Se sugiere no considerar la opción de tratar con estatinas de forma temprana (en las dos primeras semanas tras el evento) a los pacientes que hayan sufrido un ACV o un AIT.
Fuerte	Se recomienda que en los individuos con enfermedad arterial periférica y comorbilidad asociada (enfermedad coronaria, o diabetes, o historia de amputación o de intervención arterial periférica o angioplastia) se utilicen estatinas a dosis moderadas.
Fuerte	Se recomienda la utilización de estatinas en prevención cardiovascular secundaria independientemente de las cifras de colesterol.
Fuerte	Se recomienda utilizar estatinas que han demostrado reducción de morbi-mortalidad cardiovascular en prevención cardiovascular secundaria: simvastatina, atorvastatina y pravastatina.
Débil	Se sugiere la utilización de dosis moderadas de estatinas frente a dosis altas en pacientes en prevención secundaria cardiovascular.
Débil	Se sugiere la utilización de dosis intensivas de estatinas en pacientes con síndrome coronario agudo.
Fuerte	Se recomienda en pacientes en prevención secundaria y con intolerancia a las estatinas bajar la dosis o cambiar a otra estatina.
Fuerte	Se recomienda que si persiste la intolerancia a estatinas a pesar de las medidas anteriores, se utilicen fibratos.
✓	En caso de intolerancia a estatinas y fibratos se sugiere como otras opciones el uso de ezetimiba o resinas.

Tratamiento en ancianos

Débil	Se sugiere considerar la opción de iniciar tratamiento con estatinas en prevención primaria en pacientes con factores de riesgo cardiovascular >74 años. Previo al inicio de tratamiento deben considerarse otros factores, como la expectativa de vida de los pacientes y de manera explícita su opinión sobre el tema.
Fuerte	Se recomienda el tratamiento con estatinas para la prevención secundaria en pacientes mayores de 74 años. Previo al inicio de tratamiento deben considerarse otros factores, como la expectativa de vida de los pacientes y de manera explícita su opinión sobre el tema.
√	Se sugiere considerar la opción de suspender el tratamiento con estatinas y evaluar la situación clínica del paciente y su pronóstico de vida de manera repetida para evaluar beneficios y riesgos.

Tratamiento de la hipertrigliceridemia

Débil	Se sugiere no considerar de forma aislada los niveles de TG como factor de riesgo cardiovascular.
Débil	Se sugiere como primera medida disminuir el peso, reducir el consumo de hidratos de carbono, reducir el consumo de grasa, aumentar la actividad física y reducir o eliminar el consumo de alcohol en los pacientes con niveles de TG >200mg.
Débil	Se sugiere en personas con niveles de TG>1000 mg/dl la posibilidad de tratar con fármacos que reducen los niveles de TG.

Tratamiento de pacientes con descenso aislado de c-HDL

A*	Para aumentar los niveles de c-HDL se recomienda la realización de ejercicio aeróbico de forma regular, reducir el peso en caso de existir obesidad, y en los fumadores, el abandono del tabaco.
√ *	Se recomienda no iniciar el tratamiento farmacológico ante cifras bajas de c-HDL sin tener en cuenta el riesgo coronario según la función de REGICOR.

Hiperlipidemia mixta

✓	Se recomienda en pacientes con hiperlipidemia mixta, investigar si se trata de una dislipemia de carácter hereditario.
✓	Se recomienda calcular el riesgo coronario según la ecuación de REGICOR en paciente con hiperlipidemia mixta sin antecedentes familiares o personales de dislipemia hereditaria.
✓	Se recomienda considerar como pacientes de alto riesgo los pacientes con dislipemias genéticas (sobre todo la hipercolesterolemia familiar combinada).

Indicaciones del tratamiento farmacológico combinado

Fuerte	No se recomienda la utilización de tratamiento combinado de estatinas con otros hipolipemiantes para disminuir el número de eventos cardiovasculares en pacientes de alto RCV o en prevención secundaria.
---------------	---

