

Historico

- 1 Señale la respuesta correcta respecto a la relación entre el tratamiento con estatinas de alta intensidad y el incremento en el riesgo de aparición de DM:

✓ La reducción absoluta del riesgo cardiovascular, en pacientes de alto riesgo, compensa ampliamente el pequeño incremento en el riesgo de DM asociado a las estatinas.
- 2 ¿Cuál de los siguientes parámetros puede aumentar en el tratamiento con estatinas en pacientes diabéticos?

✓ Hemoglobina glucosilada
- 3 ¿Cuál de los siguientes hipolipemiantes se ha visto asociado con riesgo de aparición de DM en sujetos predispuestos?

✓ Estatinas
- 4 ¿Cuál de los siguientes hipolipemiantes no se ha visto asociado con riesgo de aparición de DM en sujetos predispuestos?

✓ Alirocumab

Histórico

- 1 Los estudios de intervención con inhibidores de PCSK9 muestran una reducción de los ictus totales, sin aumentar los ictus hemorrágicos. ¿Hasta qué niveles de concentraciones de c-LDL se observan estos resultados?

✓ <50 mg/dl
- 2 ¿En qué pacientes fue más alto el riesgo de muerte asociado a hemorragia intracraneal en el estudio MRFIT?

✓ En aquellos pacientes con niveles de colesterol total <160 mg/dl.
- 3 Señale la respuesta incorrecta referente al tratamiento con inhibidores de PCSK9 y la aparición de ictus:

✓ Los tres grandes estudios prospectivos con inhibidores de PCSK9 muestran una reducción de los ictus totales, a expensas de los ictus hemorrágicos.
- 4 ¿Cuál de los siguientes es un resultado que mostró el estudio MRFIT respecto al tratamiento hipolipemiante y la aparición de ictus?

✓ El riesgo de muerte por accidente cerebrovascular isquémico aumentó con el incremento del colesterol.

Histórico

1 ¿Cuál de las siguientes opciones es verdadera respecto al tratamiento hipolipemiante en la prevención primaria de eventos cardiovasculares?

R El estudio prospectivo de Orkaby llegó la conclusión definitiva de que el uso de estatinas en prevención primaria en mayores de 75 años se asoció con un menor riesgo de mortalidad cardiovascular.

2 Señale la respuesta falsa con relación al tratamiento hipolipemiante en la prevención secundaria de eventos cardiovasculares:

✓ Los tratamientos hipolipemiantes son eficaces y seguros, excepto las estatinas, que no se recomiendan en franjas de edad avanzada.

3 ¿Cuál de los siguientes estudios en marcha nos aportará mayor información y luz sobre el uso de estatinas en ancianos en el contexto de prevención primaria?

✓ Estudios STAREE.

4 Señale la opción correcta respecto a las estatinas y otros tratamientos hipolipemiantes en prevención secundaria:

✓ Son eficaces y seguros

Nota: se dispone de dos intentos para aprobar y obtener el certificado de evaluación. Una vez aprobada, tras cursar los dos intentos o habiendo finalizado el plazo de acreditación, se mostrará el histórico de respuestas con la opción correcta y su justificación.

Histórico

1 ¿Cuál es el tratamiento hipolipemiante con mayor evidencia de eficacia?

✓ **Estatinas.**

2 Señale la respuesta correcta respecto al tratamiento hipolipemiante y el riesgo de enfermedad cardiovascular:

✓ **Es imprescindible alcanzar una dosis máxima de estatinas antes de añadir ezetimiba**

3 ¿Cuál de las siguientes moléculas es un factor causal de enfermedad cardiovascular aterosclerótica?

✓ **Colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad**

4 La aparición de efectos secundarios musculares de las estatinas depende de todo lo siguiente, excepto:

✓ **La edad del paciente: a menor edad, mayor riesgo de aparición**

Histórico

1 ¿Cuál de las siguientes características no es propia de la Lp(a)?

✓ La Apo(a) de la Lp(a) va unida a la ApoE mediante un puente disulfuro.

2 ¿Cuál de los siguientes hipolipemiantes reducen la concentración de Lp(a) y mejoran el pronóstico de los sujetos con Lp(a) elevada?

