

**FICHA TÉCNICA: Solicitud para detener la cancelación de la Norma Oficial Mexicana: NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias**

<b>Rubro</b>	<b>Información</b>
<b>NOM que se pretende desaparecer</b>	NOM-037-SSA2-2012
<b>Área terapéutica</b>	Dislipidemias
<b>Comorbilidades incluidas</b>	Diabetes, hipertensión arterial, obesidad, enfermedades respiratorias y renal crónica.
<b>Población impactada por la desaparición de la NOM</b>	<p>La eliminación de la NOM-030-SSA-2012 tendría un impacto negativo entre 17 y 23 millones de adultos. En México, según la ENSANUT 2006, la prevalencia de hipercolesterolemia (colesterol total mayor a 200 mg/dl) es del 43.6% en mayores de 20 años (Olaiz-Fernandez G, 2006), de manera similar, el estudio CARMELA reportó una prevalencia de 50.5%, esta prevalencia se incrementa con la edad y es mayor en hombres, a excepción del grupo de 55 a 64 años, donde fue mayor en mujeres. (Escobedo-de la Peña J, 2014).</p> <p>Fuente.  <a href="https://alimentacionysalud.unam.mx/epidemiologia-enfermedades-metabolicas/#:~:text=Fue%20m%C3%A1s%20frecuente%20en%20mujeres,y%2023%20millones%20de%20adultos file:///C:/Users/Omar/Downloads/NOM-037-SSA2-2012.pdf">https://alimentacionysalud.unam.mx/epidemiologia-enfermedades-metabolicas/#:~:text=Fue%20m%C3%A1s%20frecuente%20en%20mujeres,y%2023%20millones%20de%20adultos file:///C:/Users/Omar/Downloads/NOM-037-SSA2-2012.pdf</a></p>
<b>Impacto de la NOM en:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Prevención</b></li> <li>● <b>Diagnóstico</b></li> <li>● <b>Detección</b></li> <li>● <b>Tratamiento.</b></li> <li>● <b>Control</b></li> <li>● <b>Complicaciones</b></li> </ul>	<b>Prevención</b> Las dislipidemias deben prevenirse mediante la recomendación de una alimentación correcta y actividad física adecuada. A excepción de las de origen genético o primarias. Las acciones de prevención para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular deben tener como objetivo reducir la ingesta de grasas saturadas y de colesterol desde la niñez, derivadas de cinco estrategias: 1) Alimentación correcta, 2) Mantenimiento del perfil lipídico dentro de límites normales, 3) Mantener un peso saludable, 4) Mantener la presión arterial entre valores normales y 5) Prevención primaria y secundaria. La prevención primaria, se aplica en forma indiscriminada a toda la población y debe tener un enfoque primordialmente sanitarista,

promoviendo principalmente, estilos de vida saludables. La prevención secundaria, se realiza en población con alto riesgo cardiovascular. Con un enfoque predominantemente clínico, orientado a la detección temprana y al tratamiento oportuno de las dislipidemias. El control integral, temprano y sostenido de los diversos factores de riesgo cardiovascular, es la principal herramienta para reducir la aparición de la enfermedad cardiovascular. Por lo tanto, los programas para el control de esta enfermedad deben incluirse y estandarizarse a través de la NOM actual, como uno de sus componentes básicos y la prevención primaria.

### **Detección**

En personas mayores de 20 años de edad, se puede realizar una prueba de detección rápida (química seca) aunque es necesaria la medición del perfil de lípidos y cálculo de lipoproteínas (CT, C-HDL, CLDL, C-no-HDL y TG) en sangre. En personas sin factores de riesgo cardiovascular y en quienes la medición de los lípidos se encuentre en los límites recomendados en el Apéndice A, se realizará la repetición de la medición cada cinco años.

En personas con factores de riesgo o antecedentes familiares de trastornos de los lípidos, diabetes, hipertensión arterial o enfermedad cardiovascular manifiesta, se debe de realizar a partir de los 20 años de edad, y con una periodicidad anual o bianual de acuerdo con el criterio de los profesionales de la salud.

