

**IV Congreso SMEDYN
(Sociedad Murciana de Endocrinología, Diabetes
y Nutrición)**

PROTOCOLO REGIONAL DE LÍPIDOS.

ABORDAJE DEL PACIENTE CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

**Luz Martínez González
FEA Endocrinología. Hospital Rafael Méndez**



1

PROTOCOLO REGIONAL DE LÍPIDOS

Organismos implicados

- Sociedad Murciana de **Endocrinología, Diabetes y Nutrición** (Comité científico)
- Sociedad Murciana de **Cardiología**
- CARPRIMUR
- Sociedad Murciana de **Medicina Interna**
- Sociedad Murciana de **Neurología**
- Sociedad Murciana de **Nefrología**
- Sociedad Española de Médicos de **Atención Primaria** (Murcia)
- **Análisis clínicos** Región de Murcia

Objetivos

1. Reunir a todas las **especialidades** que se ocupan de los lípidos.
2. Establecer un sistema de **cribado y diagnóstico** eficaz, accesible y sencillo.
3. Implementar un **sistema de alertas** universal.
4. Establecer **vías de derivación** entre especialistas.
5. Realizar **protocolos de tratamiento**.
6. Incluir **herramientas interactivas y visuales**

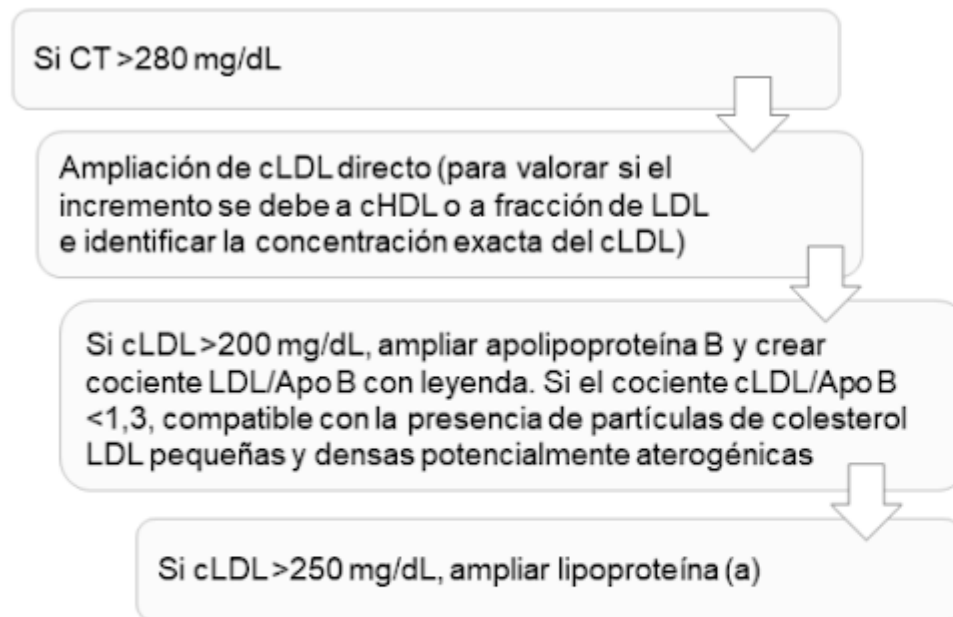
A largo plazo...

- 1. Abordar barreras de tratamiento en la Región**
- 2. Adaptación de las guías internacionales a la realidad local**

Puntos

1. clave

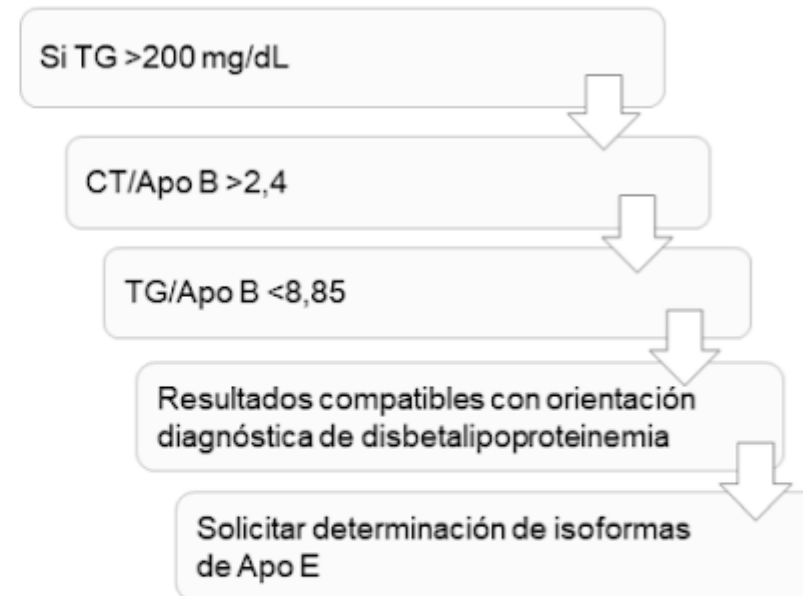
1. Ampliaciones automáticas



Algoritmo n.º 2: Incorporación del parámetro Lp(a) para la detección de pacientes de alto riesgo cardiovascular



Clin Investig Arterioscler. 2021; 33: 273-281.



Algoritmo n.º 4: Incorporación del parámetro Apo B para el algoritmo diagnóstico de disbetalipoproteinemia

Puntos

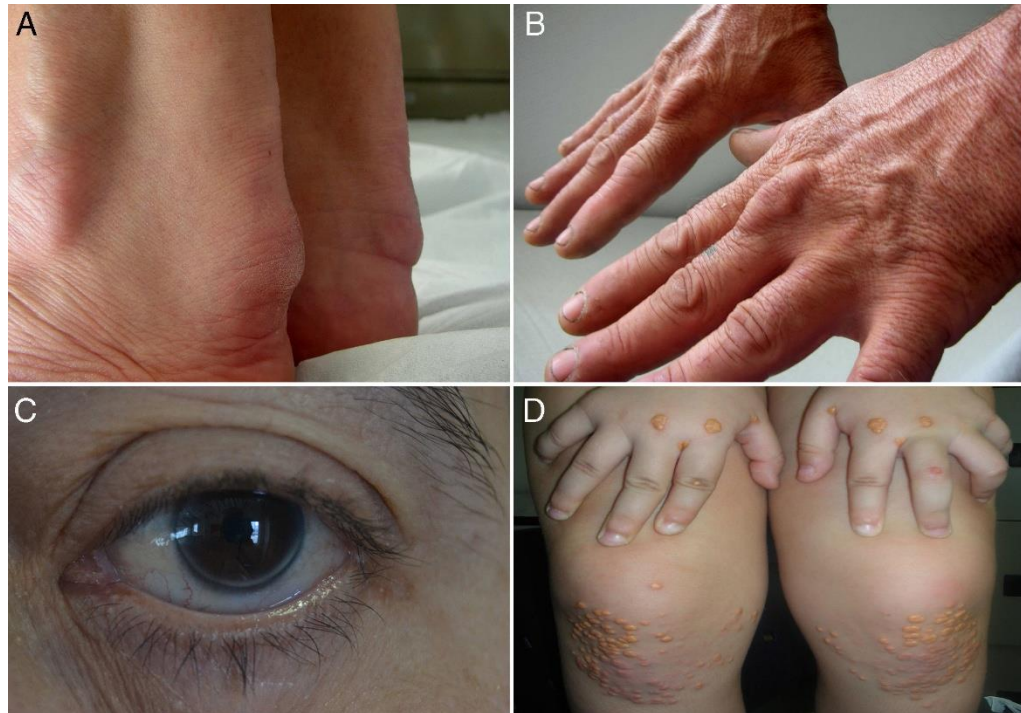
- # clave
1. Ampliaciones automáticas
 2. Sistema de alertas universal

