

Tratamiento de las dislipidemias

Se ha publicado una [actualización de la Guía ESC/EAS centrada en el tratamiento de las dislipidemias](#), que incorpora y revisa recomendaciones de la guía de práctica clínica del año 2019.

Las nuevas recomendaciones se pueden agrupar en:

Recomendaciones para la estimación del riesgo cardiovascular.

- La escalas SCORE2 (<70 años) y SCORE2-OP (≥70 años) permiten estimar el riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular (ECV) fatal y no fatal en personas aparentemente sanas sin enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA), diabetes mellitus (DM), enfermedad renal crónica (ERC), trastornos genéticos/raros de lípidos o trastornos de la presión arterial. Estas escalas categorizan a las personas en cuatro grupos (bajo, moderado, alto y muy alto) y están disponibles [aquí](#).
- La presencia en imágenes de aterosclerosis subclínica o un aumento en la puntuación de calcio en la arteria coronaria (CAC), si se mide, se deben considerar como modificadores de riesgo en individuos con riesgo moderado o en individuos cerca de los umbrales de decisión del tratamiento.
- El inicio del tratamiento farmacológico para la reducción del cLDL no sólo se considera en persona con riesgo muy alto, sino que la recomendación del inicio depende tanto del riesgo CV estimado como del nivel basal de cLDL sin tratamiento.

Recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico

- Recomendaciones sobre la **reducción del colesterol cLDL**. Se incluyen dos nuevos tratamientos:
 - Ácido bempedoico para pacientes que no pueden recibir tratamiento con estatinas para alcanzar el objetivo de c-LDL, en pacientes con riesgo alto o muy alto. Se debe considerar la adición de ácido bempedoico a la dosis máxima tolerada de estatina, con o sin ezetimiba, para alcanzar el objetivo de c-LDL.
 - Puede considerarse evinacumab, en pacientes con hipercolesterolemia familiar homocigótica (HF) que no alcanzan los niveles objetivo de cLDL a pesar de recibir la dosis máxima de tratamiento hipolipemiante.
- Tratamiento durante la **hospitalización por síndrome coronario agudo (SCA)**: En pacientes que recibían algún tratamiento hipolipemiante antes del ingreso, se recomienda intensificar el tratamiento hipolipemiante durante la hospitalización inicial para reducir aún más los niveles de c-LDL. Aquellos pacientes sin tratamiento previo y que no se espera que alcancen el objetivo de c-LDL con estatinas solas, se debe considerar iniciar tratamiento combinado con estatinas de alta intensidad más ezetimiba durante la hospitalización.
- Deben considerarse los niveles elevados de **Lipoproteína(a)** >50 mg/dL (≥105 nmol/L) como un factor potenciador del riesgo cardiovascular.

- Recomendaciones para el tratamiento de la **hipertrigliceridemia**:
 - Se sigue recomendando las estatinas como primera línea de tratamiento para reducir el riesgo cardiovascular en pacientes de alto riesgo.
 - Se debe considerar el uso de icosapento de etilo a dosis altas junto a una estatina en pacientes con alto o muy alto riesgo y niveles elevados de triglicéridos (135-499 mg/dl).
 - El tratamiento con volanesorsen debe considerarse en aquellos con hipertrigliceridemia severa debida al síndrome de quilomicronemia familiar, para reducir los niveles de triglicéridos y el riesgo de pancreatitis.
- En personas con **infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)** mayores de 40 años, se recomienda el tratamiento con estatinas en prevención primaria de enfermedad cardiovascular.
- En **pacientes con cáncer**, con riesgo alto o muy alto de desarrollar toxicidad cardiovascular relacionada con la quimioterapia, se debe considerar el uso de estatinas para reducir el riesgo de disfunción cardíaca inducida por antraciclinas.
- No se respalda el uso de suplementos dietéticos o vitaminas, para reducir el riesgo de enfermedad arterioesclerótica cardiovascular, sin seguridad documentada y eficacia significativa en la reducción del colesterol c-LDL.