

GUÍAS ACTUALES SOBRE DISLIPIDEMIAS

BOCA DEL RÍO VERACRUZ, 2019



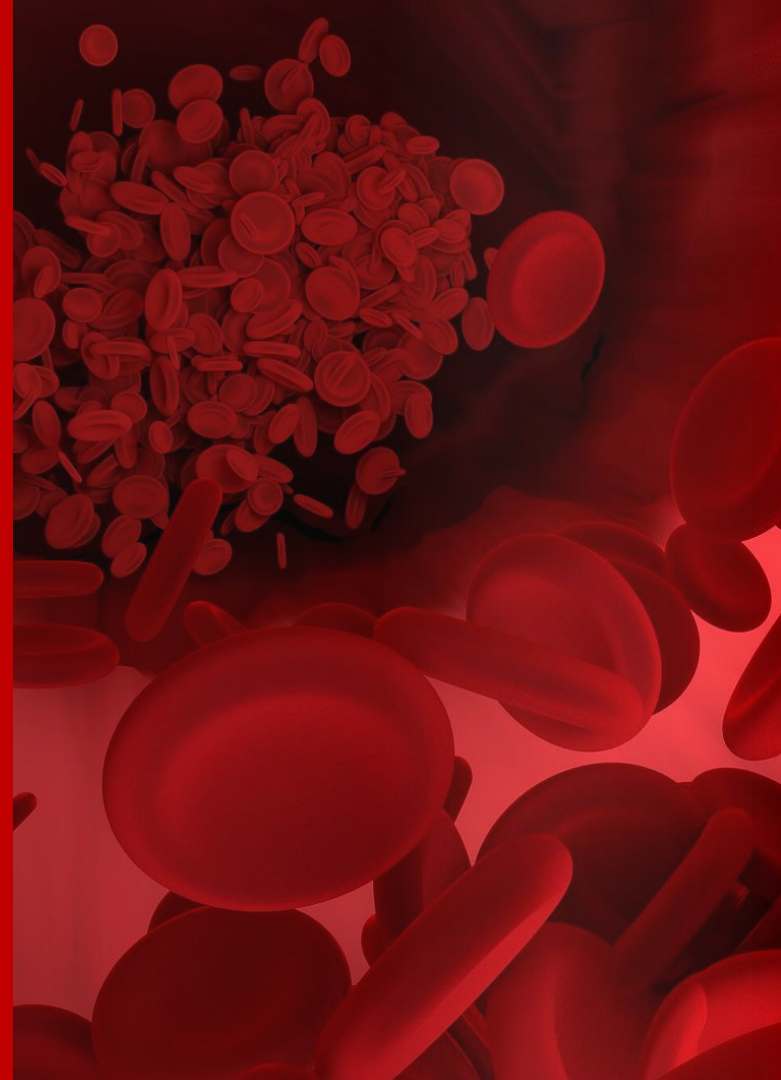
Bienvenidos



- ▶ **Dr. Roberto Perea Flores**
- ▶ Especialista en Medicina Integrada
- ▶ Director del Hospital General de Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo.
- ▶ Certificado por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A.C.
- ▶ Miembro del Colegio Mexicano de Especialistas en Medicina Integrada A.C.

PUNTOS A TRATAR

- ▶ Introducción
- ▶ Riesgo Cardiovascular
- ▶ Nuevas guías de Dislipidemias
- ▶ Objetivo terapéutico Colesterol LDL
- ▶ Conclusiones



INTRODUCCIÓN

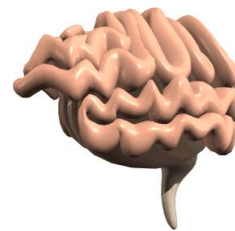
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MODIFICABLES

- Tabaquismo
- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus
- **DISLIPIDEMIA**
- Obesidad



ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

- Enfermedad Arterial Coronaria
- Evento Cerebrovascular
- Enfermedad Arterial Periférica



PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE A NIVEL MUNDIAL

5



17.5 millones

De muertes en el 2012

22.2 millones

Para el 2030

■ Cuadro 19

Porcentaje de adultos que reportaron haber recibido un diagnóstico médico previo de hipercolesterolemia.

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Número (Miles)	%	Número (Miles)	%	Número (Miles)	%
20 a 29 años	260.0	11.0	475.2	16.3	735.2	13.9
30 a 39 años	926.8	25.2	868.2	25.0	1 795.0	25.1
40 a 49 años	926.6	36.0	912.8	24.1	1 839.4	28.9
50 a 59 años	687.4	35.4	1 216.4	40.1	1 903.8	38.3
60 a 69 años	571.4	31.9	891.2	39.5	1 462.5	36.1
70 a 79 años	223.9	32.5	320.6	33.7	544.5	33.2
80 y más años	55.3	18.5	88.1	23.3	143.5	21.2
Total	3 651.3	27.4	4 772.6	28.4	8 423.9	28.0