Tabla 3. Alertas recomendadas para el sistema informático/
informe de laboratorio

PARÁMETRO	VALOR CRÍTICO	ALERTA
Colesterol total	310 mg/dL	Paciente de alto riesgo vascular
Triglicéridos	TG > 880 mg/dL	Hipertrigliceridemia grave con riesgo de pancreatitis aguda
Colesterol-LDL adultos	> 190 mg/dL	Considerar hipercolesterolemia familiar heterocigota
Colesterol-LDL adultos	> 500 mg/dL	Considerar hipercolesterolemia familiar homocigota
Triada lipídica aterogénica	Si TG > 150 mg/dL y c-HDL < 30 mg/dL c-LDL/Apo B < 1,3 o TG/c-HDL > 2	Triada lipídica orientativa de dislipidemia aterogénica de muy alto riesgo vascular
Lp(a)	>120 mg/dL	Riesgo muy elevado de enfermedad cardiovascular aterosclerosa y estenosis de la válvula aórtica
Apolipoproteína A 1	< 10 mg/dL	Valorar hipoalfalipoproteinemia
Apolipoproteína B-100	< 10 mg/dL	Valorar abetalipoproteinemias

Puntos

- # clave
1. Ampliaciones automáticas
 2. Sistema de alertas universal
 3. Sospecha de HF



Puntos

clave

1. Ampliaciones automáticas
2. Sistema de alertas universal
3. Sospecha de HF
4. Algoritmos de tratamiento
5. Criterios de tratamiento en poblaciones especiales

VALORACIÓN DE RIESGOS

SCORES

Enfermedad renal
Albuminuria

Enfermedad
vascular
aterosclerótica

Hipercolesterolemia
familiar

Diabetes
Mellitus

Lp (a)

		Riesgo Bajo		Riesgo Moderado		Riesgo Alto		Riesgo Muy Alto		Riesgo Extremo	
Placa		▲ Prevenición ▲ Tratamiento									
Objetivo	LDL Col no HDL APO B	<116		<100 <130 <110		<70 <100 <80		<55 <85 <65		<40 <70 <50	
Recomendaciones (aproximación inicial) Dieta y cambio estilo de vida		LDL-c basal →	↓ LDL-c	LDL-c basal →	↓ LDL-c	LDL-c basal →	↓ LDL-c	LDL-c basal →	↓ LDL-c	LDL-c basal →	↓ LDL-c
		<116	=	100-130		>70-100		>55 y <100		>40 y <80	
		116-140		130-160		100-130		>100-155		>80 - 120	
		>140		>160		130-160 >160		155-190 >190		120 - 170 >170	
Revisión		8 - 12 semanas				6 - 8 semanas		4 - 6 semanas			

Reducción LDL-c con diferentes tratamientos hipolipemiantes

	20-25%	26-39%	40-49%	50-59%	60-69%	70-75%	80%	80-85%	85%	>85%
Tolera estatinas	EBI EZE AB Nutracéuticos	EMI EBI + EZE EBI + AB	EM-AI EMI + EZE EMI + AB	EAI +/- EZE	EAI* + EZE EAI* + EZE + AB	EAI + inclisiran	EAI* + EZE + inclisiran	EAI + iPCSK9	EAI* + EZE + iPCSK9	EAI* + EZE + iPCSK9 / inclisiran + AB
No tolera estatinas			EZE + AB	Inclisiran	iPCSK9 EZE + Inclisiran	EZE + iPCSK9		EZE + iPCSK9		

Puntos

clave

1. Ampliaciones automáticas
2. Sistema de alertas universal
3. Sospecha de HF
4. Algoritmos de tratamiento
5. Criterios de tratamiento en poblaciones especiales
6. Definir intolerancia a las estatinas

CK $\geq$ 4 x LSN	- > 10: suspender estatina. Monitorizar Cr y CK cada 2 semanas hasta normalización - < 10 sin síntomas: continuar tratamiento. Monitorizar CK - < 10 con síntomas: probar a suspender y cuando se normalice CK reiniciar a dosis más bajas o con otra estatina u otro hipolipemiente
CK < 4 x LSN	- Sin síntomas: continuar tratamiento - Con síntomas: probar a suspender tratamiento durante 6 semanas y posteriormente reiniciar a dosis más bajas, con otra estatina o a días alternos.

F. Mach et al. / Rev Esp Cardiol. 2020;73(5):403.e1–403.e70

GPT $\geq$ 3 x LSN	Suspender el tratamiento y monitorizar GPT cada 4-6 semanas. Tras normalizarse se puede reintroducir el tratamiento de forma cautelosa.
GPT < 3 x LSN	- Mantener tratamiento - Monitorizar GPT cada 4-6 semanas

F. Mach et al. / Rev Esp Cardiol. 2020;73(5):403.e1–403.e70

Puntos

1. Ampliaciones automáticas
2. Sistema de alertas universal
3. Sospecha de HF
4. Algoritmos de tratamiento
5. Criterios de tratamiento en poblaciones especiales
6. Definir intolerancia a las estatinas
7. Criterios de derivación a las unidades de lípidos

Tabla 1 Criterios de referencia a unidades de lípidos de la Sociedad Española de Arteriosclerosis

Dislipidemia	Dintiles	Contexto clínico	Diagnóstico	Tratamiento
Hipercolesterolemia	CT > 300 mg/dL c-LDL > 200 mg/dL Lp(a) > 117 mg/dL	Xantomas tendinosos Arco corneal < 40 años Antecedentes familiares positivos CI o EAP prematura CI recurrente Enfermedad vascular sin FRCV evidentes Sospecha de HF Esteatosis y/o cirrosis	Cribado en cascada de HF Test genéticos Técnicas de imagen	Triple terapia Nuevos tratamientos (anti-PCSK9) Intolerancia farmacológica Refractariedad al tratamiento Aféresis
Hipertrigliceridemia	Tg en ayunas > 1.000 mg/dL Tg > 500 mg/dL pese a tratamiento Tg y CT > 350 mg/dL	Xantomas Hepatomegalia Esplenomegalia Lipemia retinalis Inicio en la infancia Pancreatitis	Análisis de causas secundarias Test bioquímicos Diagnóstico molecular	Excluir causa secundaria Tratamiento ineficaz Dietas especiales
c-HDL	c-HDL < 20 mg/dL c-HDL > 100 mg/dL	Hepatomegalia Esplenomegalia Hipertrofia amigdalár Opacidad corneal Insuficiencia renal	Excluir causas secundarias Test bioquímicos Diagnóstico molecular	Control causas secundarias
Hipocolesterolemia	c-LDL < 50 mg/dL	Malabsorción Esteatosis	Excluir causas secundarias Test bioquímicos Diagnóstico molecular	

