

Colesterolemia basal alterada

» Autores

Federico Javier Hernández Chafes¹, Isidro Martínez Mateos², Elena Ruiz López¹, Mar Pinos Pont¹

1 Médico de Familia CAP Verdaguer (Sant Joan Despí)

2 Médico de Familia CAP Sant Rafael (Barcelona)

» Corrector

Sebastià Juncosa

» Correspondencia

Federico Javier Hernández Chafes

Correo electrónico: federicohernandez@gencat.cat

Publicado: 1 de febrero del 2011

Hernández Chafes, Federico Javier; Martínez Mateos, Isidre; Ruiz López, Elena and Pinos Pont, Mar (2011) "Colesterolemia basal alterada", Vol 29: Iss 1, Article 4.

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol29/iss1/4>

Éste es un artículo de Open Access distribuido según licencia de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

COLESTEROLEMIA BASAL ALTERADA

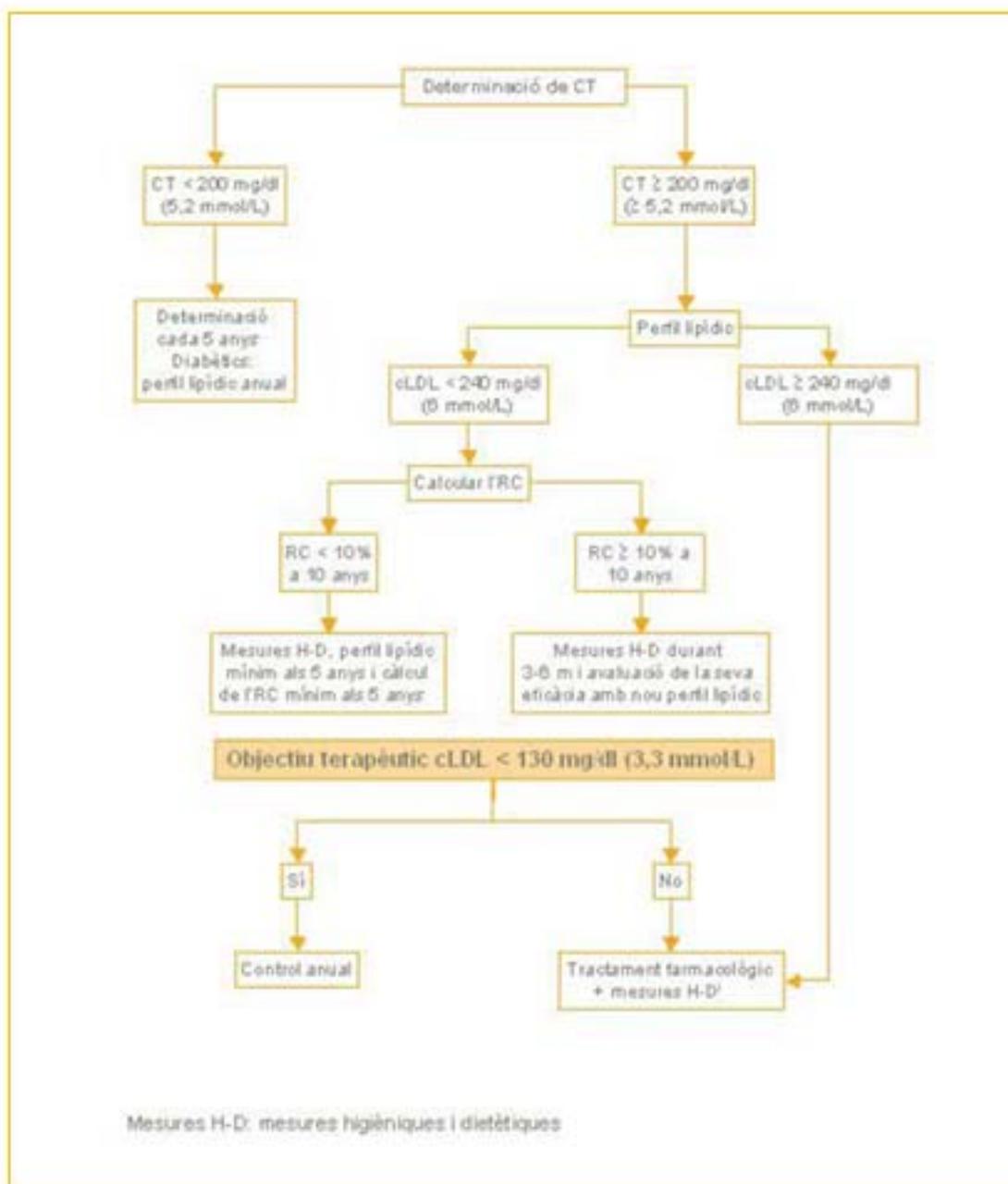
“La elección de un umbral que defina la hipercolesterolemia es arbitraria y guarda relación con la magnitud del problema en un país determinado y con los recursos disponibles. En nuestro medio, a efectos de registro, la hipercolesterolemia se define con cifras de colesterol total (CT) \geq 250 mg/dl (6,5 mmol/l). La elección de este valor también se hace para evitar el etiquetado de una gran parte de la población como hipercolesterolémica. No obstante, cifras más bajas de CT por encima de 200mg/dl (5,2 mmol/l) ya pueden condicionar intervenciones terapéuticas en prevención primaria si coexisten con otros factores de riesgo cardiovascular. Por tanto, la definición de hipercolesterolemia se hace por motivos puramente epidemiológicos”... Así reza la guía actualizada del colesterol y riesgo coronario del Instituto Catalán de la Salud ⁽¹⁾⁽²⁾.