Consideraciones en pacientes diabéticos

Débil	Se sugiere estimar el riesgo coronario en pacientes diabéticos sin enfermedad cardiovascular para tomar decisiones de intervención hipolipemiante.
Débil	Se sugiere la utilización de las tablas del proyecto REGICOR en la estimación del riesgo coronario en pacientes con diabetes susceptibles de prevención primaria.
Fuerte	Se recomienda el inicio del tratamiento con estatinas a dosis bajas-moderadas, junto con cambios en el estilo de vida, en pacientes diabéticos tipo 2 entre 40 y 75 años de edad con un riesgo coronario mayor del 10 % en las tablas del proyecto REGICOR.
Débil	Se sugiere individualizar la recomendación en función de los factores de riesgo cardiovascular del paciente en los diabéticos mayores de 75 años.
Débil	Se sugiere considerar la administración de fibratos en pacientes diabéticos tipo 2 con riesgo coronario mayor del 10% en la tabla del proyecto REGICOR y que no toleran las estatinas o estén contraindicadas.
Fuerte	Se recomienda no usar ezetimiba en población diabética
Fuerte	Se recomienda no asociar fibratos a las estatinas en la prevención primaria de enfermedad cardiovascular en pacientes con diabetes tipo 2.

Valoración inicial y seguimiento de las personas en tratamiento farmacológico

D*	Tras inicio de tratamiento farmacológico, se recomienda un primer control a las 8-12 semanas y luego anualmente con valoración del riesgo coronario anual en prevención primaria. En prevención secundaria, una vez conseguido el control adecuado, se recomienda una analítica anual.
D*	Antes del inicio del tratamiento con estatinas o fibratos deben determinarse los valores de GOT/GP. Si sus valores están elevados, se recomienda investigar la causa antes del comienzo del tratamiento.
B*	No es necesario realizar determinación de la CPK antes de iniciar el tratamiento con estatinas o fibratos en pacientes asintomáticos.
D*	En los pacientes que comiencen tratamiento con estatinas o fibratos debe considerarse la determinación de los valores de CPK al inicio del tratamiento en aquellas personas que refieren síntomas musculares inexplicables y en aquellos que tienen alto riesgo de toxicidad muscular (personas mayores, disfunción hepática o ante combinaciones farmacológicas potencialmente miotóxicas).
D*	Si el valor de CPK es mayor de 5 veces el límite superior de la normalidad, se recomienda no iniciar tratamiento con estatinas.
D*	Previamente al inicio del tratamiento con fibratos debe determinarse los valores de GOT, GPT, creatinina y valorar la presencia de colelitiasis
D*	Una vez iniciado el tratamiento con estatinas, se recomienda realizar una determinación de transaminasas a las 8-12 semanas.
D*	Se recomienda realizar una determinación anual de transaminasas en pacientes en tratamiento con estatinas. En caso de elevaciones de las transaminasas por encima de 3 veces los límites superiores de la normalidad, se aconseja disminuir las dosis de estatina y si persistiera la elevación valorar la suspensión del tratamiento.
D*	Debe informarse a los pacientes de la posibilidad de que se presenten síntomas musculares asociados al tratamiento y de la necesidad de solicitar consejo médico ante la aparición de éstos.
D*	Ante la aparición de síntomas musculares, debe solicitarse una determinación de creatin quinasa (CPK). En caso de elevaciones de CPK >10 veces el límite superior de la normalidad, se debe interrumpir el tratamiento con estatinas.
D*	Se recomienda la realización de una determinación de los valores de GOT y GPT a las 8-12 semanas de iniciado el tratamiento con fibratos y después anualmente.

D*	No es necesaria la determinación durante el seguimiento de creatinina sérica de forma rutinaria en pacientes en tratamiento con fibratos.
D*	Se aconseja la determinación de los valores séricos de creatinina en pacientes en tratamiento con fibratos que toman otros fármacos como metformina y estatinas. Si se produce una elevación de la creatinina sérica (por encima de 1,5 mg/dl en hombres y de 1,4 mg/dl en mujeres), se recomienda suspender el tratamiento con fibratos.
D*	Debe de informarse a los pacientes de la posibilidad de que se presenten síntomas musculares asociados al tratamiento con fibratos y de la necesidad de solicitar consejo médico ante la aparición de éstos. En caso de elevaciones de CPK >10 veces el límite superior de la normalidad se debe interrumpir el tratamiento con fibratos.

Criterios de derivación

√*	<p>Se recomienda recurrir a una unidad de lípidos o, en su defecto, al especialista de 2º nivel de asistencia ante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sospecha de hipercolesterolemia familiar. - Hiperlipidemias genéticas graves con perfiles lipídicos anormalmente elevados (CT > 400 o c-LDL > 260 mg/dl o TG > 1.000 mg/dl). - La necesidad de añadir otro fármaco. - Aparición de efectos adversos que requieran intervención especializada.
-----------	--

* Recomendaciones adoptadas de la GPC de Osakidetza de 2008