Puntos

1. Ampliaciones automáticas
2. Sistema de alertas universal
3. Sospecha de HF
4. Algoritmos de tratamiento
5. Criterios de tratamiento en poblaciones especiales
6. Definir intolerancia a las estatinas
7. Criterios de derivación a las unidades de lípidos

Tabla 1 Criterios de referencia a unidades de lípidos de la Sociedad Española de Arteriosclerosis

Dislipidemia	Dintiles	Contexto clínico	Diagnóstico	Tratamiento
Hipercolesterolemia	CT > 300 mg/dL c-LDL > 200 mg/dL Lp(a) > 117 mg/dL	Xantomas tendinosos Arco corneal < 40 años Antecedentes familiares positivos CI o EAP prematura CI recurrente Enfermedad vascular sin FRCV evidentes Sospecha de HF Esteatosis y/o cirrosis	Cribado en cascada de HF Test genéticos Técnicas de imagen	Triple terapia Nuevos tratamientos (anti-PCSK9) Intolerancia farmacológica Refractariedad al tratamiento Aféresis
Hipertrigliceridemia	Tg en ayunas > 1.000 mg/dL Tg > 500 mg/dL pese a tratamiento Tg y CT > 350 mg/dL	Xantomas Hepatomegalia Esplenomegalia Lipemia retinalis Inicio en la infancia Pancreatitis	Análisis de causas secundarias Test bioquímicos Diagnóstico molecular	Excluir causa secundaria Tratamiento ineficaz Dietas especiales
c-HDL	c-HDL < 20 mg/dL c-HDL > 100 mg/dL	Hepatomegalia Esplenomegalia Hipertrofia amigdalal Opacidad corneal Insuficiencia renal	Excluir causas secundarias Test bioquímicos Diagnóstico molecular	Control causas secundarias
Hipocolesterolemia	c-LDL < 50 mg/dL	Malabsorción Esteatosis	Excluir causas secundarias Test bioquímicos Diagnóstico molecular	

Puntos

clave

1. Ampliaciones automáticas
2. Sistema de alertas universal
3. Sospecha
4. Algoritmo
5. Criterios poblacionales
6. Definir unidades
7. Criterios unidades

Comité regional

- Integrar Endocrinología
- Propuesta de **modelo mixto**:
 - Comité intrahospitalario ? casos claros
 - Comité regional ? casos frontera y revisión de datos



2

ABORDAJE DEL PACIENTE CON ALTO RCV



ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2025) **46**, 4359–4378
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf190>

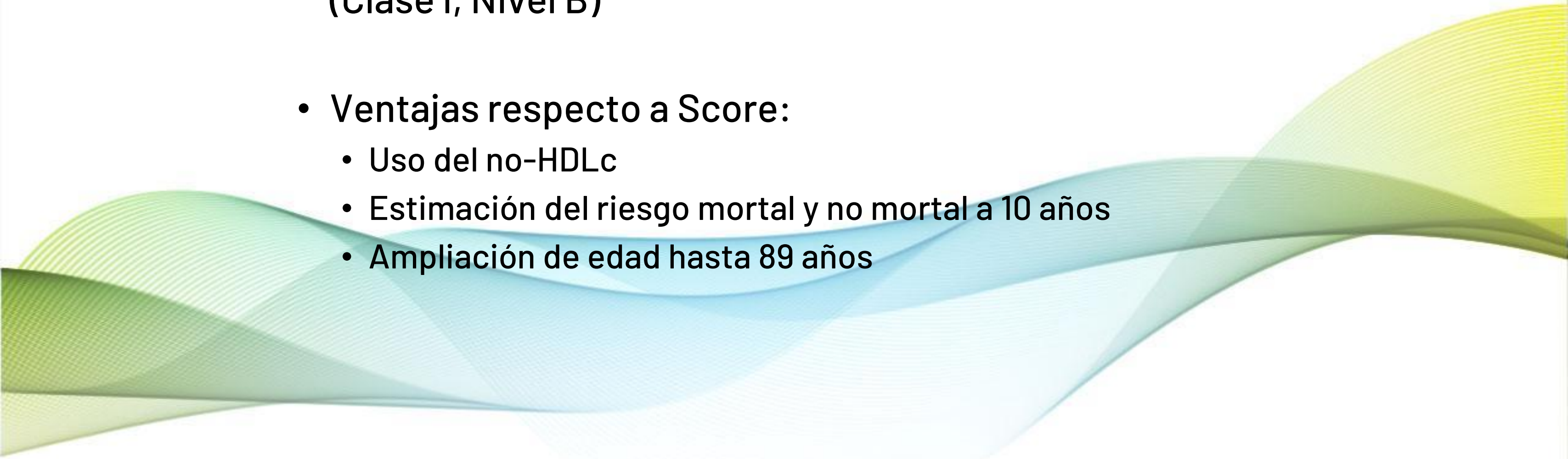
ESC GUIDELINES

2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias

**Developed by the task force for the management of dyslipidaemias
of the European Society of Cardiology (ESC) and the European
Atherosclerosis Society (EAS)**