✓ Inhibidores de PCSK9

3 ¿Cuál de las opciones no es una característica de la lipoproteína (a)?

✓ Su concentración se reduce en un 28 % con el tratamiento con estatinas.

4 ¿Qué porcentaje de la concentración de Lp(a) reducen los inhibidores de PCSK9?

✓ En torno al 28 %.

Histórico

1 ¿Qué porcentaje de reducción de eventos cardiovasculares mayores conlleva una reducción de 1 mmol/l (40 mg/dl) del c-LDL?

✓ 22%

2 ¿Qué porcentaje de reducción en la mortalidad total a 5 años conlleva una reducción de 1 mmol/l (40 mg/dl) del c-LDL?

✓ 10%

3 Señale la respuesta correcta con relación a las estatinas y el tratamiento en prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular:

✓ Se recomienda mayor potencia del tratamiento con estatinas en pacientes con mayor riesgo cardiovascular.

4 Señale los niveles de reducción de c-LDL que mostraron beneficio en pacientes con ECV aterosclerótica en los estudios FOURIER y ODYSSEY OUTCOMES:

R <30 mg/dl, sin llegar a niveles <25 mg/dl.

Histórico

1 ¿Qué tratamiento recomienda la guía KDIGO 2013 sobre manejo lipídico en ERC en estadios G3 a G5?

✓ Recomienda tratamiento con estatinas + ezetimiba.

2 ¿Cuál de las siguientes estatinas no se metaboliza por la vía CYP3A4?

✓ Rosuvastatina

3 ¿Cuál es el objetivo de c-LDL en los pacientes con enfermedad renal crónica estadio 3?

✓ <70 mg/dl.

4 ¿Cuál de las siguientes opciones es incorrecta respecto al tratamiento hipolipemiante en pacientes con enfermedad renal crónica?

✓ Se recomienda solo el uso de una combinación de estatina con ezetimiba en pacientes con diálisis.

Histórico

1 Señale la respuesta correcta respecto a la prevención secundaria de eventos cardiovasculares y la reducción de c-LDL:

✓ Se precisan reducciones habitualmente >50 %, si se quiere un impacto con relevancia clínica.

2 ¿Cuál es la concentración de colesterol total que el estudio de Framingham relaciona con una menor mortalidad total a largo plazo?

✓ <160 mg/dl

3 ¿Cuál es la concentración de c-LDL que el estudio de Framingham relaciona con una menor mortalidad total a largo plazo?

✓ <90 mg/dl.

4 ¿Qué porcentaje de reducción de c-LDL es necesario para reducir eventos cardiovasculares a corto plazo por riesgo elevado de recurrencia en la prevención secundaria?

✓ Habitualmente, >50 %.

1 ¿Cuáles son las cifras de c-LDL en pacientes de riesgo extremo con el fin de llegar a la reducción de recurrencias de eventos cardiovasculares?

✓ <40 mg/dl.

2 En los últimos años se ha observado una reducción progresiva en el umbral lipídico para considerar un control adecuado de c-LDL; actualmente, ¿cuáles son las cifras que se han establecido para pacientes en prevención secundaria?

✓ C-LDL <55 mg/dl.

3 ¿Cuál de las siguientes situaciones no se considera de riesgo cardiovascular extremo o muy elevado en pacientes con cardiopatía isquémica?

✓ Síndrome coronario agudo en paciente >65 años.

4 ¿Cuál de las siguientes situaciones no se considera de riesgo cardiovascular extremo o muy elevado en pacientes con cardiopatía isquémica?

✓ Lipoproteína (a) <180 mg/dl.

Histórico

1 ¿Por qué es necesaria la estratificación del riesgo de ECV en pacientes con DM?

✓ Porque no todos los pacientes con DM tienen el mismo riesgo de ECV.

2 ¿Cuál de las siguientes opciones no es propia del riesgo de enfermedad cardiovascular por diabetes *mellitus*?

✓ El riesgo de ECV por DM es más marcado en hombres jóvenes.