Fuente: ENSANUT Medio Camino, 2016

Editorial

Las funciones de riesgo cardiovascular: utilidades y limitaciones

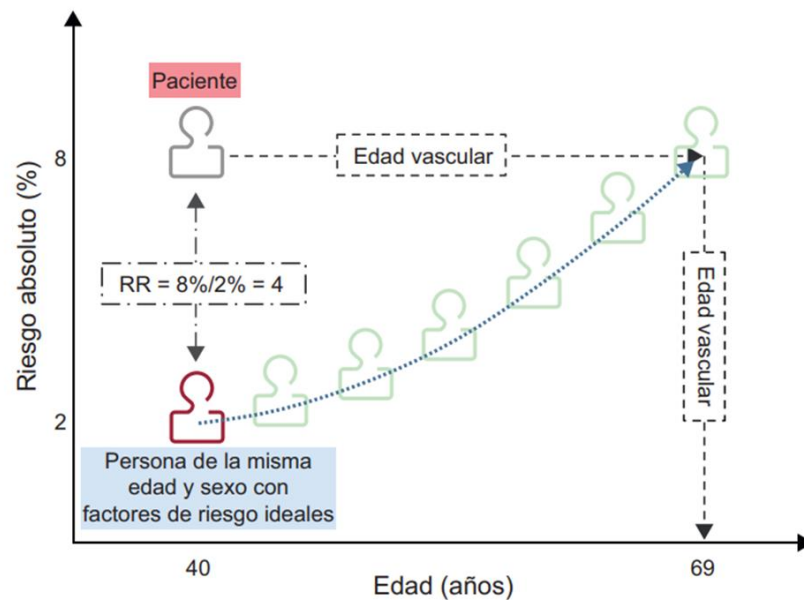
Cardiovascular Risk Functions: Usefulness and Limitations

Roberto Elosua*

Grupo de Epidemiología y Genética Cardiovascular, Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM), Barcelona, España

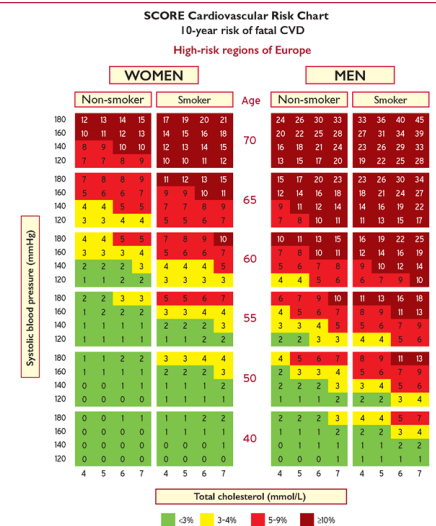
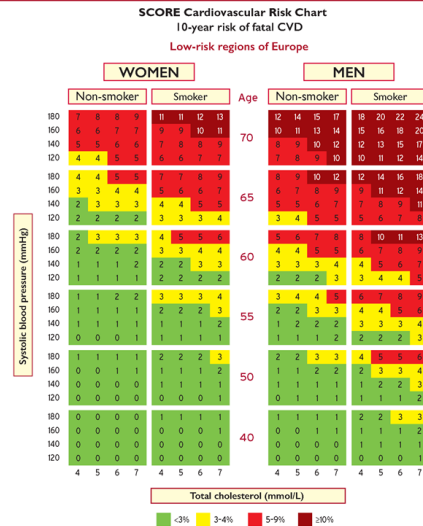


Historia del artículo:
On-line el 21 de diciembre de 2013



RIESGO CARDIOVASCULAR

- ▶ Funciones de Riesgo.
- ▶ Ecuaciones matemáticas que calculan la probabilidad que un individuo presente un evento cardiovascular.
- ▶ Riesgo cardiovascular Global.

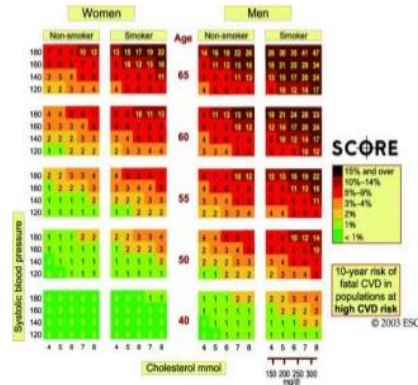


RIESGO CARDIOVASCULAR

Framingham Risk Calculator

- Age
- Gender
- Smoker
- Total cholesterol
- HDL-C
- Systolic BP
- HTN Rx

Calculates 10-year risk for
CHD death or nonfatal MI



High risk: > 20%
Intermediate risk: 10–20%
Low risk: < 10%



AMERICAN
COLLEGE of
CARDIOLOGY

ASCVD Risk Estimator Plus

Estimate Risk

Therapy Impact

Systolic Blood Pressure (mm Hg) *

Value must be between 90–200

Diastolic Blood Pressure (mm Hg) *

Value must be between 60–130

Total Cholesterol (mg/dL) *

Value must be between 130–330

HDL Cholesterol (mg/dL) *

Value must be between 20–100

LDL Cholesterol (mg/dL) *

Value must be between 30–300

History of Diabetes? *

☐ Yes ☐ No

Smoker? *

☐ Current ☐ Former ☐ Never

On Hypertension Treatment? *

☐ Yes ☐ No

On a Statin? *

☐ Yes ☐ No

On Aspirin Therapy? *

☐ Yes ☐ No

Ve a configuración para activar Windows.