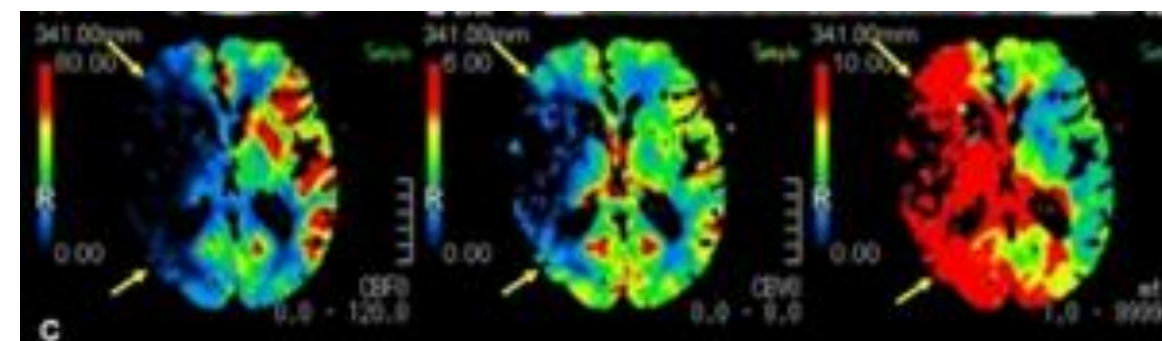
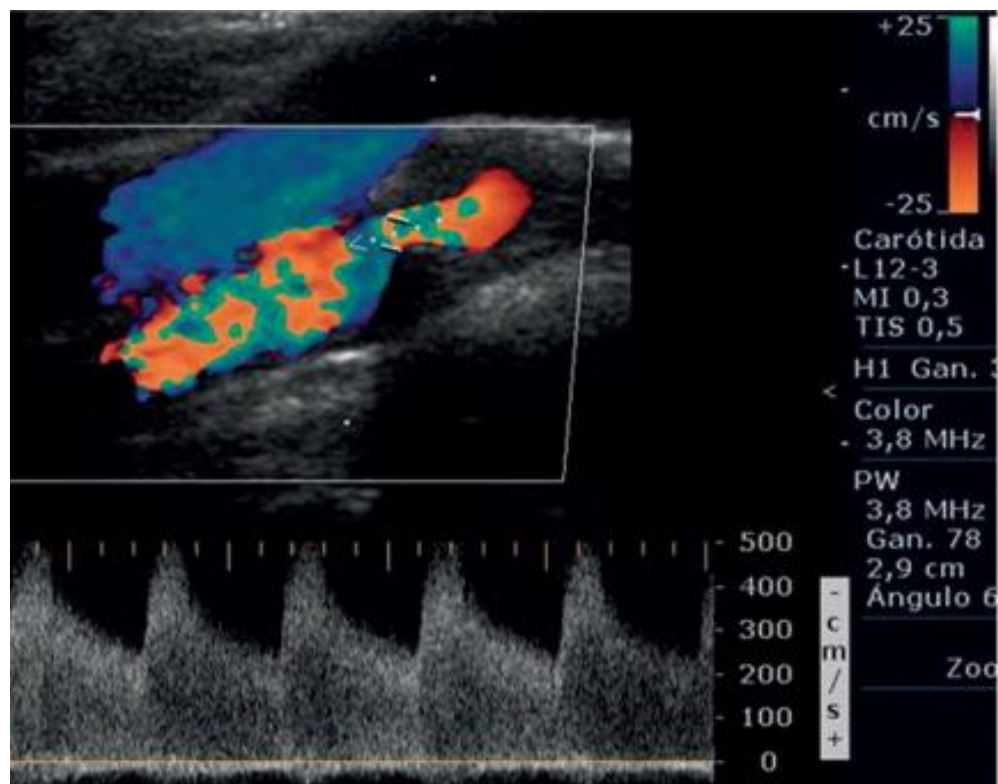
- **Estratificación del riesgo con Score2 y Score2-0P y modificadores de riesgo.**
- Umbrales claros de inicio de farmacoterapia en prevención primaria.
- Posicionamiento de las nuevas terapias.
- Estrategia en síndromes coronarios agudos.
- Lp(a).
- Manejo actualizado de la hipertrigliceridemia
- Estrategias en poblaciones especiales: VIH y oncológicos.
- Reevaluación del rol de suplementos dietéticos.

Score2 y Score2-OP

- Herramientas de estimación de riesgo recomendadas (Clase I, Nivel B)
 - Ventajas respecto a Score:
 - Uso del no-HDLc
 - Estimación del riesgo mortal y no mortal a 10 años
 - Ampliación de edad hasta 89 años
- 

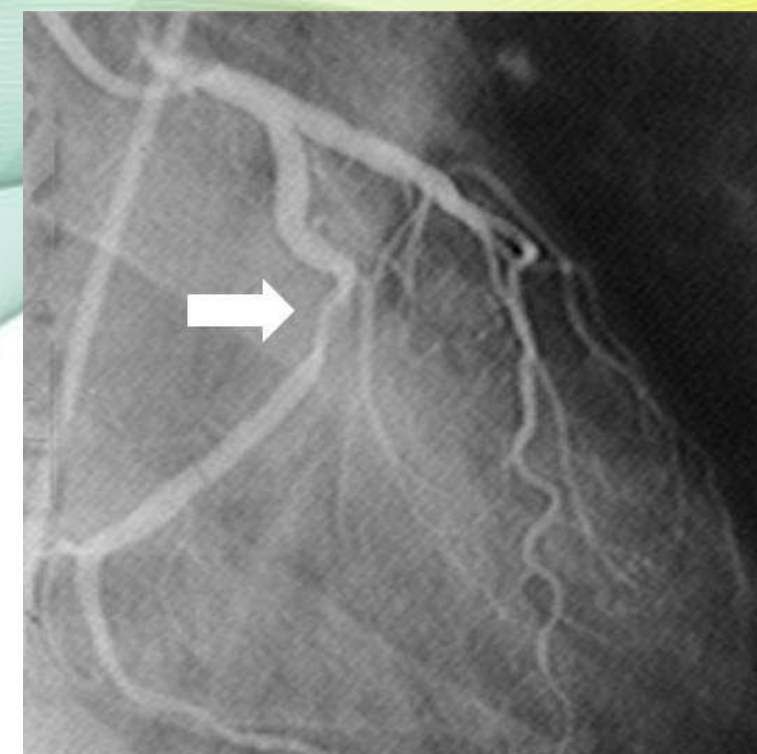
Estratificación del RCV

Muy alto riesgo	Alto riesgo	Riesgo moderado	Bajo riesgo
Prevención secundaria: 1. ECV documentada: - Por clínica - Por imagen Prevención primaria: 1. DM con lesión de órgano diana o ≥ 3 FRCV mayores 2. DM tipo 1 > 20 años de evolución 3. ERC con TFG < 30 mL/min 4. HF con ≥ 1 FRCV mayor 5. Score2 o Score2-OP: ≥ 20 %	1. Descontrol de FRCV: - CT > 310 mg/dL - LDLc > 190 mg/dL - TA $\geq 180/110$ mmHg 2. HF sin otros FRCV 3. DM ≥ 10 años sin lesión de órgano diana o con ≥ 1 FRCV mayor 4. ERC con TFG 30-59 mL/min 5. Score2 o Score2-OP: 10-20 %	1. DM tipo 1 < 35 años o DM tipo 2 < 50 años, con < 10 años de evolución y sin otros FRCV 2. Score2: 5-10 % 3. Score2-OP: 2,5-7,5 %	1. Score2: < 5 % 2. Score2-OP: $< 2,5$ %