3 ¿Cuál es la probabilidad de aparición de eventos adversos cardiovasculares mayores en 10 años en los pacientes con diabetes *mellitus* y enfermedad cardiovascular establecida?

✓ $\geq 40\%$.

4 Las guías de práctica clínica (ESC/EAS y ADA) indican que no todos los pacientes con DM tienen el mismo riesgo de ECV, ¿Qué paso sería necesario tomar antes de empezar el tratamiento para perfilar mejor la intensidad de las intervenciones terapéuticas?

✓ Estratificar al paciente.

Histórico

1 ¿Cuál de los siguientes grupos de fármacos presenta efectos pleiotrópicos?

✓ Estatinas.

2 Señale la respuesta correcta respecto al beneficio clínico de la reducción de c-LDL:

✓ El beneficio clínico radicaba en la reducción del c-LDL con independencia del método utilizado.

3 Señale la respuesta correcta respecto a los efectos pleiotrópicos de las estatinas:

✓ Las estatinas tienen beneficio clínico por la reducción del c-LDL, y los efectos pleiotrópicos, en este caso, tienen poca relevancia.

4 ¿Cuál de los siguientes hipolipemiantes consigue una disminución intensa de c-LDL y, por lo tanto, una reducción de la mortalidad total?

✓ Alirocumab.

Histórico

1 ¿Qué porcentaje de reducción adicional de c-LDL se consigue con la adición de ezetimiba al tratamiento con estatinas (terapia combinada)?

✓ Hasta un 15-20 %.

Según la evidencia científica actual, disponemos de un abanico de posibilidades terapéuticas que nos permiten buscar objetivos, con fármacos hipolipemiantes potentes, con el fin de conseguir una reducción muy elevada (60-70 %): atorvastatina 40-80 mg, rosuvastatina 20-40 mg; además, podríamos añadir la ezetimiba, que ha demostrado una reducción adicional de c-LDL de hasta un 15-20 % en terapia combinada (IMPROVE IT), y los inhibidores de la proteína PCSK9, que ya en los estudios pivotaes demostraron ser capaces de disminuir hasta un 55-65 % adicional el c-LDL y que, además, ahora poseen evidencia para iniciarlos en caso de SCA.

2 Iniciar o continuar precozmente tras el ingreso el tratamiento con dosis altas de estatinas para todos los pacientes con SCA sin contraindicación o historia de intolerancia, independientemente del valor inicial de c-LDL, ¿a qué clase de recomendación pertenece según la guía ESC/EAS 2019?

✓ Clase I

Las guías de práctica clínica ESC/EAS 2019 recomiendan iniciar o continuar precozmente tras el ingreso el tratamiento con dosis altas de estatinas para todos los pacientes con SCA sin contraindicación o historia de intolerancia, independientemente del valor inicial de c-LDL (clase I, nivel A).

3 ¿Qué porcentaje de reducción adicional de c-LDL se consigue con la adición de inhibidores de la proteína PCSK9 en la terapia combinada?

✓ Hasta un 55-65 %.

Según la evidencia científica actual, disponemos de un abanico de posibilidades terapéuticas que nos permiten buscar objetivos, con fármacos hipolipemiantes potentes, con el fin de conseguir una reducción muy elevada (60-70 %): atorvastatina 40-80 mg, rosuvastatina 20-40 mg; además, podríamos añadir la ezetimiba, que ha demostrado una reducción adicional de c-LDL de hasta un 15-20 % en terapia combinada (IMPROVE IT), y los inhibidores de la proteína PCSK9, que ya en los estudios pivotaes demostraron ser capaces de disminuir hasta un 55-65 % adicional el c-LDL y que, además, ahora poseen evidencia para iniciarlos en caso de SCA.

4 ¿Cuál es el objetivo terapéutico que hay que perseguir en cuanto al valor de c-LDL tras un infarto de miocardio?

✓ <55 mg/dl.

Tras un infarto de miocardio, el objetivo terapéutico que hay que perseguir en lípidos es alcanzar un c-LDL <55 mg/dl, pero, en algunos casos, se debe perseguir un c-LDL <40 mg/dl, por considerarse al paciente de riesgo extremo.