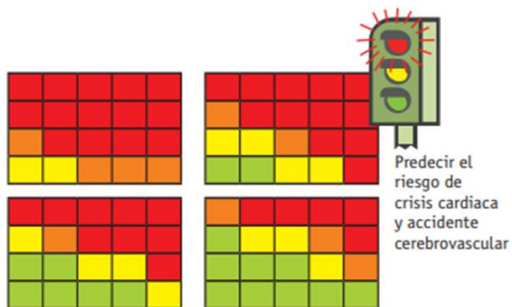
10 RIESGO CARDIOVASCULAR



Organización
Mundial de la Salud

Prevención de las enfermedades cardiovasculares

Guía de bolsillo para la estimación
y el manejo del riesgo cardiovascular



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION



World Health
Organization
REGIONAL OFFICE FOR THE AMERICAS



CARDIOVASCULAR RISK CALCULATOR



Enter your information and press Calculate

Gender:

Age:

Smoker:

Systolic blood pressure (mmHg):

Diabetes:

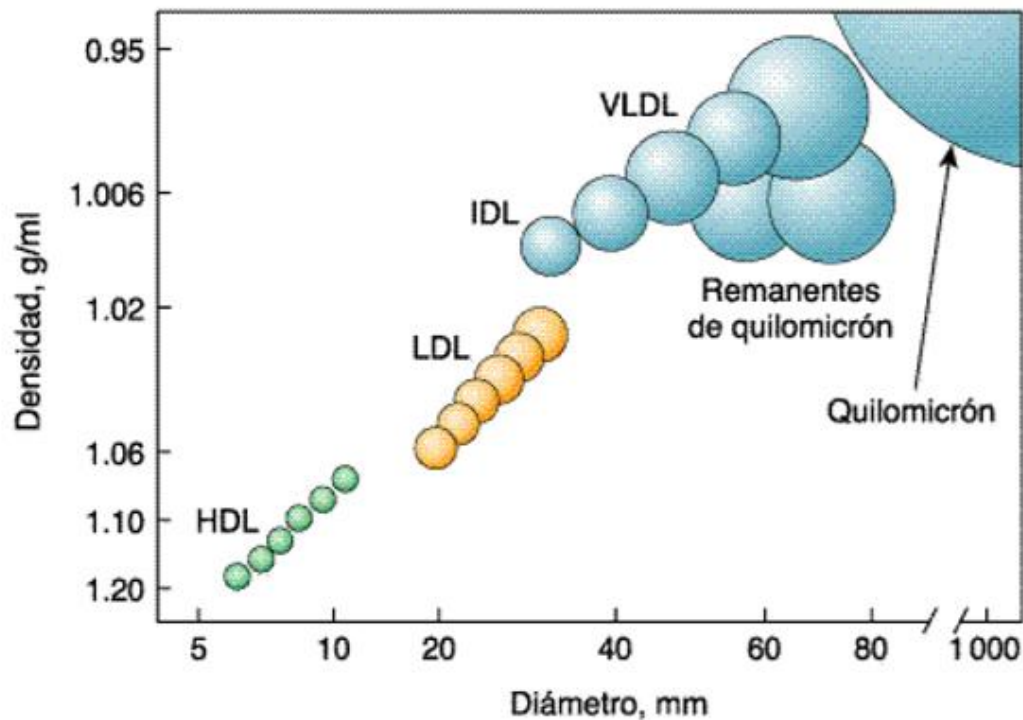
Cholesterol (mg/dl):

[RISK CALCULATOR](#)

[BODY MASS INDEX](#)

[RECOMMENDATIONS](#)

[ALARM](#)

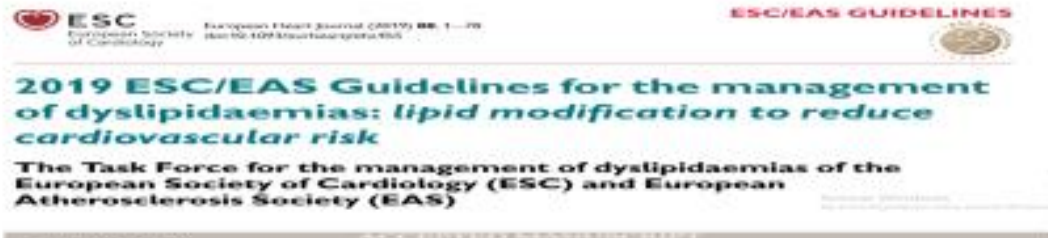


CARCATERÍSTICAS FÍSICAS Y QUÍMICAS DE LAS LIPOPROTEÍNAS PLASMÁTICAS HUMANAS

Table 6 Physical and chemical characteristics of human plasma lipoproteins

	Density (g/mL)	Diameter (nm)	TGs (%)	Cholesteryl esters (%)	PLs (%)	Cholesterol (%)	Apolipoproteins	
							Major	Others
Chylomicrons	<0.95	80–100	90–95	2–4	2–6	1	ApoB-48	ApoA-I, A-II, A-IV, A-V
VLDL	0.95–1.006	30–80	50–65	8–14	12–16	4–7	ApoB-100	ApoA-I, C-II, C-III, E, A-V
IDL	1.006–1.019	25–30	25–40	20–35	16–24	7–11	ApoB-100	ApoC-II, C-III, E
LDL	1.019–1.063	20–25	4–6	34–35	22–26	6–15	ApoB-100	
HDL	1.063–1.210	8–13	7	10–20	55	5	ApoA-I	ApoA-II, C-III, E, M
Lp(a)	1.006–1.125	25–30	4–8	35–46	17–24	6–9	Apo(a)	ApoB-100

