



Revisión

Revisión al documento de consenso para la determinación e informe del perfil lipídico en laboratorios clínicos españoles

Cristian Montero Peña^a, Pedro García Ramos^a, María Isabel Egocheaga Cabello^{b,*}
 en representación del Grupo de Cardiovascular de la SEMG

^aCentro de Salud Don Benito Oeste. Don Benito (Badajoz). ^bCentro de Salud Isla de Oza. Madrid.

Referencia documento original: Arrobas Velilla T, Guijarro C, Campuzano Ruiz R, Rodríguez Piñero M, Valderrama Marcos JF, Botana López AM, et al. Documento de consenso para la determinación e informe del perfil lipídico en laboratorios clínicos españoles: ¿Qué parámetros debe incluir un perfil lipídico básico? Clin Investig Arterioscler. 2023; 35(2): 91-100. Disponible en: <https://authors.elsevier.com/sd/article/S0214916822001322>

Descripción de los objetivos y metodología del artículo y descripción general de la guía/consenso analizado

Representantes de las diferentes sociedades científicas españolas de Medicina Familiar y Comunitaria han trabajado en equipo junto a diversas especialidades médicas que estudian y tratan las consecuencias de la arterioesclerosis de nuestros pacientes, para elaborar un Documento de Consenso. Con él se pretende la determinación e informe del perfil lipídico en laboratorios clínicos españoles que marque las pautas claras en el seguimiento del paciente con enfermedad cardiovascular (ECV).

Todos sabemos que la ECV es a día de hoy la principal causa de morbimortalidad en nuestro medio, y por parte de los médicos de familia debemos reforzar nuestra práctica médica habitual encaminada a la prevención y promoción de la salud en este ámbito.

Principales conclusiones del artículo y principales modificaciones propuestas por las guías

El panel de expertos nos recomienda en qué momento del seguimiento de la historia natural de nuestros pacientes debe-

mos solicitar una determinación del perfil lipídico. Todas las recomendaciones quedan recogidas en la [tabla 1](#).

Inicialmente debemos considerar si nos encontramos ante un paciente sin tratamiento o si queremos motorizar la eficacia y adherencia terapéutica hipolipemiente ya establecida. En el paciente sin tratamiento se recomienda estudio de lípidos si existe cualquier factor de riesgo vascular mayor (antecedentes familiares de ECV prematura, hipercolesterolemia familiar, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipemia y obesidad) y a partir de los 40 años en varones y de los 50 años en mujeres. En cuanto a la eficacia y adherencia terapéutica se aconseja realizar medición de lípidos una vez al año cuando el paciente ha alcanzado el objetivo establecido. Antes de iniciar el tratamiento con fármacos hipolipemiantes es conveniente realizar dos determinaciones separadas una o dos semanas, excepto tras un evento cardiovascular y en los pacientes con riesgo muy alto con indicación de tratamiento inmediato. Después de iniciar tratamiento hipolipemiente conviene repetir análisis tras un episodio vascular ateroesclerótico agudo, a las cuatro-seis semanas y en pacientes estables desde el punto de vista cardiovascular a las cuatro-doce semanas.

Una vez seleccionado el paciente candidato a estudio de lípidos, se debe explicar en consulta que no es necesario un periodo de ayuno en el día de la extracción de sangre. Esto es así porque el único parámetro que puede variar es la concentración en plasma de triglicéridos, para lo que se recomendará

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: megocheaga@semg.es (M.I. Egocheaga Cabello).
<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2023.014>

Tabla 1 – Recomendaciones para la determinación del perfil lipídico y unificación de criterios los para incorporar los objetivos de control lipídico.

Recomendación 1: Se recomienda la determinación de niveles lipídicos en las primeras 24 horas de un proceso isquémico agudo. Se desaconseja la determinación de perfil lipídico en el curso de un proceso inflamatorio agudo no cardiovascular.

Recomendación 2: No se requiere el ayuno de rutina para la determinación de un perfil de lípidos. Si la concentración de triglicéridos es superior a 398 mg/dl, sería recomendable una segunda determinación en ayunas para confirmación.