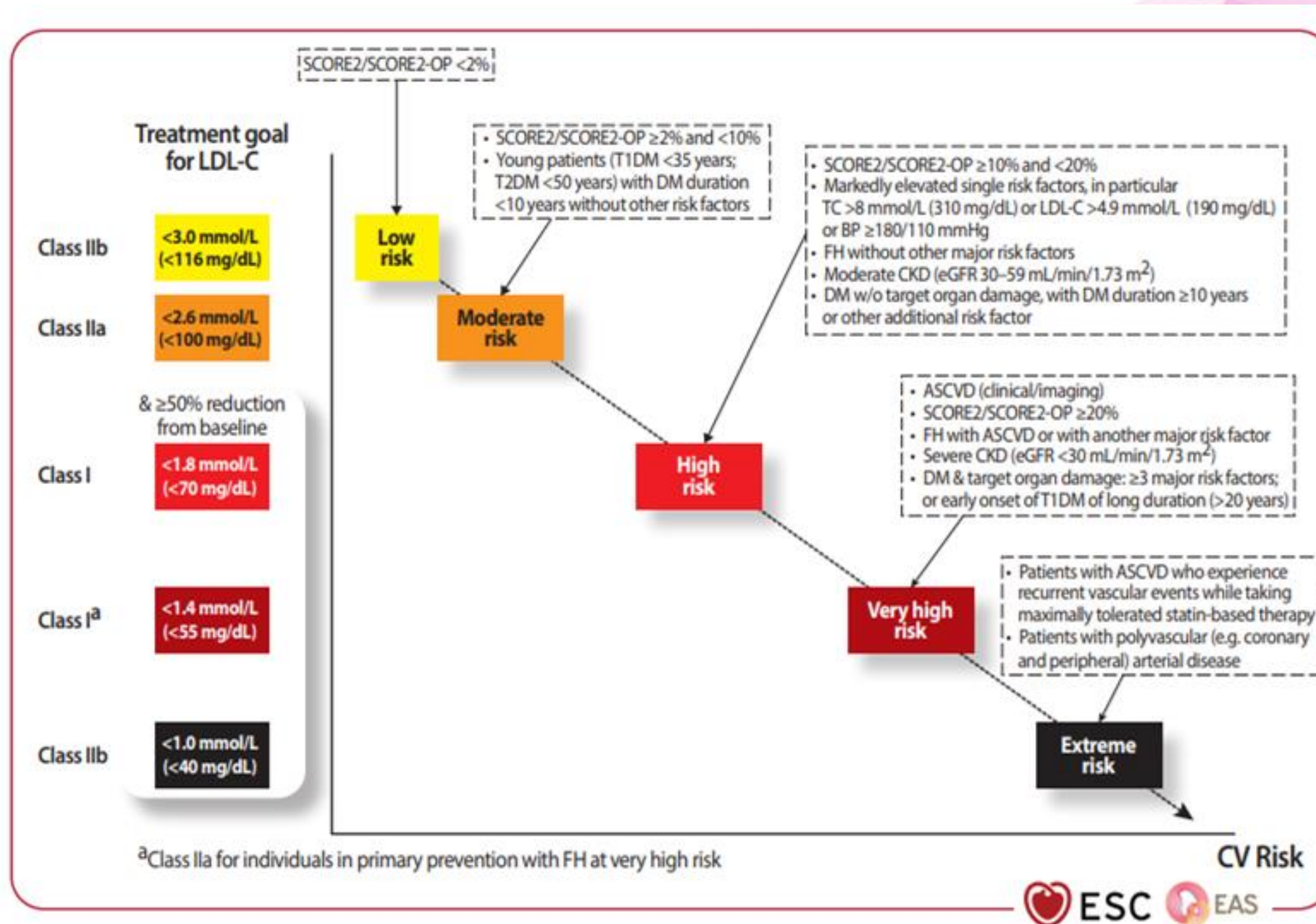
Riesgo extremo

1. ECV con eventos repetidos a pesar de tratamiento con dosis máximas toleradas de estatina
2. ECV en distintos territorios



- Estratificación del riesgo con Score2 y Score2-OP y modificadores de riesgo.
- **Umbrales claros de inicio de farmacoterapia en prevención primaria.**
- Posicionamiento de las nuevas terapias.
- Estrategia en síndromes coronarios agudos.
- Lp(a).
- Manejo actualizado de la hipertrigliceridemia
- Estrategias en poblaciones especiales: VIH y oncológicos.
- Reevaluación del rol de suplementos dietéticos.

Objetivos de tratamiento sin cambios



Tratamiento en prevención primaria

Table 4 Intervention strategies as a function of total cardiovascular risk and untreated low-density lipoprotein cholesterol levels

Total CV risk	Untreated LDL-C levels					
	<1.4 mmol/L (<55 mg/dL)	1.4 to <1.8 mmol/L (55 to <70 mg/dL)	1.8 to <2.6 mmol/L (70 to <100 mg/dL)	2.6 to <3.0 mmol/L (100 to <116 mg/ dL)	3.0 to <4.9 mmol/L (116 to <190 mg/ dL)	≥4.9 mmol/L (≥190 mg/dL) ^a
Low	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle modification, consider adding drug if uncontrolled	N/A ^a
Moderate	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle modification, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle modification, consider adding drug if uncontrolled	N/A ^a
High						
Very high: primary prevention						
Very high: secondary prevention						

© ESC/EAS 2025

- **RCV bajo:**
 - **LDLc > 116 mg/dL** ? considerar hipolipemiente (Clase IIa, nivel A)
- **RCV moderado:**
 - Intentar reclasificar (Clase IIa, Nivel B)
 - **LDLc > 100 mg/dL** ? considerar hipolipemiente (Clase IIa, nivel A)

Tratamiento en prevención primaria

Table 4 Intervention strategies as a function of total cardiovascular risk and untreated low-density lipoprotein cholesterol levels

Total CV risk	Untreated LDL-C levels					
	<1.4 mmol/L (<55 mg/dL)	1.4 to <1.8 mmol/L (55 to <70 mg/dL)	1.8 to <2.6 mmol/L (70 to <100 mg/dL)	2.6 to <3.0 mmol/L (100 to <116 mg/ dL)	3.0 to <4.9 mmol/L (116 to <190 mg/ dL)	≥4.9 mmol/L (≥190 mg/dL) ^a
Low						
Moderate						
High	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle modification, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention
Very high: primary prevention						
Very high: secondary prevention						

- **RCV alto:**
 - **LDLc 70–100 mg/dL** ? considerar hipolipemiante (Clase IIa, nivel A)
 - **LDLc > 100 mg/dL** ? fármacos de inicio (Clase I, Nivel A)

Tratamiento en prevención primaria

Table 4 Intervention strategies as a function of total cardiovascular risk and untreated low-density lipoprotein cholesterol levels

Total CV risk	Untreated LDL-C levels					
	<1.4 mmol/L (<55 mg/dL)	1.4 to <1.8 mmol/L (55 to <70 mg/dL)	1.8 to <2.6 mmol/L (70 to <100 mg/dL)	2.6 to <3.0 mmol/L (100 to <116 mg/ dL)	3.0 to <4.9 mmol/L (116 to <190 mg/ dL)	≥4.9 mmol/L (≥190 mg/dL) ^a
Low						
Moderate						
High						
Very high: primary prevention	Lifestyle modification, consider adding drug	Lifestyle modification, consider adding drug	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention
Very high: secondary prevention						

- **RCV muy alto:**
 - **LDLc < 70 mg/dL ?**
considerar hipolipemiente (Clase IIa, nivel A)
 - **LDLc > 70 mg/dL ?**
fármacos de inicio (Clase I, nivel A)

- Estratificación del riesgo con Score2 y Score2-OP y modificadores de riesgo.
- Umbrales claros de inicio de farmacoterapia en prevención primaria.
- **Posicionamiento de las nuevas terapias.**
- Estrategia en síndromes coronarios agudos.
- Lp(a).
- Manejo actualizado de la hipertrigliceridemia
- Estrategias en poblaciones especiales: VIH y oncológicos.
- Reevaluación del rol de suplementos dietéticos.

