



**Adriana Itzel Gallegos Gómez.**

**Dr. Martín Pérez Durán.**

**Infografía.**

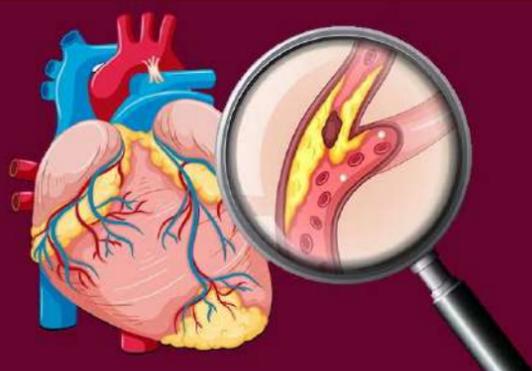
**Terapéutica farmacológica.**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**4to semestre.**

**“B”.**

# DISLIPIDEMIAS



## ¿QUÉ SON?

Conjunto de enfermedades asintomáticas, detectadas cuando se encuentran concentraciones sanguíneas anormales de colesterol total, triglicéridos y colesterol de alta densidad

- Es un factor causal de aterosclerosis

## CLASIFICACIÓN.

**PRIMARIAS:** mutaciones de genes únicos o múltiples que conducen a la hiperproducción o eliminación defectuosa de triglicéridos y colesterol LDL.

### SECUNDARIAS:

consecuencias de patologías o de factores ambientales: enfermedad crónica renal, cirrosis biliar primaria, hipotiroidismo, alcohol, fármacos.



## FACTORES DE RIESGO

- Obesidad.
- Diabetes.
- Consumo de grasas.
- Antecedentes familiares.
- Sedentarismo.
- Tabaquismo.
- HTA.



## VALORES DE COLESTEROL:

### HDL:

- Normal (deseable):  $>40\text{mg/dl}$
- Riesgo alto:  $<35\text{ mg/dl}$
- Riesgo mínimo:  $>60\text{mg/dl}$



### LDL:

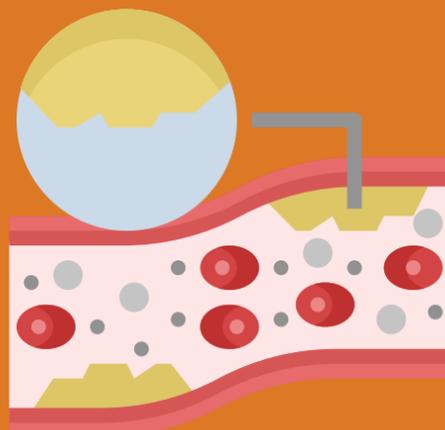
- Normal (deseable):  $130\text{ mg/dl}$
- Riesgo alto:  $130 - 160\text{ mg/dl}$
- Riesgo mínimo:  $>160\text{mg/dl}$

## CAUSAS DE HIPERCOLESTEROLEMIA:

- Tabaco.
- HTA
- Diabetes.
- Insuficiencia renal.
- Sobrepeso u obesidad.
- Sedentarismo.
- Alimentación excesiva y poco saludable.
- Familiar directo con ese padecimiento.

## VALORES DE TRIGLICERIDOS:

- Normal: por debajo  $150\text{ mg/dl}$
- Moderado: entre  $150$  y  $199\text{ mg/dl}$
- Alto: entre  $200$  y  $499\text{ mg/dl}$
- Muy alto:  $\geq 500\text{ mg/dl}$



## CAUSAS DE HIPERTRIGLICERIDEMIA:

- Obesidad.
- Diabetes mellitus.
- Hipotiroidismo.
- Insuficiencia renal crónica.
- Síndrome nefrótico
- Obesidad.
- Diabetes mellitus.
- Hipotiroidismo.
- Insuficiencia renal crónica.
- Síndrome nefrótico

