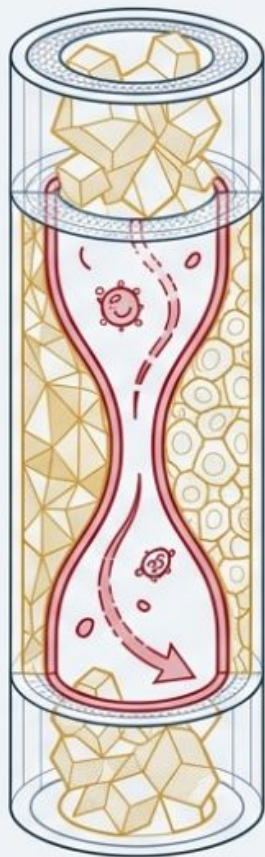


VASO SANO



VASO OBSTRUIDO

El manejo de las dislipemias según la Actualización de 2025 de la Guía ESC 2019.

Andrea Díaz Freire
Centro de Salud Elviña-Mesoiro
R4 Medicina de Familia y Comunitaria.

ÍNDICE:



1. Novedades 2025.
2. ¿Por qué la dislipemia?
 - a. Concepto.
 - b. Aterosclerosis.
3. Estratificación del riesgo cardiovascular.
 - a. Objetivos terapéuticos del riesgo cardiovascular.
 - b. Modificadores del riesgo cardiovascular.
4. Tratamiento.
 - a. Medidas no farmacológicas.
 - b. Terapia farmacológica base.
 - c. Nuevos fármacos: Ácido Bempedoico.
 - d. Nuevos fármacos: inhibidores de la PCSK9.
 - e. Nuevos fármacos en estudio.
5. Novedades y cambios a tener en cuenta.
 - a. Síndrome coronario agudo: actuar rápido y decisivo.
 - b. El peligro oculto: lipoproteína A.
 - c. Poblaciones especiales: VIH y prevención primaria.
6. Algoritmo unificado de manejo lipídico 2025.
7. Conclusiones.
8. Bibliografía.

NOVEDADES 2025:



Redefinición del Riesgo

Transición a SCORE2 y SCORE2-OP (hasta los 89 años) y reclasificación mediante biomarcadores y pruebas de imagen.



Cuanto más bajo y temprano, mejor

Mantenimiento de los estrictos objetivos de cLDL según el riesgo absoluto, priorizando la intervención temprana y proactiva.



Expansión del Arsenal

Incorporación del Ácido Bempedoico y consolidación de las terapias combinadas como estándar de oro para alcanzar objetivos.



Acción Inmediata en Agudos

Abandono de la estrategia escalonada en el Síndrome Coronario Agudo (SCA) a favor de una terapia combinada intensiva desde la hospitalización.

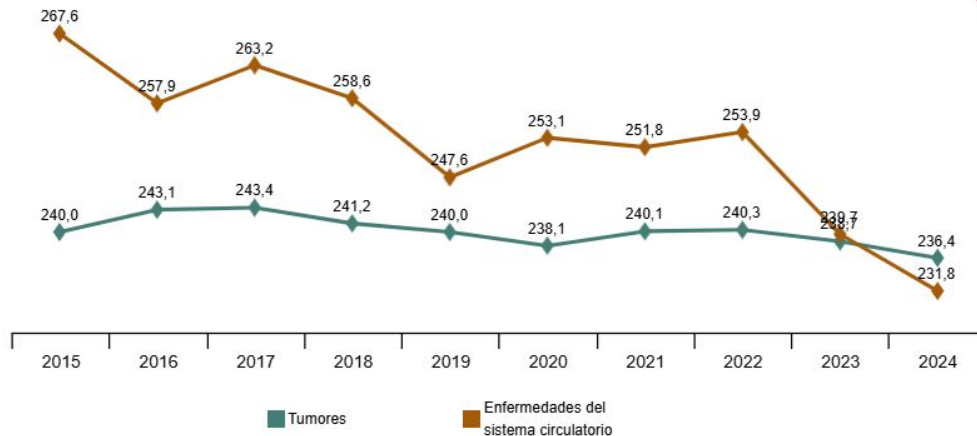
¿Por qué la dislipemia?

- La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbimortalidad en los países desarrollados.

- ESPAÑA: segunda causa de muerte.
 - Tumores (26,6%).
 - Enfermedades cardiovasculares (26,1%).
- En 2024 Galicia aumento un 1,9% los fallecimientos por ECV.

- Factor de riesgo MODIFICABLE más prevalente: **DISLIPEMIA**.

Defunciones por tumores y por enfermedades del sistema circulatorio. Año 2015-2024
Tasas por 100.000 habitantes



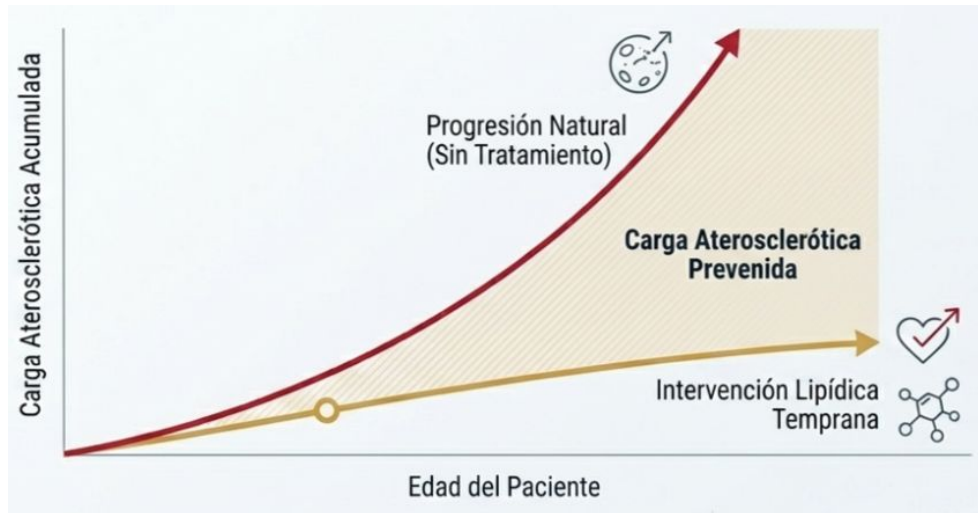
CONCEPTO:



“La dislipemia se caracteriza por alteraciones cuantitativas y/o cualitativas de las lipoproteínas plasmáticas constituidas principalmente por el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL), el colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) y los triglicéridos.”

ATEROESCLEROSIS:

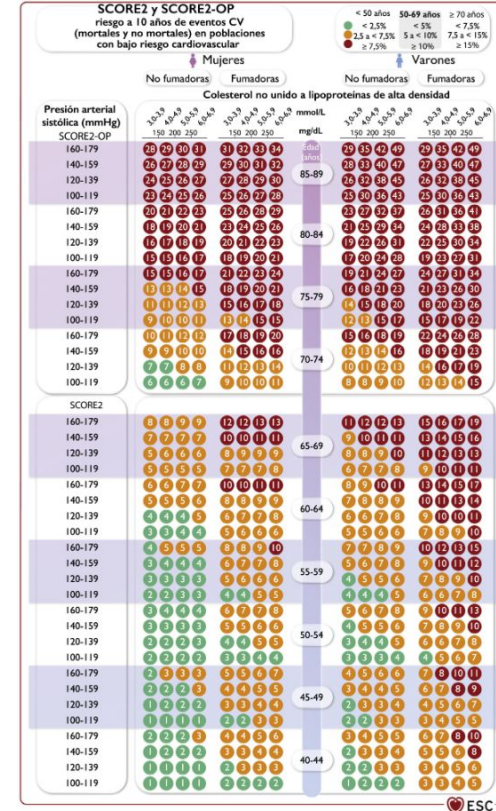
- La exposición constante a cifras elevadas de cLDL favorece el depósito lipídico en la pared arterial lo que desencadena una respuesta inflamatoria crónica y la formación de la placa aterosclerótica que obstruye el paso del flujo sanguíneo.



- EL C-LDL NO ES SOLO UN FACTOR DE RIESGO, ES CAUSA DIRECTA.**
- FACTOR TIEMPO:** la exposición acumulada a c-LDL \uparrow aumenta el riesgo de ECVA. Reducir los niveles de forma temprana disminuye el riesgo y mitiga la progresión de la aterosclerosis.

Estratificación del riesgo cardiovascular:

- **Riesgo cardiovascular (RCV):** riesgo de presentar un evento cardiovascular en 10 años.
- **Factores de riesgo:**
 - Modificables: **DISLIPEMIA**, HTA, DM2, tabaco, obesidad, alcohol, sedentarismo.
 - No modificables: sexo, edad, trastornos genéticos, historia familiar.
- Estratificación mediante el uso **SCORE2**, **SCORE2-OP**, **SCORE2-Diabetes**.



Evolución de la Predicción: Transición a SCORE2

El Pasado (SCORE)

- ✗ Basado en el colesterol total.
- ✗ Predecía solo eventos cardiovasculares mortales.
- ✗ Limitado a pacientes menores de 70 años.

**Mayor Precisión
Diagnóstica**

El Estándar 2025 (SCORE2 / SCORE2-OP)

- ✓ Utiliza colesterol no-HDL (medida más precisa de carga aterogénica).
- ✓ Estima el riesgo a 10 años de eventos mortales y no mortales (multiplicador 2x respecto al anterior).
- ✓ Calibrado para cuatro regiones geográficas según su riesgo base.
- ✓ La versión SCORE2-OP extiende la validez a personas de hasta 89 años.

Estratificación del riesgo cardiovascular:

- **Bajo riesgo:** Un SCORE2 o SCORE2-OP calculado $< 2\%$
- **Riesgo moderado:** Personas con cualquiera de los siguientes:
 - Diabéticos jóvenes (DMT1 < 35 años; DMT2 < 50 años) con DM de < 10 años de duración, sin otros factores de riesgo.¹
 - Un SCORE2 o SCORE2-OP calculado $\geq 2\%$ y $< 10\%$.
- **Alto riesgo:** Personas con cualquiera de los siguientes:
 - Factores de riesgo individuales muy elevados: colesterol total > 310 mg/dl, cLDL > 190 mg/dl o PA $\geq 180/110$ mmHg.
 - Pacientes con hipercolesterolemia familiar sin otros factores importantes de riesgo.
 - Pacientes con DM sin daño de órganos diana, con DM de ≥ 10 años de duración u otro factor adicional de riesgo.
 - ERC moderada (TFGe 30-59 ml/min/1,73 m²).
 - Un SCORE2 o SCORE2-OP calculado $\geq 10\%$ y $< 20\%$.