Hipolipemiantes

Estatinas y Ezetimiba

- Pilar fundamental del tratamiento (Clase I, Nivel A)
- Ezetimiba: segundo escalón

Hipolipemiantes

Estatinas y Ezetimiba

- Pilar fundamental del tratamiento (Clase I, Nivel A)
- Ezetimiba: segundo escalón

Ácido bempedoico

- Evidencia: CLEAR Outcomes (2023): ↓ MACE 13 % en intolerantes a estatinas.
- Recomendación: intolerancia a estatinas (Clase I, Nivel B), asociado a estatinas (Clase IIa, Nivel C)

Hipolipemiantes

iPCSK-9: Evolocumab y Alirocumab

- Evidencia: FOURIER (Evolocumab) y ODYSSEY (Alirocumab): reducción de MACE (15 %) y mortalidad CV. VESALIUS-CV: reducción de MACE en prevención primaria (Evolocumab)
- Beneficio adicional: ↓ Lp(a) 25–30 %.
- Recomendación: asociación a estatinas +/- ezetimiba en alto o muy alto RCV (Clase I, Nivel A)

Hipolipemiantes

iPCSK-9: Evolocumab y Alirocumab

- Evidencia: FOURIER (Evolocumab) y ODYSSEY (Alirocumab): reducción de MACE (15 %) y mortalidad CV. VESALIUS-CV: reducción de MACE en prevención primaria (Evolocumab)
- Beneficio adicional: ↓ Lp(a) 25–30 %.
- Recomendación: asociación a estatinas +/- ezetimiba en alto o muy alto RCV (Clase I, Nivel A)

Inclisiran

- Evidencia: ORION-4 y VICTORION-2 Prevent en curso, resultados 2026–2027.

Hipolipemiantes

iPCSK-9: Evolocumab y Alirocumab

- Evidencia: FOURIER (Evolocumab) y ODYSSEY (Alirocumab): reducción de MACE (15 %) y mortalidad CV. VESALIUS-CV: reducción de MACE en prevención primaria (Evolocumab)
- Beneficio adicional: ↓ Lp(a) 25–30 %.
- Recomendación: asociación a estatinas +/- ezetimiba en alto o muy alto RCV (Clase I, Nivel A)

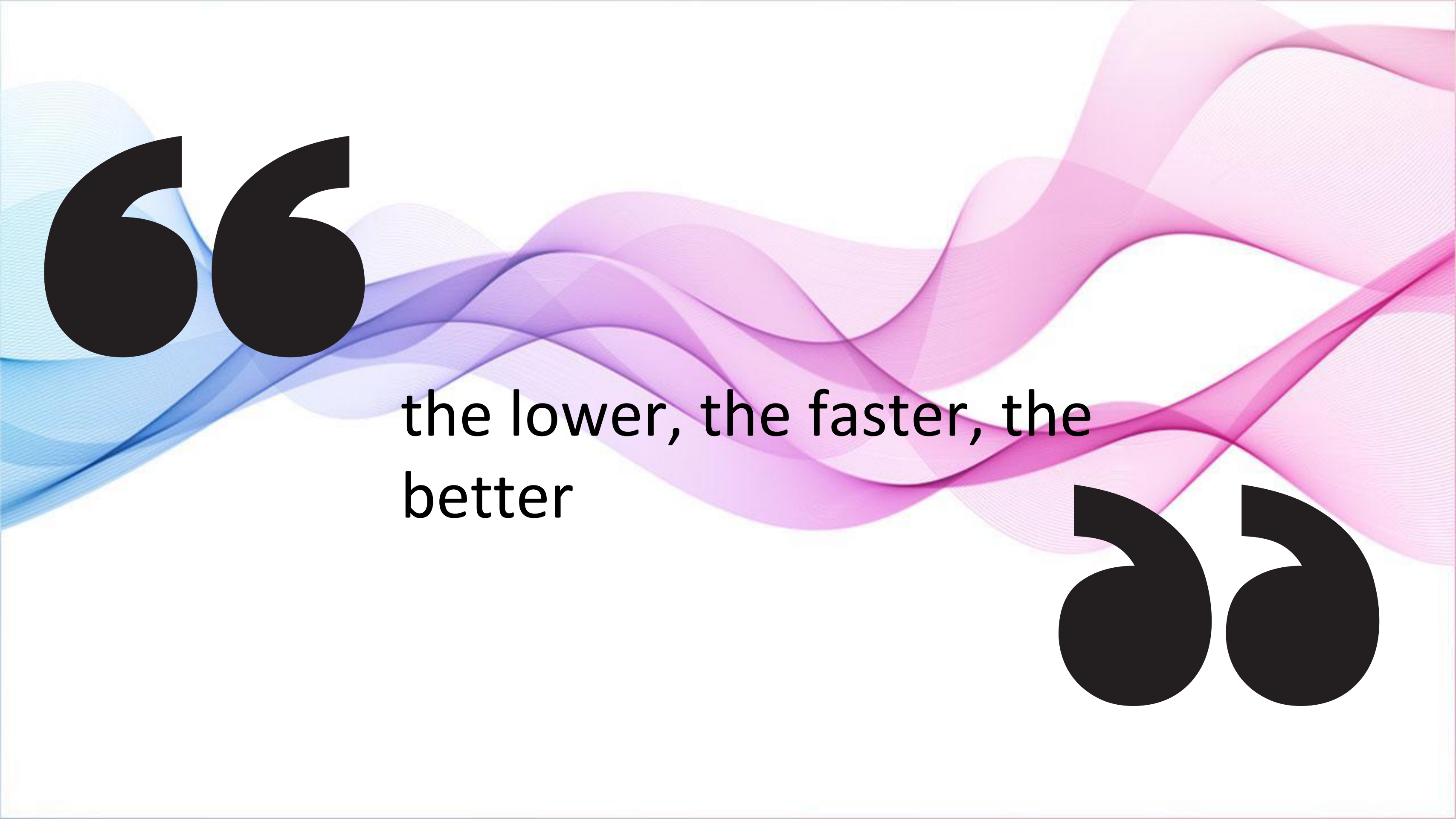
Inclisirán

- Evidencia: ORION-4 y VICTORION-2 Prevent en curso, resultados 2026–2027.

Evinacumab

- Indicación: HF homocigota
- Eficacia: ↓ LDLc 50 %.
- Recomendación: HF homocigota combinado con otros tratamientos (Clase IIa, Nivel B).

- Estratificación del riesgo con Score2 y Score2-OP y modificadores de riesgo.
- Umbrales claros de inicio de farmacoterapia en prevención primaria.
- Posicionamiento de las nuevas terapias.
- **Estrategia en síndromes coronarios agudos.**
- Lp(a).
- Manejo actualizado de la hipertrigliceridemia
- Estrategias en poblaciones especiales: VIH y oncológicos.
- Reevaluación del rol de suplementos dietéticos.