### **Diagnóstico.**

En la evaluación del paciente se establece un mejor diagnóstico de dislipidemia al incluir todo lo siguiente; historia clínica completa, búsqueda intencionada de factores de riesgo cardiovascular, evaluación de la dieta, evaluación de la actividad física, exploración física completa, con medición cuidadosa de la presión arterial y del perímetro abdominal, estudio de la familia, medición y cálculo de lípidos sanguíneos (CT, C-HDL, C-LDL, C-no-HDL y TG), glucosa en ayuno y el cálculo del riesgo cardiovascular global. Una vez hecho el diagnóstico de dislipidemia, es importante que se establezca su clasificación y gravedad según los Apéndices A, C y D.

Se tiene que establecer un diagnóstico diferencial

de dislipidemias secundarias, al detectar la presencia de una dislipidemia severa. Esto es de particular importancia en pacientes con hipertrigliceridemia, debido a que sus posibles etiologías pueden representar un riesgo cardiovascular bajo, moderado, alto y muy alto.

#### **Tratamiento.**

El esquema general para el tratamiento nutricional y farmacológico de pacientes con dislipidemias, se basa en el valor de lípidos del suero, en función del cálculo del nivel de riesgo de acuerdo con los Apéndices A y B y las recomendaciones en los Apéndices F y G.

Para el tratamiento específico de la dislipidemia, es necesario realizar el tratamiento y control adecuado, para reducir o eliminar otros factores de riesgo presentes, así como eliminar cualquier otra causa secundaria o haber identificado alguna causa primaria o genética.

El tratamiento farmacológico y no farmacológico debe ser de forma permanente, en la dosis adecuada para mantener los niveles de lípidos de acuerdo con el nivel de riesgo.

Criterios para establecer un tratamiento.

La modificación conductual a un estilo de vida saludable es la base de la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, por lo tanto, estas medidas son de aplicación universal y deben recomendarse desde la infancia. Son candidatos para tratamiento farmacológico permanente, pacientes que están fuera de los niveles deseados de lípidos, de acuerdo con su nivel de riesgo cardiovascular a pesar de las intervenciones no farmacológicas. La razón de ser del tratamiento farmacológico de las dislipidemias no es sólo la corrección del perfil de lípidos, sino la reducción del riesgo cardiovascular, para aumentar la expectativa de vida.

#### **Control.**

En pacientes con dislipidemia, las modificaciones del estilo de vida son indispensables, sin embargo, en los casos que resultan insuficientes para alcanzar los niveles deseados de lípidos de acuerdo al nivel de riesgo cardiovascular, el tratamiento

	<p>farmacológico es necesario. 8.5.1.1. Se debe informar a quienes inicien el tratamiento farmacológico de la dislipidemia, que la utilidad del mismo y de disminuir el riesgo cardiovascular es aumentar su expectativa y calidad de vida. También se debe informar, de riesgos posibles, reacciones adversas y costo.</p> <p>Dentro de los fármacos reductores de lípidos séricos, están los siguientes: estatinas, fibratos, niacina de liberación extendida, ezetimiba, ácidos omegas 3 y secuestradores de ácidos biliares.</p>
<p><b>Propuesta</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suspender el proceso de cancelación de la NOM-037-SSA2-2012 hasta no entablar conversaciones con grupos de pacientes y evaluar el impacto real en la calidad y atención integral de las personas que viven con Dislipidemia.</li> <li>2. Crear un grupo de trabajo para Dislipidemia, según el Artículo 15 del Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública donde organizaciones de pacientes, junto con asociaciones médicas, expertos, centros de estudios sean convocados con la finalidad de intercambiar información e iniciar el proceso de actualización.</li> </ol>
<p><b>Organización firmante</b></p>	<p>PACIENTES DE CORAZÓN A.C.</p>