Estratificación del riesgo cardiovascular:

- **Muy alto riesgo:** Personas con cualquiera de los siguientes:
 - ECVA documentada: incluye SCA previo, síndrome coronario crónico, revascularización coronaria, ictus y AIT y enfermedad arterial periférica.
 - ECVA confirmada por imagen: presencia de placa significativa (estenosis > 50%) o un score de calcio coronario en el TACb > 300.
 - Diabetes mellitus con daño de órganos diana, con al menos tres factores de riesgo cardiovascular asociados o aparición temprana de DMT1 de larga duración (> 20 años).
 - Enfermedad renal crónica severa (ERC) (TFGe < 30 ml/min/1,73 m²).
 - Hipercolesterolemia familiar con ECVA u otro factor de riesgo cardiovascular asociado.
 - Un SCORE2 o SCORE2-OP calculado $\geq 20\%$.



Estratificación del Riesgo Cardiovascular Total

Riesgo Bajo



SCORE2 < 2%



EAS Gold

Riesgo Moderado



SCORE2 2% - < 10% |
DM joven (< 10 años) sin
otros factores.



Riesgo Alto



SCORE2 10% - < 20% |
CT > 310 mg/dL o
cLDL > 190 mg/dL |
HF sola |
ERC moderada (FGe 30-59).

ESC Red

Riesgo Muy Alto



- ECVA documentada (clínica o imagen).
- SCORE2 \geq 20%.

Nota: ECVA por imagen incluye placa significativa en TAC o Eco.

- ERC grave (FGe < 30).
- Hipercolesterolemia Familiar con ECVA.
- DM con daño de órgano diana o \geq 3 factores de riesgo mayores.

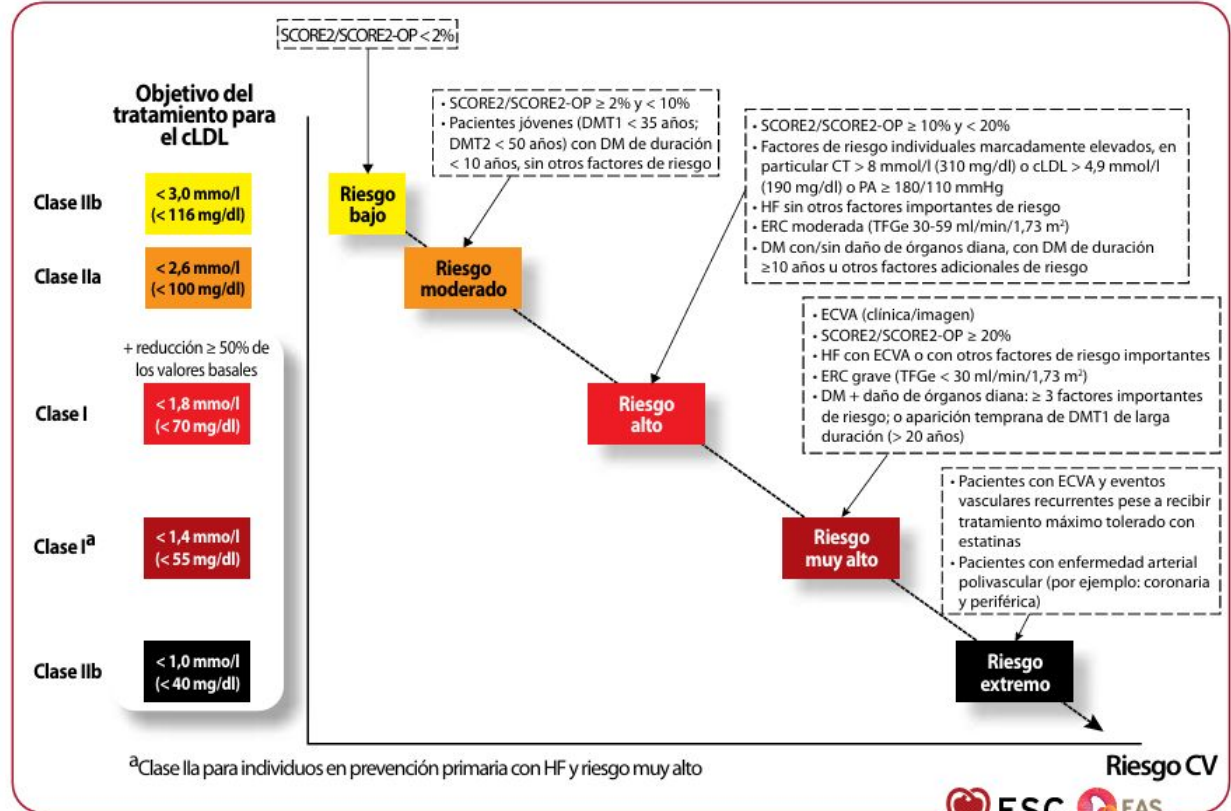
Estratificación del riesgo cardiovascular:

- **Riesgo extremo:** Personas con cualquiera de los siguientes:
 - ECVA y eventos vasculares recurrentes pese a recibir tratamiento máximo tolerado con estatinas.
 - Un solo evento cardiovascular asociado a al menos 2 de las siguientes situaciones:
 - Síndrome coronario agudo en paciente joven (varón/mujer < 55/65 años).
 - Revascularización coronaria previa.
 - Diabetes mellitus.
 - Enfermedad renal crónica moderada-severa (FG <44 ml/min/1,73m²) o albúmina/creatinina >30 mg/gr en orina.
 - Enfermedad polivascular (por ejemplo coronaria y periférica).
 - Lipoproteína A > 50mg/dl.