Apo = apolipoprotein; HDL = high-density lipoprotein; IDL = intermediate-density lipoprotein; LDL = low-density lipoprotein; Lp(a) = lipoprotein(a); PLs = phospholipids; TGs = triglycerides; VLDL = very low-density lipoprotein.





- 1.- LDL- colesterol, “ cuanto más bajo mejor “
- 2.- Pacientes de muy alto riesgo cardiovascular Objetivo terapéutico LDL menor a 55 mg/dL
- 3.- Pacientes de alto riesgo objetivo terapéutico LDL menor de 70 mg/dl
- 4.- Disminuir en 50% el LDL respecto al basal
- 5.- Si no se alcanzan las metas deseadas agregar ezetimibe o inhibidores PCSK-9
- 6.- Cuando hay hipertrigliceridemia y no disminuyen con estatinas se puede agregar acidos grasos omega 3 (EPA/DHA)

States of America), Marja-Riitta Taskinen¹ (Finland), Lale Tokgozoglu¹ (Turkey),
Olov Wiklund¹ (Sweden)

CATEGORÍAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Table 4 Cardiovascular risk categories

Very-high-risk	People with any of the following: Documented ASCVD, either clinical or unequivocal on imaging. Documented ASCVD includes previous ACS (MI or unstable angina), stable angina, coronary revascularization (PCI, CABG, and other arterial revascularization procedures), stroke and TIA, and peripheral arterial disease. Unequivocally documented ASCVD on imaging includes those findings that are known to be predictive of clinical events, such as significant plaque on coronary angiography or CT scan (multivessel coronary disease with two major epicardial arteries having >50% stenosis), or on carotid ultrasound. DM with target organ damage,^a or at least three major risk factors, or early onset of T1DM of long duration (>20 years). Severe CKD (eGFR <30 mL/min/1.73 m²). A calculated SCORE ≥10% for 10-year risk of fatal CVD. FH with ASCVD or with another major risk factor.
High-risk	People with: Markedly elevated single risk factors, in particular TC >8 mmol/L (>310 mg/dL), LDL-C >4.9 mmol/L (>190 mg/dL), or BP ≥180/110 mmHg. Patients with FH without other major risk factors. Patients with DM without target organ damage,^a with DM duration ≥10 years or another additional risk factor. Moderate CKD (eGFR 30–59 mL/min/1.73 m²). A calculated SCORE ≥5% and <10% for 10-year risk of fatal CVD.
Moderate-risk	Young patients (T1DM <35 years; T2DM <50 years) with DM duration <10 years, without other risk factors. Calculated SCORE ≥1% and <5% for 10-year risk of fatal CVD.
Low-risk	Calculated SCORE <1% for 10-year risk of fatal CVD.

ASCVD = atherosclerotic cardiovascular disease; ACS = acute coronary syndrome; BP = blood pressure; CABG = coronary artery bypass graft surgery; CKD = chronic kidney disease; CT = computed tomography; CVD = cardiovas-

© ESC 2019

-IM, ANGINA INESTABLE, ANGINA ESTABLE, REVASCULARIZACION CORONARIA ,EVC Y ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA .
 -DM CON DAÑO A ORGANO BLANCO
 -ERC CON TFG MENOR A 30 ML /MIN/1,73M2
 -PUNTUACIÓN SCORE MAYOR A 10 % A 10 AÑOS DE RIESGO CV FATAL

CT MAYOR DE 310 MG/DL
 LDL-C MAYOR 190 MG/DL
 DM2 DE MÁS DE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN
 ERC CON TFG ENTRE 30 Y 59 ML/MIN/1,73M2
 PUNTUACIÓN SCORE MAYOR DE 5% Y MENOR A 10%

DM1 DE EDAD MENOR A 35 AÑOS Y DM2 EDAD MENOR DE 50 AÑOS
 PUNTUACIÓN SCORE MAYOR A 1% Y MENOR A 5%

PUNTUACIÓN SCORE <1% PARA 10 AÑOS DE RIESGO CV FATAL

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN FUNCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR TOTAL Y EL NIVEL DE COLESTEROL DE LIPOPROTEÍNA DE BAJA DENSIDAD NO TRATADO