# FISIOPATOLOGÍA



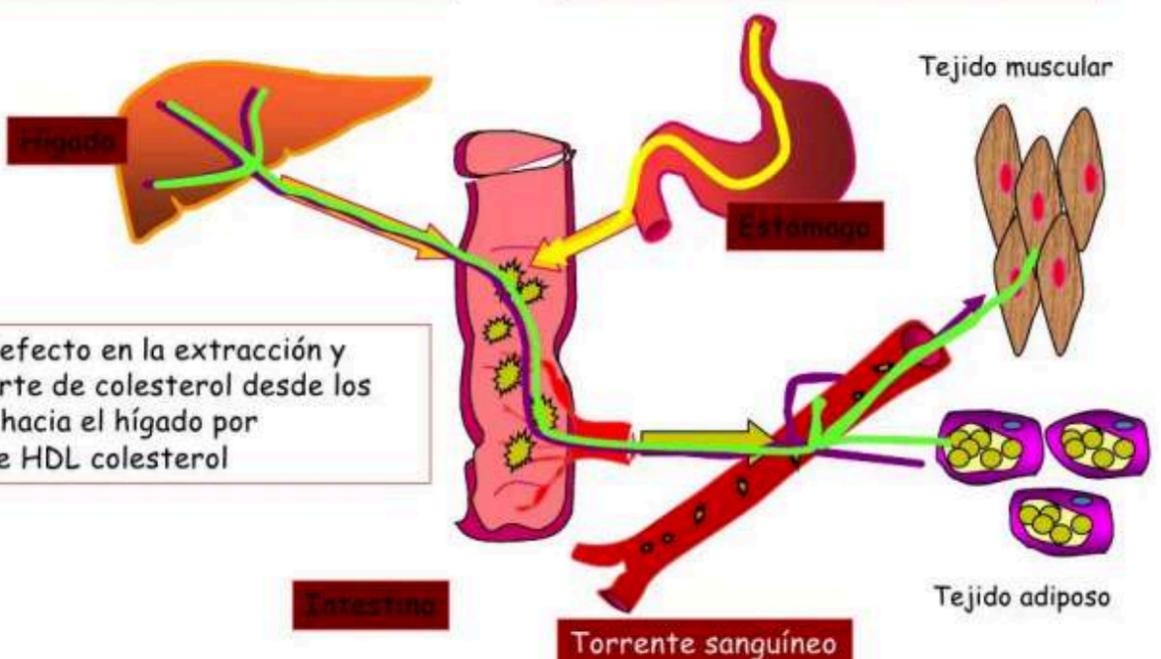
## DISLIPIDEMIAS

El colesterol puede estar elevado por:

1. Aumento de la síntesis de LDL colesterol por parte del hígado

2. Aumento de ingreso exógeno de grasas a través de la dieta

3. Por defecto en la extracción y transporte de colesterol desde los tejidos hacia el hígado por parte de HDL colesterol



## CLÍNICA

- Normalmente es asintomático
- Triglicéridos muy elevados ->
  - Dolor abdominal.
  - Pancreatitis.

- Fatiga.
- Tinnitus.
- Xantomas (depósitos de grasa).



**COMPLICACIONES -> EVC, pancreatitis e IAM**

## DX

- La evolución inicial del px incluye:

Historia clínica y exploración física completas con búsqueda intencionada de:

- Enfermedades cardiovasculares asociadas a aterosclerosis.
- HC familiar de muerte cardiovascular prematura.
- Tabaquismo, Alcoholismo.
- HTA, diabetes mellitus.
- Causas secundarias de dislipidemias.
- Evaluación de dieta y AF.
- Exploración física.



## TX NO FARMACOLÓGICO

- Dieta -> granos, frutas, verduras, carne (5 raciones).
- Ejercicio (30 min/5 veces/semana).
- Suspender tabaquismos.
- Limitar alcohol <1-2 bebidas/día



## TX FARMACOLÓGICO

- T1: estatinas (colesterol >190/triglicéridos >200)
- T2: ezetimibe (si no alcanza metas de LDL con estatina a dosis máxima).
- T3: I PCSK9 (si no alcanza meta con estatina y ezetimibe -> IC)
- T4: benzafibrato (triglicéridos >200 de estatinas)



## Bibliografía

Social, I. M. (2022). Dislipidemias. En I. M. (IMMS), *Guía de Práctica Clínica (GPC)*. México: CENETEC.