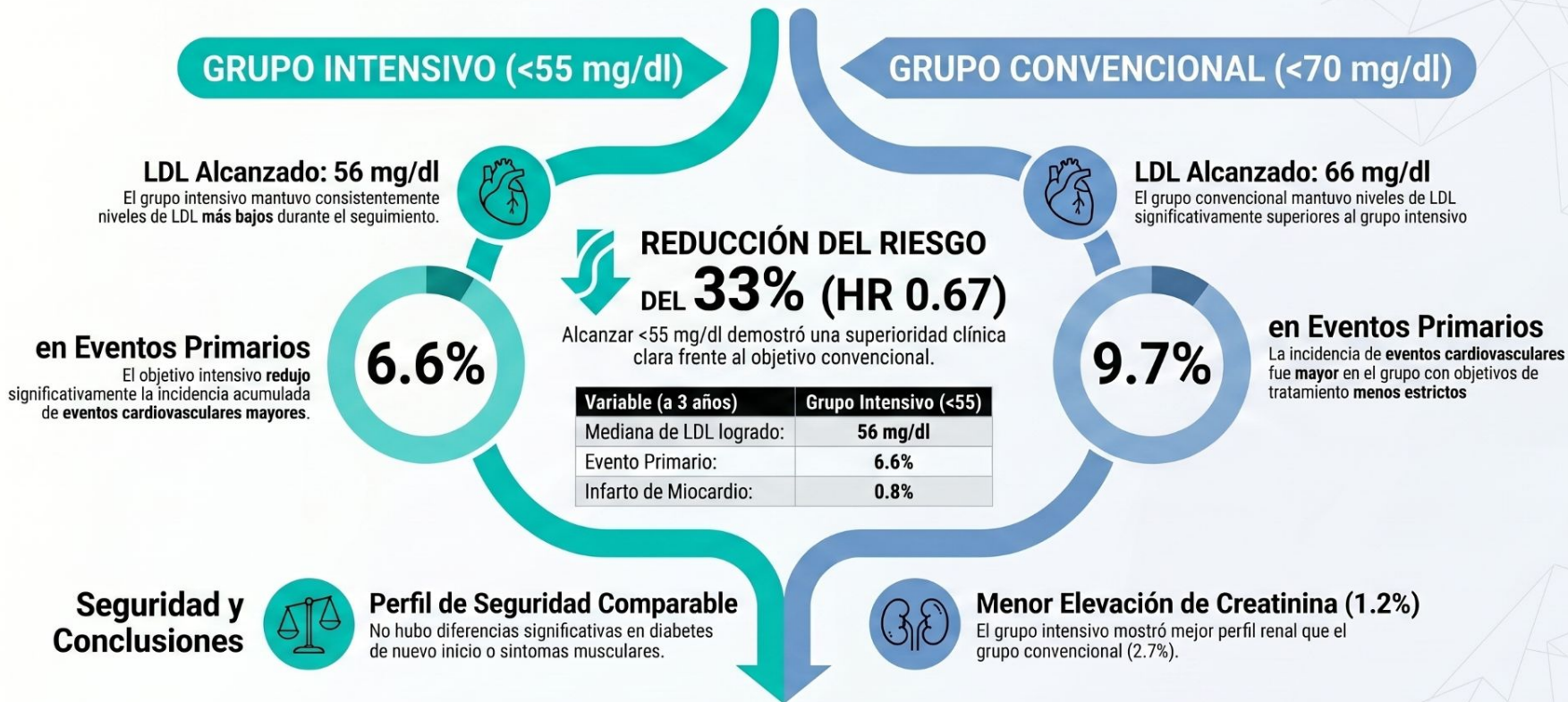
Objetivos terapéuticos según el RCV:

- **Bajo:** <116 mg/dl.
- **Moderado:** <100mg/dl.
- **Alto:** <70mg/dl.
- **Muy alto:** <55 mg/dl.
- **Extremo:** <40mg/dl.



Estudio Ez-PAVE: ¿Es Mejor un Objetivo de LDL <55 mg/dl para Pacientes con ASCVD?

El estudio comparó la eficacia de dos objetivos de colesterol LDL en 3,048 pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD) durante 3 años.



CONCLUSIÓN: Intensivo es Superior

El objetivo <55 mg/dl es más eficaz para la prevención cardiovascular secundaria.

Modificadores de Riesgo: Más Allá del Algoritmo

Herramienta crucial para reclasificar a pacientes en riesgo moderado o en umbrales de decisión (Clase IIa).

EAS Gold
Riesgo Moderado



Imagen y Calcio (Novedad Clave)

Score de Calcio Coronario (CAC) > 300 o presencia de placa carotídea/femoral significativa. Reclasifica el riesgo al alza independientemente del cLDL.



Inflamación y Biomarcadores

Niveles persistentemente elevados de PCR-us (> 2 mg/L) o Lipoproteína(a) (> 50 mg/dL (> 105 nmol/L)).



Factores Clínicos

Historia familiar prematura, condiciones autoinmunes / inflamatorias crónicas, obesidad, preeclampsia o VIH.

TRATAMIENTO:

- **MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS:**

- Dieta cardiosaludable:
 - Reducción en el consumo de grasas.
 - Consumo elevado de fibra, vegetales y pescado.
- Ejercicio físico de forma regular.
- Evitar el sedentarismo.
- Deshabituación tabáquica.



- Los suplementos dietéticos, aunque algunos preparados (levadura roja de arroz), han demostrado una disminución en los lípidos, no han demostrado que esto traduzca en un beneficio clínico real para el paciente

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO BASE:

- Estatinas:
 - Alta intensidad: Rosuvastatina y Atorvastatina.
 - Moderada intensidad: Simvastatina, Pitavastatina, Pravastatina y Lovastatina.
 - Baja intensidad: Fluvastatina.
- Ezetimiba.