		Total CV risk (SCORE) %	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)
Primary prevention	<1, low-risk	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	
	Class ^a /Level ^b	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	
	≥1 to <5, or moderate risk (see Table 4)	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	
	Class ^a /Level ^b	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	IIa/A	IIa/A	
	≥5 to <10, or high-risk (see Table 4)	Lifestyle advice	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	
	Class ^a /Level ^b	IIa/A	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A	I/A	
Secondary prevention	≥10, or at very-high risk due to a risk condition (see Table 4)	Lifestyle advice	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	
	Class ^a /Level ^b	IIa/B	IIa/A	I/A	I/A	I/A	I/A	
	Very-high-risk	Lifestyle intervention, consider adding drug if uncontrolled	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	Lifestyle intervention and concomitant drug intervention	
		Class ^a /Level ^b	IIa/A	I/A	I/A	I/A	I/A	

CV = cardiovascular; LDL-C = low-density lipoprotein cholesterol; SCORE = Systematic Coronary Risk Estimation.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

Recommendations for cardiovascular imaging for risk assessment of atherosclerotic cardiovascular disease

Recommendations	Class ^a	Level ^b
La carga de placa (carotidea y / o femoral) en la ecografía arterial debe considerarse como un modificador de riesgo en individuos con riesgo moderado bajo.	Ila	B
La evaluación del puntaje CAC con CT debe considerarse como un identificador de riesgo CV de individuos asintomáticos con riesgo bajo o moderado.	Ila	B

© ESC 2019

CAC = coronary artery calcium; CT = computed tomography; CV = cardiovascular.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.



2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk

The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS)

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows

Downloaded from https://academic.oup.com/ehj/advance-article-abstract/doi/10.1093/eurheartj/ehz455/5488881 by University of Cambridge user on 12 November 2019

Recommendations for treatment goals for low-density lipoprotein cholesterol

Recommendations	Class ^a	Level ^b
En la prevención secundaria para pacientes con riesgo muy alto, se recomienda una reducción de LDL-C de $\geq 50\%$ desde el inicio, una meta de LDL-C de <1.4 mmol/L (<55 mg/dL).	I	A
En la prevención primaria para individuos con un riesgo muy alto pero sin FH, se recomienda una reducción de LDL-C $\geq 50\%$ respecto al valor basal y una meta de LDL-C de <1.4 mmol / dL (<55 mg / dL).	I	C
En la prevención primaria para individuos con FH con riesgo muy alto, se debe considerar una reducción de LDL-C $\geq 50\%$ desde el inicio y un objetivo de LDL-C de <1.4 mmol / L (<55 mg / dL).	IIa	C
Para los pacientes con ASCVD que experimentan un segundo evento vascular dentro de 2 años (no necesariamente del mismo tipo que el primer evento) mientras toman terapia basada en estatinas máximamente tolerada, un objetivo de LDL-C de <1.8 mmol / L (<40 mg / dL) puede ser considerado.	IIb	B
En pacientes con alto riesgo, se recomienda una reducción de LDL-C $\geq 50\%$ del valor inicial y una meta de LDL-C mmol / dL (<70 mg / dL).	I	A
En individuos con riesgo moderado, se debe considerar una meta de LDL-C de <2.6 mmol / L (<100 mg / dL).	IIa	A
En individuos con bajo riesgo, se puede considerar una meta de LDL-C <3.0 mmol / L (<116 mg / dL).	IIb	A



2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk

The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS)