“

the lower, the faster, the
better

”

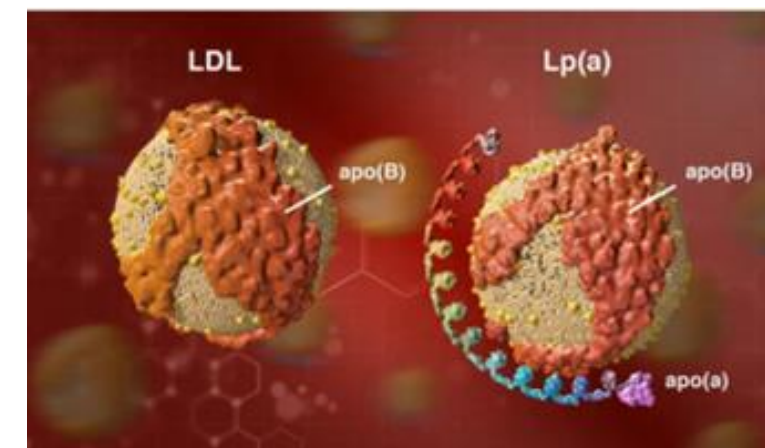
4. Pautar tratamiento: prevención 2ª

Table 4 Intervention strategies as a function of total cardiovascular risk and untreated low-density lipoprotein cholesterol levels

Total CV risk	Untreated LDL-C levels					
Low						
Moderate						
High						
Very high: primary prevention						
Very high: secondary prevention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention	Lifestyle modification and concomitant drug intervention

- Estratificación del riesgo con Score2 y Score2-OP y modificadores de riesgo.
- Umbrales claros de inicio de farmacoterapia en prevención primaria.
- Posicionamiento de las nuevas terapias.
- Estrategia en síndromes coronarios agudos.
- **Lp(a).**
- Manejo actualizado de la hipertrigliceridemia
- Estrategias en poblaciones especiales: VIH y oncológicos.
- Reevaluación del rol de suplementos dietéticos.

- Factor de RCV **independiente** del LDLc
- Riesgo significativo si **> 50 mg/dL (105 nmol/L)** (Clase IIa, Nivel B) $\Rightarrow$ incremento lineal
- 90 % del valor es **genético**
- Medir al menos **1 vez en la vida** (Clase IIa, Nivel B).
- No estudiada reducción necesaria para $\downarrow$ RCV
- Nuevas terapias en investigación: **Olpasiran, Pelacarsen, SLN360**:
 - ARN de interferencia
 - Reducción Lp(a): 80–98 % . Sin efecto directo sobre LDLc
 - Ensayos en curso.



SCA y estenosis
aórtica

EAP e ICC

Ictus y
mortalidad
CV global

Influencia de la Lp(a)

Antonia



- Mujer
- 52 años
- No fumadora
- TA: 136/84 mmHg sin tto
- CT: 253 mg/dL
- HDLc: 42 mg/dL
- LDLc: 148 mg/dL
- Peso: 77 kg
- Talla: 156 cm

Juana

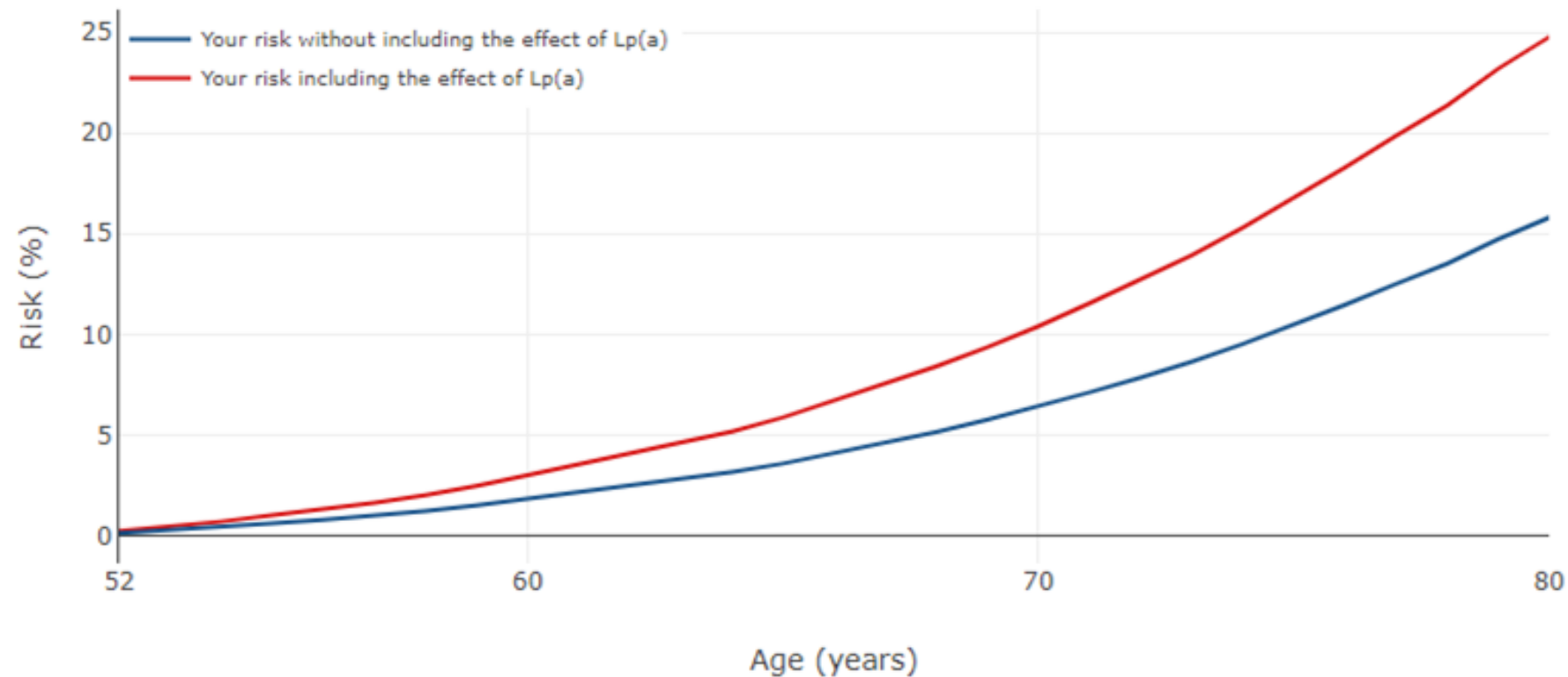


- Mujer
- 52 años
- No fumadora
- TA: 136/84 mmHg sin tto
- CT: 253 mg/dL
- HDLc: 42 mg/dL
- LDLc: 148 mg/dL
- Peso: 77 kg
- Talla: 156 cm
- Lp(a): 86,8 mg/dL

Score2: 2,9 %

Influencia de la Lp(a)

Your risk of having a heart attack or stroke



Your risk of having a heart attack or stroke up to age 80 is:

15.8%

Antonia

With an Lp(a) level of 86.8 mg/dL, your estimated risk of having a heart attack or stroke up to age 80 changes from 15.8% to:

24.8%

Juana

- Estratificación del riesgo con Score2 y Score2-OP y modificadores de riesgo.
- Umbrales claros de inicio de farmacoterapia en prevención primaria.
- Posicionamiento de las nuevas terapias.
- Estrategia en síndromes coronarios agudos.
- Lp(a).
- **Manejo actualizado de la hipertrigliceridemia.**
- Estrategias en poblaciones especiales: VIH y oncológicos.
- Reevaluación del rol de suplementos dietéticos.