EZETIMIBA (mg)	FLUVASTATINA (mg)	PRAVASTATINA (mg)	LOVASTATINA (mg)	SIMVASTATINA (mg)	PITAVASTATINA (mg)	ATORVASTATINA (mg)	ROSUVASTATINA (mg)	↓ cLDL (%)	
10								15-20	
	20	10						20-24	
	40	20	20	10				25-29	
	80	40			20	1			30-34
			40	40	2	10			35-39
					80	4	20	5	40-44
	F40 + E	P20 + E	L20 + E	S10 + E	P11 + E	40	10	44-50	
	F80 + E	P40 + E	L40 + E	S20 + E	Pi2 + E	A10+E/ 80	R5 + E/ 20	50-55	
							A20 + E	R10+ E/ 40	55-60
							A40 + E	R20 + E	> 60
							A80 + E	R40 + E	

Terapia reductora de colesterol de alta intensidad

La Matriz de Intervención: Riesgo vs. cLDL Basal

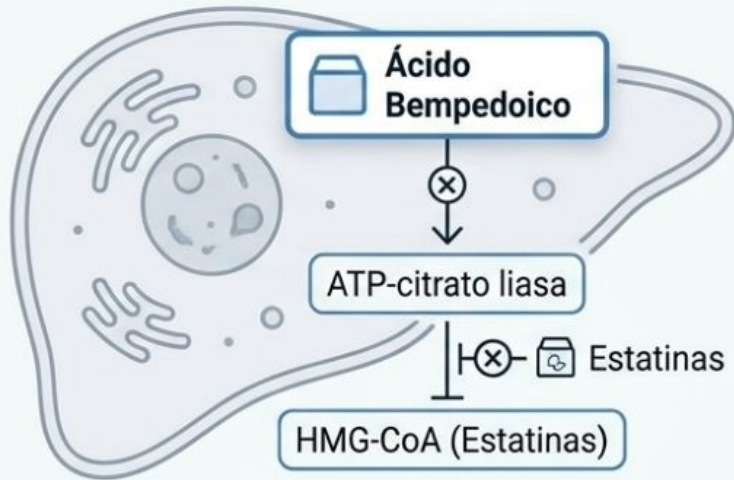
		< 55	55-70	70-100	100-116	116-190	≥ 190 mg/dL cLDL Basal (mg/dL)
Riesgo Cardiovascular Total	Bajo	Estilo de vida	Estilo de vida	Estilo de vida	Estilo de vida	Estilo de vida + Fármaco (si no controla)	
	Moderado	Estilo de vida	Estilo de vida	Estilo de vida	Estilo de vida + Fármaco (si no controla)	Estilo de vida + Fármaco (si no controla)	
	Alto	Estilo de vida	Estilo de vida	Estilo de vida + Fármaco (si no controla)	Estilo de vida + Fármaco concomitante	Estilo de vida + Fármaco concomitante	Estilo de vida + Fármaco concomitante
	Muy Alto (Primaria)	Estilo de vida + Fármaco (si no controla)	Estilo de vida + Fármaco concomitante	Estilo de vida + Fármaco concomitante	Estilo de vida + Fármaco concomitante	Estilo de vida + Fármaco concomitante	Estilo de vida + Fármaco concomitante
	Muy Alto (Secundaria)				Estilo de vida + Fármaco concomitante	Estilo de vida + Fármaco concomitante	Estilo de vida + Fármaco concomitante



OBJETIVO CRÍTICO (Riesgo Muy Alto):
cLDL < 55 mg/dL (< 1,4 mmol/L)
 Y una reducción $\geq 50\%$ del valor basal.

NUEVOS FÁRMACOS: ÁCIDO BEMPEDOICO 180mg/día.

Mechanism of Action



Mecanismo: Inhibidor de ATP-citrato liasa. Profármaco activado en el hígado, no en músculo esquelético (evita mialgias).

Clinical Evidence & Details

El Ensayo: CLEAR OUTCOMES (13,970 pacientes)

EAS Gold

-13% MACE

Reducción en eventos
adversos CV mayores

ESC Red

-38% cLDL

En combinación con
ezetimiba



Indicación Clínica (Clase I): Recomendado en pacientes intolerantes a estatinas.



Consideración: Puede producir aumento leve del ácido úrico. Precaución en gota.

NUEVOS FÁRMACOS: INHIBIDORES DE LA PCSK9.

- **ALIROCUMAB Y EVOLOCUMAB:**

- Anticuerpos monoclonales que inhiben la proteína PCSK9, responsable de la degradación de los receptores de LDL en el hígado. Aumentan el número de receptores para degradar c-LDL logrando reducciones del 50-60%.
- Vía SC.
- Hipercolesterolemia familiar.






- **INCLISIRAN:**

- ARN de interferencia, inhibe la síntesis hepática de PCSK9.
- Reducciones del 50% del c-LDL.
- Vía SC. Larga duración → Administración semestral.
- Precio muy elevado.