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows

Table 7 Treatment targets and goals for cardiovascular disease prevention

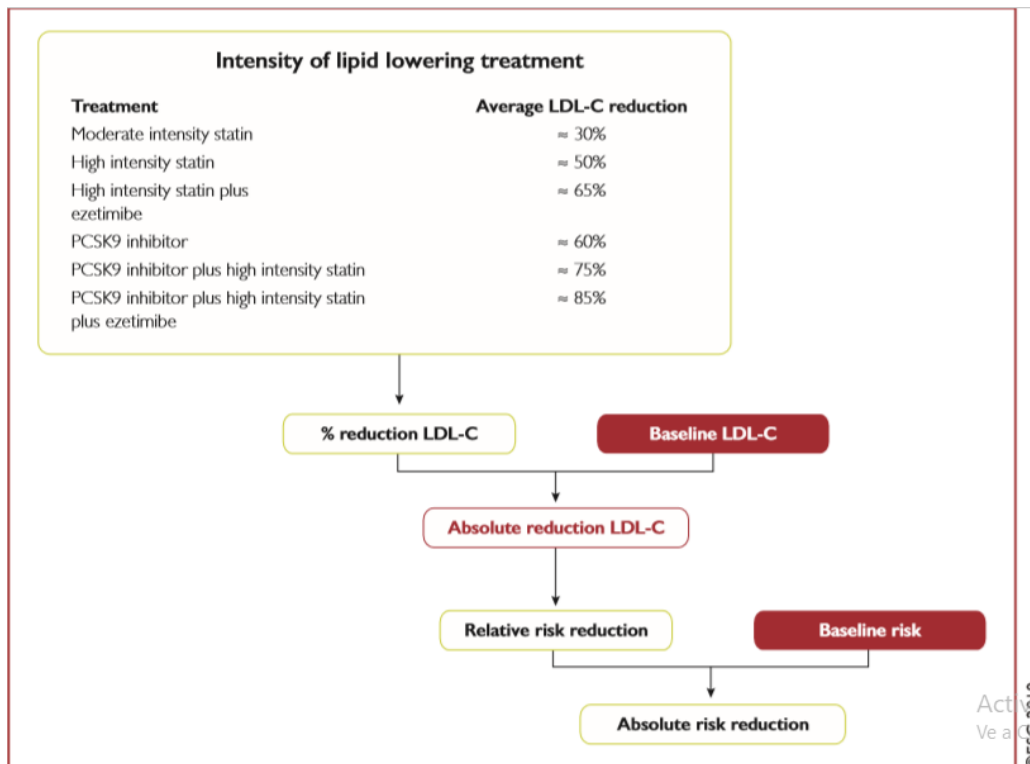
Smoking	Sin exposición al tabaco en ninguna forma.
Diet	Dieta saludable baja en grasas saturadas con enfoque en productos integrales, vegetales, frutas y pescado.
Physical activity	3.5-7 h de actividad física moderadamente vigorosa por semana o 30-60 min la mayoría de los días.
Body weight	IMC 20-25 kg / m ² , y circunferencia de cintura <94 cm (hombres) y <80 cm (mujer).
Blood pressure	<140/90 mmHg.
LDL-C	Riesgo muy alto en prevención primaria o secundaria: Un régimen terapéutico que logra $\geq 50\%$ de reducción de LDL-C desde el inicio, y una meta de LDL-C de <1.4 mmol/L (<55 mg/dL). Sin uso actual de estatinas: es probable que esto requiera una terapia de alta intensidad con LDL. Tratamiento actual para reducir el LDL: se requiere una mayor intensidad del tratamiento. Alto riesgo: un régimen terapéutico que logra $\geq 50\%$ de reducción de LDL-C desde el inicio y un objetivo de LDL-C de <1.8 mmol/L (<70 mg / dL). Riesgo moderado: Un objetivo de <2.6 mmol/L (<100 mg / dL). Riesgo bajo: Una meta de <3.0 mmol/L (<116 mg / dL).
Non-HDL-C	Los objetivos secundarios que no son HDL-C son <2.2, 2.6 y 3.4 mmol/L (<85, 100 y 130 mg/dL) para personas de riesgo muy alto, alto y moderado, respectivamente.
ApoB	Los objetivos secundarios de ApoB son <65, 80 y 100 mg / dL para personas de riesgo muy alto, alto y moderado, respectivamente.
Triglycerides	Sin objetivo, pero <1.7 mmol/L (<150 mg/dL) indica un riesgo más bajo y niveles más altos indican la necesidad de buscar otros factores de riesgo.
Diabetes	HbA1c: <7% (<53 mmol/mol).



2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk

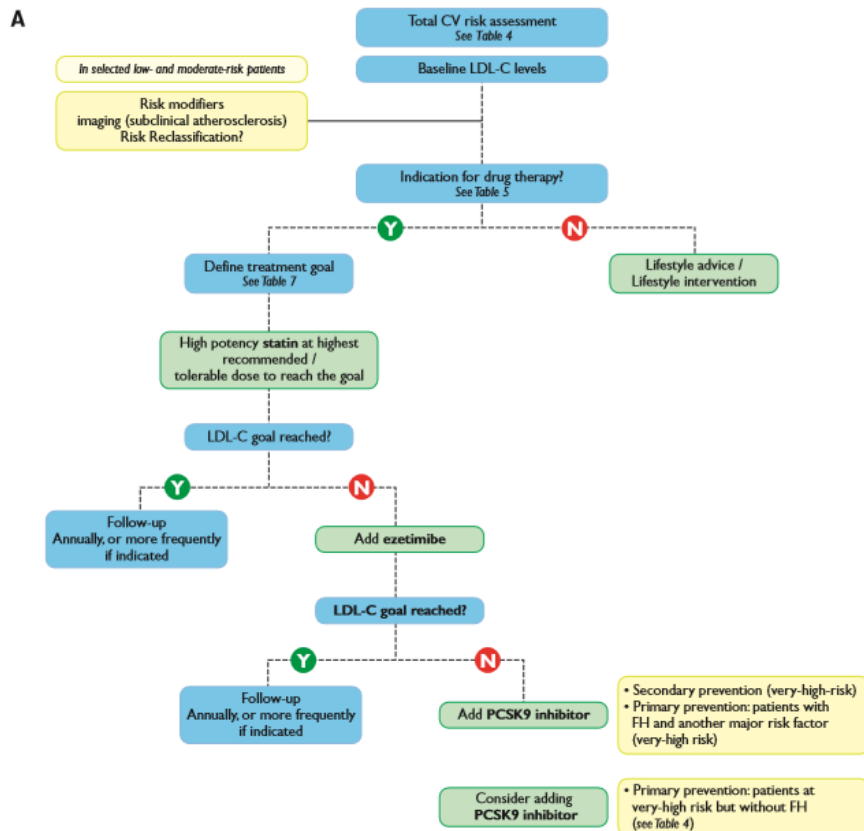
The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS)