Esta nueva manera de diagnosticar la hipercolesterolemia (CT \geq 250 mg/dl (6,5 mmol/l)) lleva implícita, de forma indirecta, la creación de un pool poblacional que bien merecería ser tratado con identidad propia por sus características. Nos referimos al conjunto de pacientes que presentan cifras de CT=200-249 mg/dl (5,2-6,4 mmol/L), es decir, cifras altas pero no lo bastante como para ser diagnósticas de hipercolesterolemia. Estos pacientes, además de compartir los niveles de colesterol, también comparten un conjunto de actividades protocolizadas que pueden condicionar posteriores intervenciones terapéuticas en prevención primaria. La primera de estas actividades consiste en la obligatoriedad de determinar un perfil lipídico a todos ellos. Una vez obtenido este perfil, el colesterol LDL primero (\geq 240 mg/dl (6mmol/L)), y el riesgo coronario después (\geq 10% a los 10 años), orientarán sobre las diferentes intervenciones a realizar, tal como se nos muestra en la tabla extraída de la propia guía (**tabla 1**).

Cogiendo como referencia la diabetes mellitus tipo 2 ⁽³⁾, resulta evidente el paralelismo existente entre la prediabetes, en particular la glucemia basal alterada, y los pacientes con valores de colesterolemia comprendidos entre 200-249 mg/dl (5,2-6,4 mmol/L). Los dos grupos se caracterizan por exigir un mayor grado de atención por parte del profesional, requerir modificaciones del estilo de vida de los pacientes y poder condicionar intervenciones terapéuticas en prevención primaria si coexisten con otros factores de riesgo cardiovascular.

Por todo lo comentado, y sobre todo, por el evidente paralelismo con la glucemia basal alterada, proponemos acuñar el término **“Colesterolemia Basal Alterada”** para englobar a este grupo de individuos. Esto nos permitirá no aumentar el etiquetado de pacientes con el hipercolesterolemia y favorecerá, por otra parte, que este conjunto poblacional, en tierra de nadie, no caiga en el olvido por falta de registro. Seguro que los puristas cuaternarios ⁽⁴⁾ no están de acuerdo con la propuesta, y eso que sólo proponemos bautizar una realidad. Incluso, a lo mejor, se muestran partidarios de ignorar el mencionado intervalo, pero en este caso deberíamos replantearnos el abordaje de la hipercolesterolemia y estaríamos hablando de otra historia...

TABLA 1: Abordaje de la hipercolesterolemia en prevención primaria.



Font:

<http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/colesterol/colesterol.htm>] ⁽¹⁾

<http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/index.htm>] ⁽²⁾

BIBLIOGRAFIA:

1. Baena Díez, JM; Barcelo Colomer,E; Ciurana Misol, R; Franzi Sisó, A; García Cerdán, MR; Ríos Rodríguez, MA; Ramos Blanes, R; Solanas Saura, P; Vilaseca Canals, J. Colesterol i risc coronari [En línia] Barcelona: Institut Català de la Salut, 2009. Guies de pràctica clínica i material docent, núm. 1. [URL disponible en: <http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/colesterol/colesterol.htm>]
2. Brotons C, Ciurana R, Franzi A, García MR, Isach A, Tobías J, et. al. Hipercolesterolèmia. [En línia] Barcelona: Institut Català de la Salut, 2001. Guies de pràctica clínica i material docent, núm. 1 [URL disponible en: <http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/index.htm>]
3. Manel Mata, Francesc Xavier Cos, Rosa Morros, Laura Diego, Joan Barrot, Maria Berengué, Montserrat Brugada, Teresa Carrera, Juan Francisco Cano, Montserrat Estruch, Josep Maria Garrido, Genoveva Mendoza, Jordi Mesa, Marifé Muñoz, Assumpció Recasens, Joan Antoni Vallés. Abordatge de la diabetis *mellitus* tipus 2[En línia] Barcelona: Institut Català de la Salut, 2010. Guies de pràctica clínica, núm. 15 [URL disponible en: <http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/diabetis/diabetis.htm>]
4. Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. Gac Sanit. 2006;20(Supl 3): 66-71.