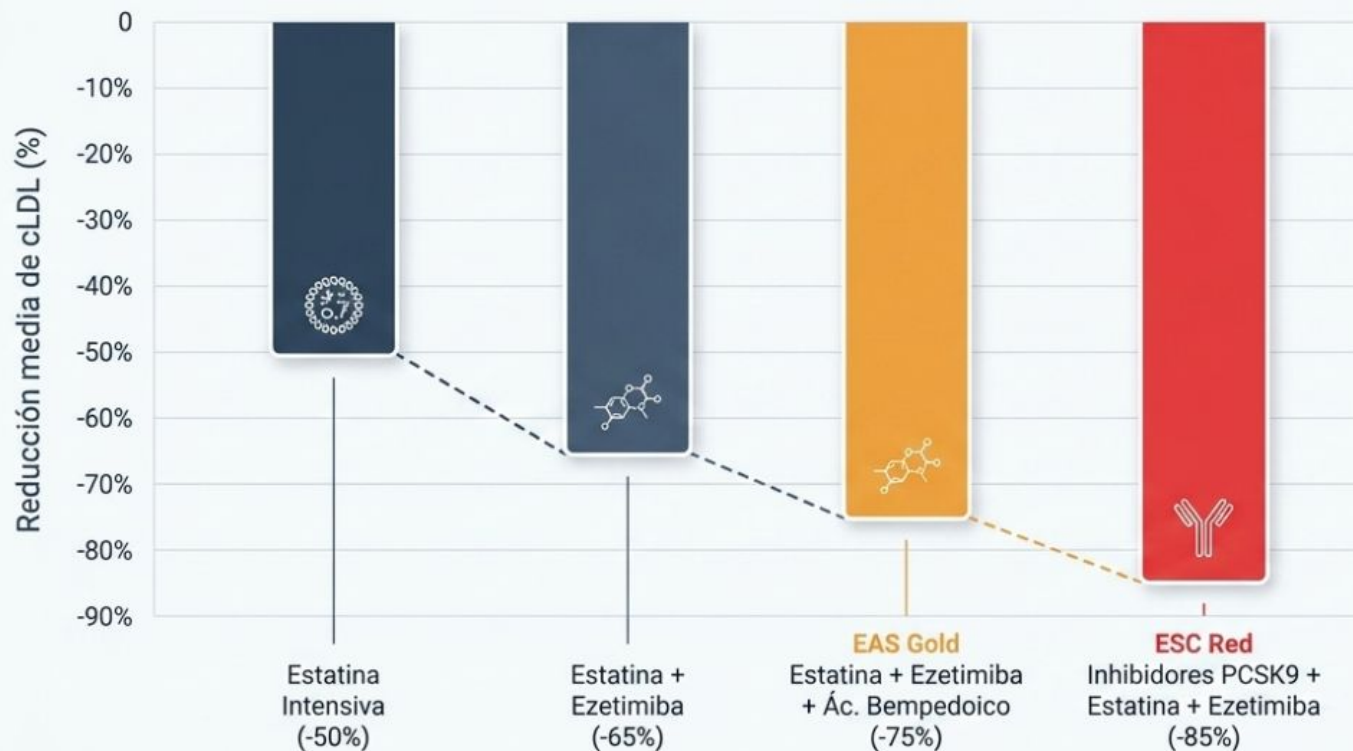


NUEVOS FÁRMACOS EN ESTUDIO:

Pharmacological Arsenal Matrix			
Fármaco	Indicación Clínica	Mecanismo de Acción	Efecto Clave
 Evinacumab	Hipercolesterolemia Familiar Homocigótica (HoFH) \geq 5 años.	Anticuerpo monoclonal anti-ANGPTL3.	Reducción de cLDL \sim 50% independientemente del receptor LDL (Clase IIa).
 Icosapento de Etilo	Riesgo Alto/Muy Alto con Triglicéridos elevados (135-499 mg/dL) a pesar de estatinas.	Éster etílico de EPA altamente purificado.	Ensayo REDUCE-IT: Reduce significativamente el riesgo de eventos CV (Clase IIa).
 Volanesorsén	Síndrome de Quilomicronemia Familiar (Triglicéridos $>$ 750 mg/dL).	Oligonucleótido antisentido anti-ApoC-III.	Disminuye el riesgo de pancreatitis. (Requiere monitorizar trombocitopenia).

La Cascada de Reducción Lipídica: El Poder de la Combinación

Si no se alcanza el objetivo con estatinas, la combinación es el estándar obligatorio.



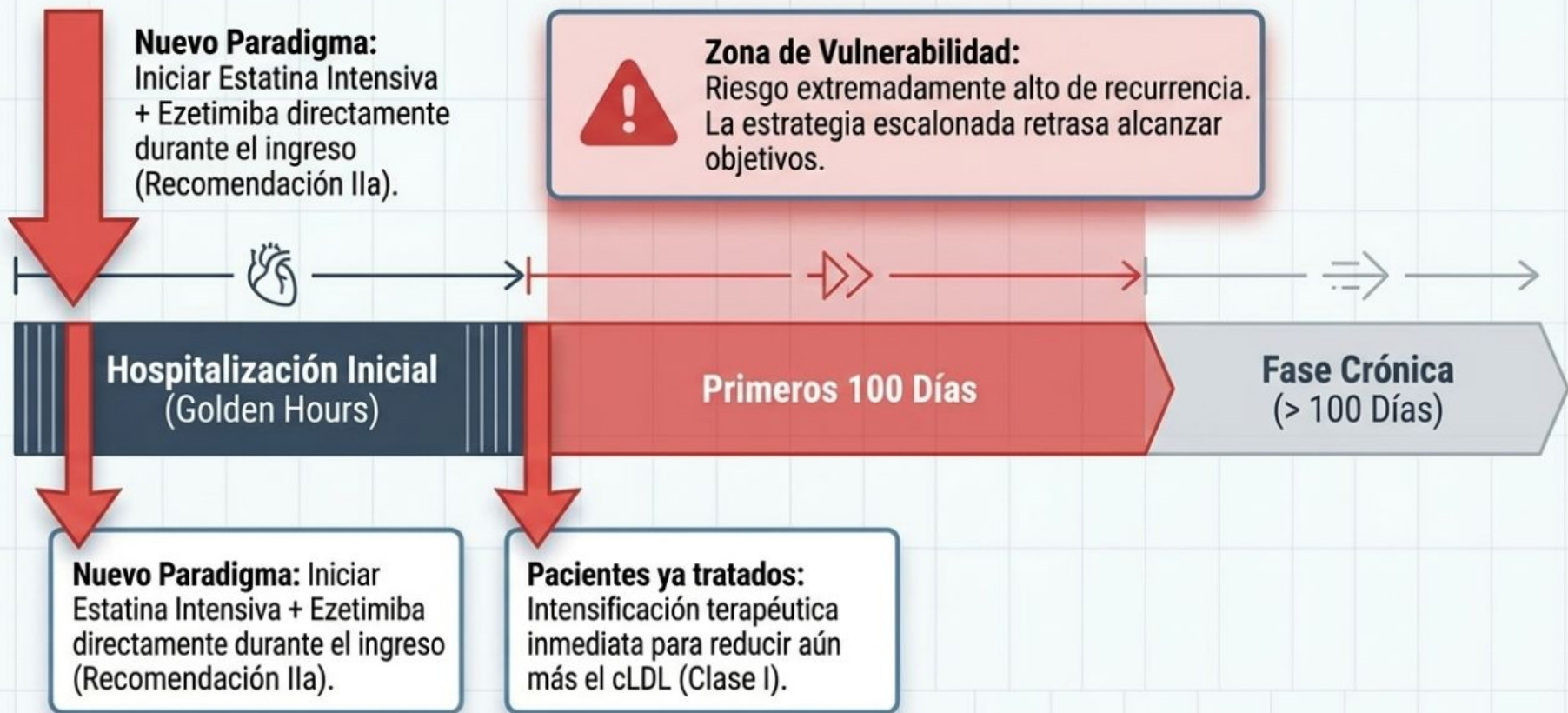
La variabilidad interindividual exige adaptar el tratamiento.