Recomendación 3: Es necesario conocer la metodología de las técnicas analíticas o modificación de unidades para una óptima interpretación de los resultados analíticos.

Recomendación 4: Existen diferentes ecuaciones que se usan para el cálculo de diferentes valores analíticos. La ecuación de Friedewald, empleada para calcular c-LDL, es precisa en la mayoría de los pacientes con TG por debajo de 150 mg/dl. El cálculo de "c-LDL directo" debe usarse para la evaluación de c-LDL cuando la concentración de TG es superior a 400 mg/dl. La ecuación modificada de Martin-Hopkins se utiliza para el cálculo de c-LDL, sobre todo en pacientes con concentraciones bajas de c-LDL (inferior a 70 mg/dl).

Recomendación 5: Los valores de referencia de los parámetros lipídicos en los informes de laboratorio siempre deben referirse al riesgo del paciente, incluidos los adaptados a la población pediátrica. Se recomiendan sistemas de alerta para niveles analíticos extremos sugerentes de dislipidemias graves.

Recomendación 6: El perfil lipídico básico debe contener: colesterol total, c-HDL, colesterol no HDL, c-LDL y TG

Recomendación 7: Se recomienda la determinación de ApoB para la evaluación de riesgos y tipificación de dislipidemias en pacientes con diabetes, obesidad, síndrome metabólico, c-LDL muy bajo e hipertrigliceridemia leve-moderada.

Recomendación 8: Determinación de lipoproteína a una vez en la vida (salvo circunstancias que puedan implicar cambios importantes, como el síndrome nefrótico o tratamiento para reducción de la misma lipoproteína a, en concreto).

una nueva determinación en ayunas si encontramos un valor de triglicéridos (TG) superior a 398 mg/dl. Los parámetros a solicitar en cualquier estudio básico son el colesterol total, colesterol HDL (c-HDL), colesterol no-HDL, colesterol LDL (c-LDL) y TG.

Resalta la importancia que tiene la estimación del colesterol no-HDL como parámetro analítico necesario para calcular el riesgo vascular en los últimos algoritmos SCORE2 y SCOREOP. Además, el consenso señala incluir al menos una vez en la vida la determinación de lipoproteína a, para completar una óptima estimación del riesgo cardiovascular, ya que niveles por encima de 120 mg/dl deberían de traducir una alerta de riesgo muy elevado de enfermedad cardiovascular y estenosis de la válvula aórtica. Es importante conocer que la apoproteína B-100 (ApoB) está presente en las principales lipoproteínas aterogénicas; aunque no suele formar parte del perfil lipídico estándar, la ApoB tiene un valor especial para la evaluación de riesgos y puede preferirse a colesterol no-HDL en personas con hipertrigliceridemia leve-moderada, diabetes, obesidad, síndrome metabólico, o c-LDL muy bajo. En la tabla 1 se recogen las recomendaciones del Documento.

Repercusión de las conclusiones para la actividad del médico de familia, profesionales sanitarios y paciente

La bidireccionalidad que la medicina de familia está teniendo con otras especialidades médicas, permite poner en común el mismo problema de salud desde diferentes puntos de vista o, mejor dicho, desde las diferentes etapas de la enfermedad que presentan los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida. El objetivo de optimizar la prevención primaria y secundaria de la enfermedad cardiovascular es el mejor tratamiento que podemos ofrecer a la población de riesgo; por ello, el médico de familia conoce e individualiza a quién debe solicitar un perfil de lípidos, cuándo hacerlo y qué determinaciones incluir para un adecuado seguimiento longitudinal.

Se hace hincapié en la importancia de que las determinaciones lipídicas deben referenciarse con los valores deseables de normalidad en términos de riesgo y prevención cardiovascular para conseguir una adecuada adherencia terapéutica; en un futuro próximo, se persigue la innovadora propuesta de sugerir alertas "extremas" ante valores analíticos cuya importancia para el médico petionario implique un cambio inmediato en el circuito diagnóstico-terapéutico del paciente.