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows

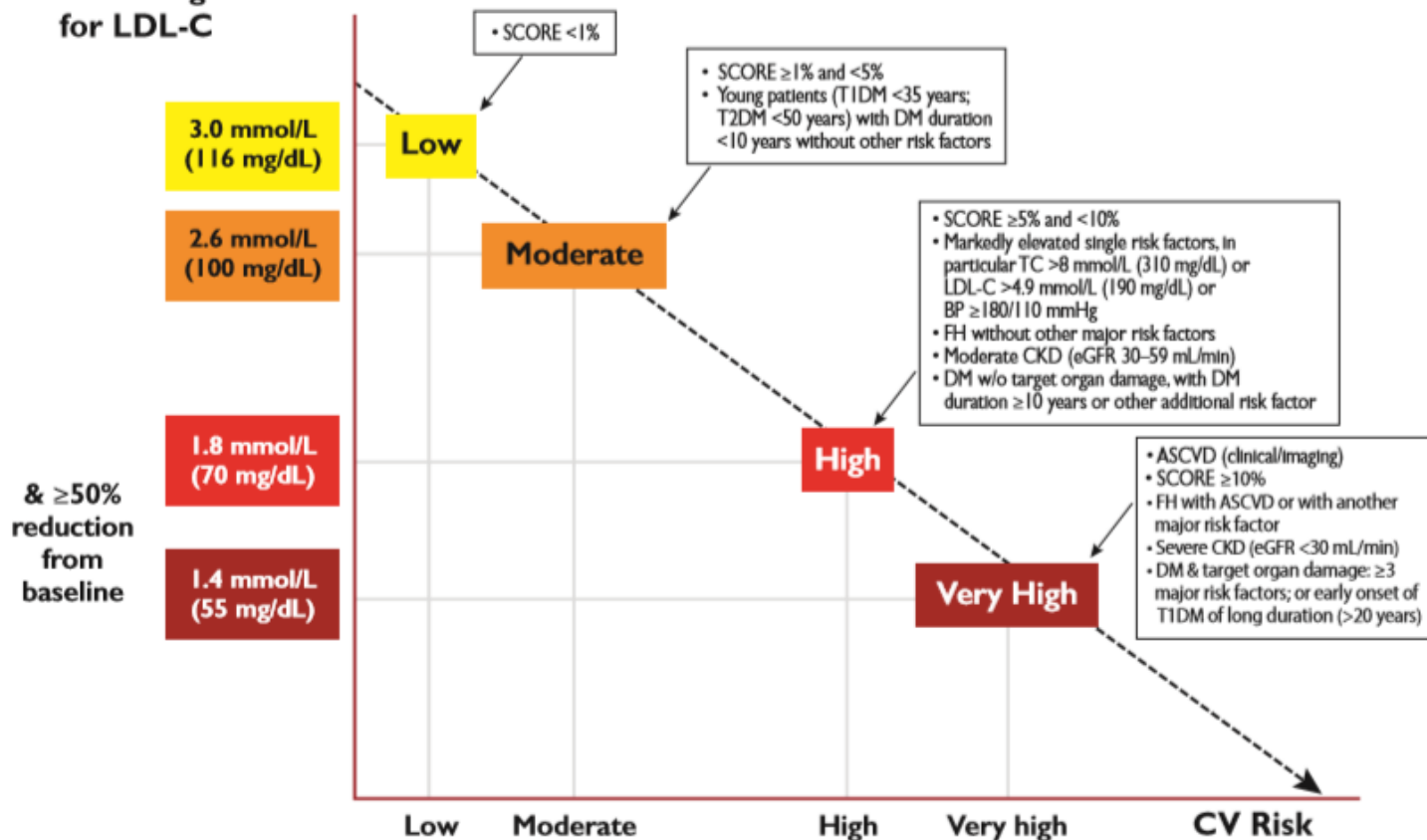


ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE DISLIPIDEMIAS

GUÍAS 2019
ESC/EAS



B Treatment goal for LDL-C





2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk

The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS)

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows

Downloaded from https://academic.oup.com/ehj/advance-article-abstract/doi/10.1093/ehj/ehz455/5488881 by University of Cambridge user on 12 November 2019

Recommendations for drug treatment of patients with hypertriglyceridaemia

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Statin treatment is recommended as the first drug of choice to reduce CVD risk in high-risk individuals with hypertriglyceridaemia [TG levels >2.3 mmol/L (>200 mg/dL)]. ³⁵⁵	I	B
In high-risk (or above) patients with TG levels between 1.5–5.6 mmol/L (135–499 mg/dL) despite statin treatment, n-3 PUFAs (icosapent ethyl 2×2 g/day) should be considered in combination with a statin. ¹⁹⁴	IIa	B
In primary prevention patients who are at LDL-C goal with TG levels >2.3 mmol/L (>200 mg/dL), fenofibrate or bezafibrate may be considered in combination with statins. ^{305–307,356}	IIb	B
In high-risk patients who are at LDL-C goal with TG levels >2.3 mmol/L (>200 mg/dL), fenofibrate or bezafibrate may be considered in combination with statins. ^{305–307,356}	IIb	C

© ESC 2019

Se recomienda el tratamiento con estatinas como el primer fármaco de elección para reducir el riesgo de ECV en individuos de alto riesgo con hipertrigliceridemia [niveles de TG > 2.3 mmol/L (> 200 mg / dL)].