Las terapias aditivas logran descensos del 85%.

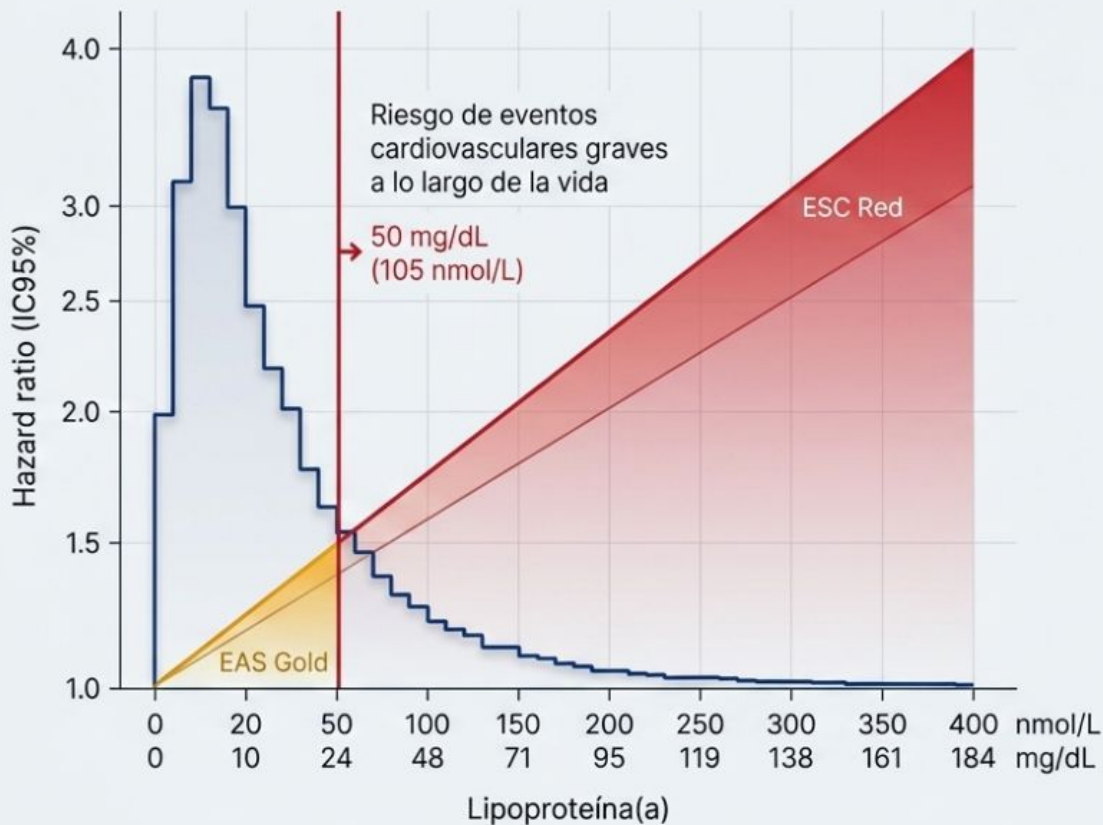
¡NOVEDADES Y CAMBIOS A TENER EN CUENTA!



Síndrome Coronario Agudo: Actuar Rápido y Decisivo



El Peligro Oculto: Lipoproteína(a)



Causa Genética

Es una causa directa de ECVA y estenosis aórtica (>90% hereditaria).



El Umbral Crítico

Niveles > 50 mg/dL actúan como potenciador mayor del riesgo CV (Presente en ~20% de la población).



Protocolo Clínico

Medir al menos una vez en la vida. Exige una reducción mucho más agresiva del cLDL de fondo.

Poblaciones Especiales: VIH y Prevención Primaria

Clinical Trial Spotlight Card

El Problema: Las personas con VIH tienen el doble de riesgo de ECVA debido a inflamación crónica y dislipemia inducida por antirretrovirales.