- 
- **Estatinas:** primera línea en alto y muy alto RCV (Clase I, Nivel A).
 - **Icosapento de etilo:**
 - Indicación: TG 135–499 mg/dL en alto o muy alto RCV pese a estatinas.
 - Evidencia: REDUCE-IT mostró reducción de eventos CV (Clase IIa, Nivel B).
 - **Omega-3:** STRENGTH no demostró reducción del MACE ? se sustituyen por icosapento de etilo
 - **Volanesorsén:**
 - Oligonucleótido inhibidor de síntesis de apo-CIII
 - Indicación: hiperquilomicronemia familiar con TG > 750 mg/dL,
 - Eficacia: ↓ de TG del 77 % (Clase IIa, Nivel B)
 - **Fibratos:**
 - Evidencia: beneficio limitado en eventos (PROMINENT)
 - Indicación: hiperTG severa (Clase IIb, Nivel C)

- Estratificación del riesgo con Score2 y Score2-OP y modificadores de riesgo.
- Umbrales claros de inicio de farmacoterapia en prevención primaria.
- Posicionamiento de las nuevas terapias.
- Estrategia en síndromes coronarios agudos.
- Lp(a).
- Manejo actualizado de la hipertrigliceridemia.
- **Estrategias en poblaciones especiales: VIH y oncológicos.**
- Reevaluación del rol de suplementos dietéticos.

PERSONAS CON VIH

- Riesgo duplicado de ECV.
- Evidencia: REPRIEVE (2023) pitavastatina ↓ MACE 35 %.
- Recomendación: **estatinas desde 40 años, independientemente de LDLc** (Clase I, Nivel B).

PACIENTES ONCOLÓGICOS

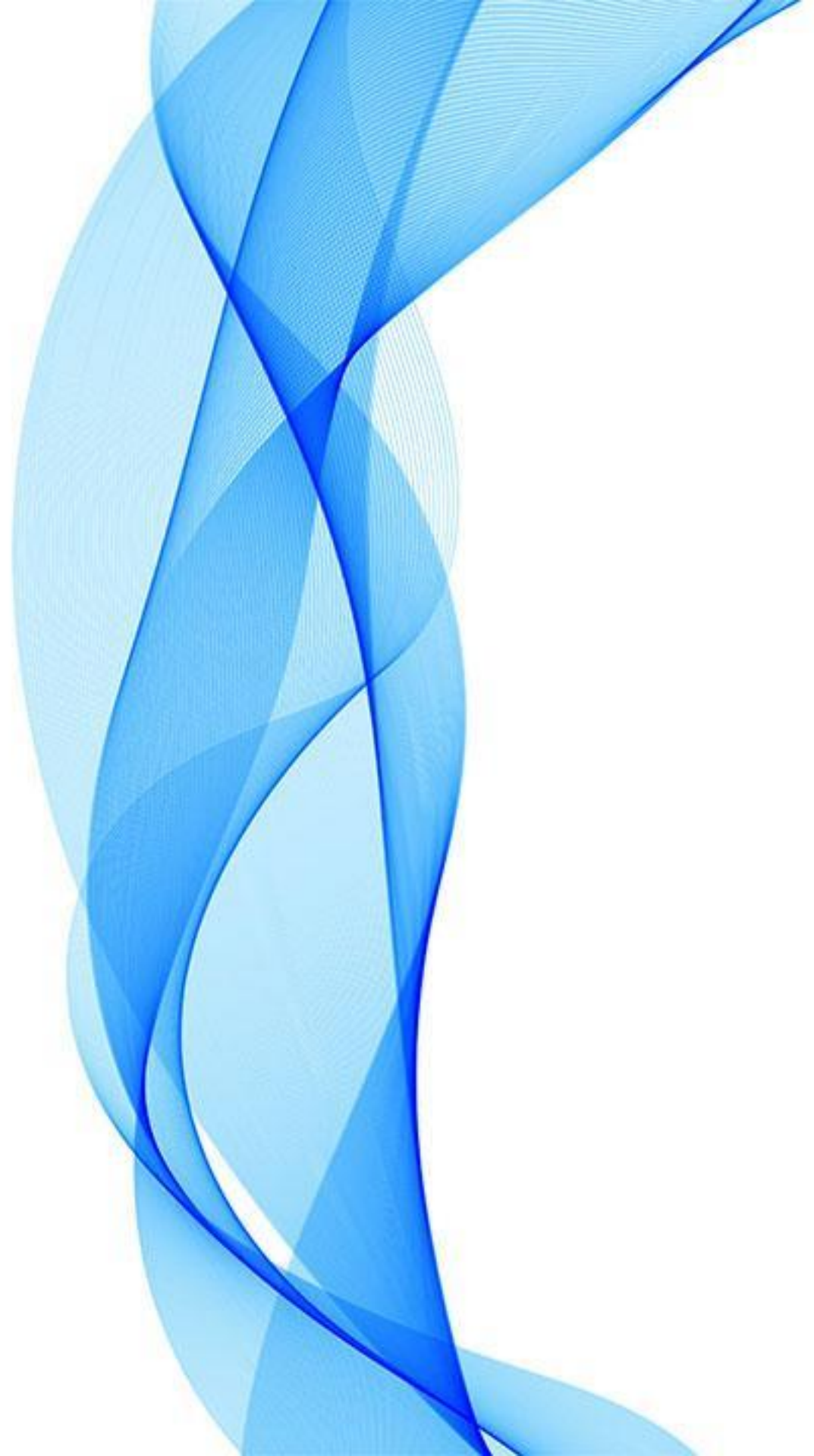
- Evidencia: STOP-CA (2022) atorvastatina 40 mg/día ↓ riesgo de cardiotoxicidad por antraciclinas.
- Recomendación: considerar **estatinas en pacientes con antraciclinas**, independientemente de su LDLc (Clase IIa, Nivel B).

- Estratificación del riesgo con Score2 y Score2-OP y modificadores de riesgo.
- Umbrales claros de inicio de farmacoterapia en prevención primaria.
- Posicionamiento de las nuevas terapias.
- Estrategia en síndromes coronarios agudos.
- Lp(a).
- Manejo actualizado de la hipertrigliceridemia.
- Estrategias en poblaciones especiales: VIH y oncológicos.
- **Reevaluación del rol de suplementos dietéticos.**



SUPLEMENTOS DIETÉTICOS

- No recomendados para reducir RCV (Clase III, Nivel B).
- **Fitosteroles:** reducen LDLc 10 % sin beneficio clínico demostrado.
- **Monacolinas de arroz rojo:** limitadas en UE por seguridad





GRACIAS