**-35%
MACE**

Ensayo REPRIEVE: Demostró que la Pitavastatina (4 mg/día) reduce eventos CV mayores en un 35% en prevención primaria.

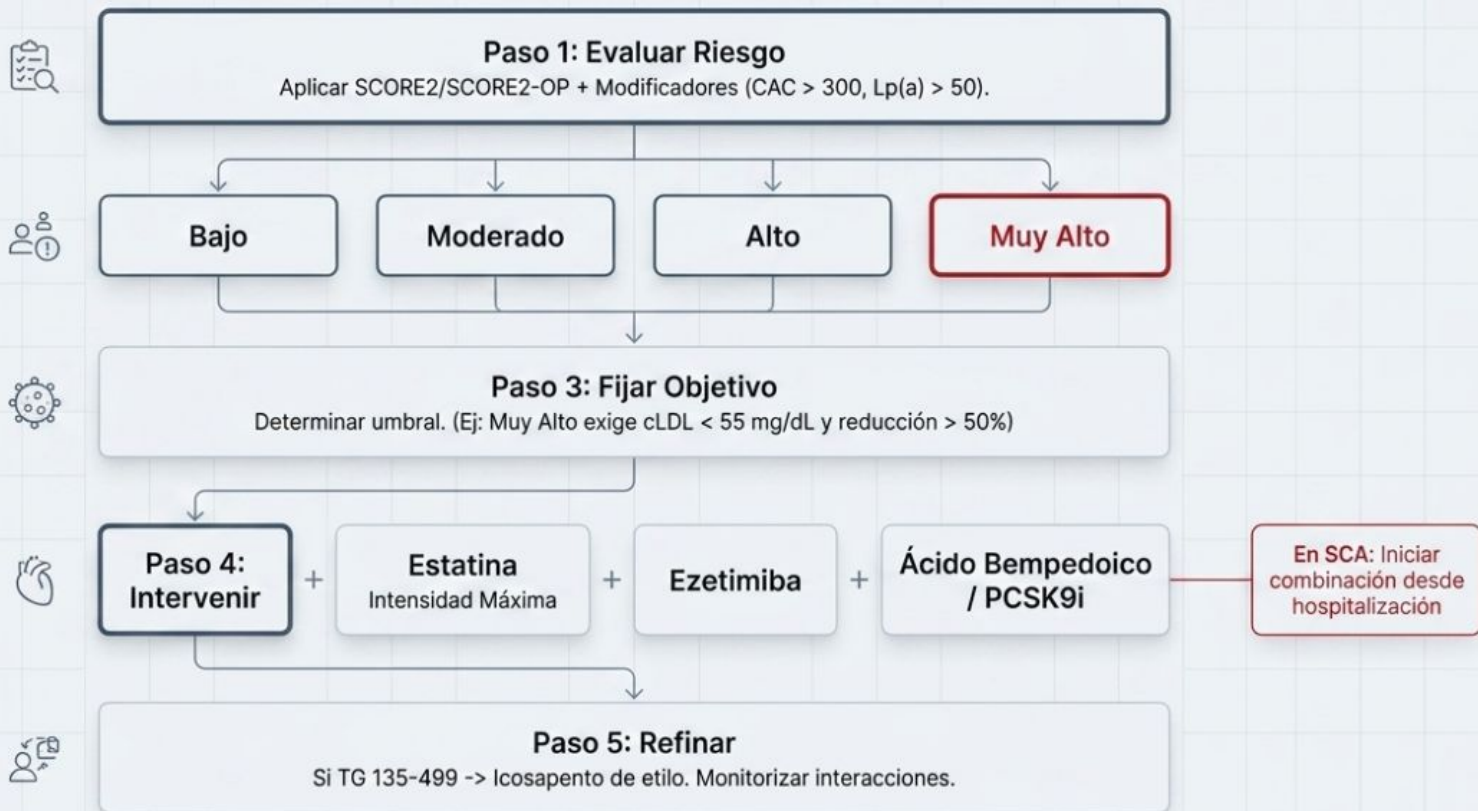
Nueva Recomendación (Clase I): Se recomienda iniciar estatinas en pacientes con VIH \geq 40 años para alcanzar objetivos de riesgo alto. Vigilar interacciones con el tratamiento antirretroviral (TAR).



PARA RESUMIR....



Algoritmo Unificado de Manejo Lipídico 2025



Conclusiones Clave: El Paradigma 2025



1. Riesgo de Precisión

El sistema SCORE2 y los modificadores (Score de Calcio, Lp(a)) son esenciales para desenmascarar el riesgo real en pacientes aparentemente moderados.



2. Más Temprano, Más Bajo

La exposición acumulada importa. La intervención agresiva temprana cambia radicalmente la trayectoria de la enfermedad de por vida.



3. La Era de la Combinación

No tema combinar terapias. Si las estatinas no logran el objetivo, el ezetimiba, ácido bempedoico y los iPCSK9 son de primera línea.



4. Choque en Agudos

En el Síndrome Coronario Agudo, la ventana de 100 días exige iniciar terapia combinada intensiva directamente durante el ingreso hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA:



1. Eur Heart J. - 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias.
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones según la causa de muerte. Año 2024. Datos provisionales [Internet]. Madrid: INE; 23 jun 2025 [citado 2026 Feb 11]. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2024.htm>
3. Lee YJ, Lee SJ, Kim JW, Lee SH, Kim GS, Park JH, et al. Intensive LDL Cholesterol Targeting in Atherosclerotic Cardiovascular Disease. N Engl J Med. 2026 Abr 9;394(14):1365-75. doi: 10.1056/NEJMoa2600283



**¡MUCHAS
GRACIAS!**