En pacientes de alto riesgo (o superior) con niveles de TG entre 1.5-5.6 mmol/L (135-499 mg/dL) a pesar del tratamiento con estatinas, se deben considerar la combinación de estatinas con ácidos grasos omega 3 (EPA/DHA)

En pacientes de prevención primaria que están en la meta de LDL-C con niveles de TG > 2.3 mmol/L (> 200 mg / dL), puede considerarse fenofibrato o bezafibrato en combinación con estatinas.

En pacientes de alto riesgo que están en la meta de LDL-C con niveles de TG > 2.3 mmol/L (> 200 mg/dL), puede considerarse fenofibrato o bezafibrato en combinación con estatinas.



CHOLESTEROL CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

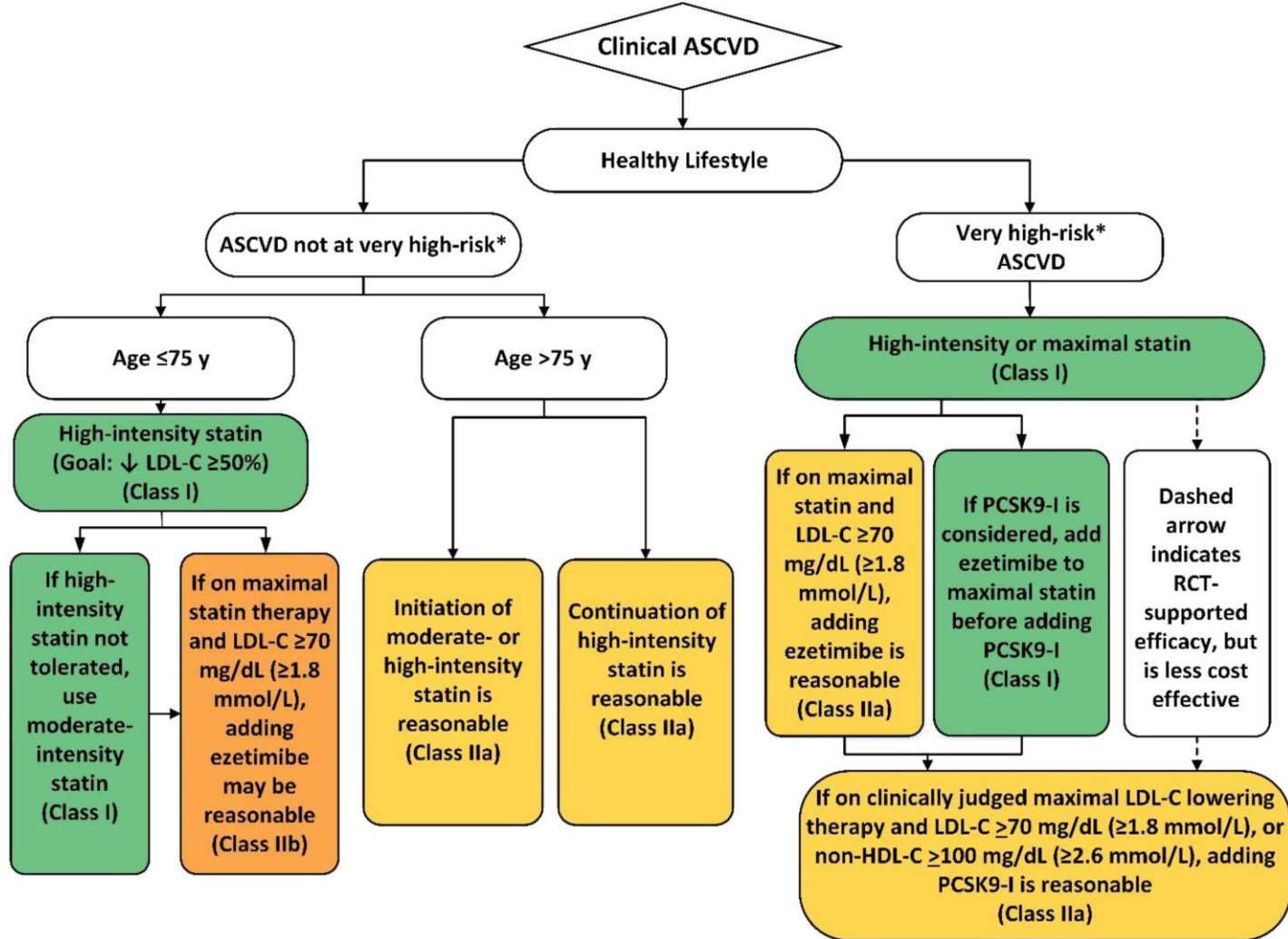
2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines

WRITING COMMITTEE MEMBERS

Scott M. Grundy, MD, PhD, FAHA, Chair*
Neil J. Stone, MD, FACC, FAHA, Vice Chair†
Alison L. Bailey, MD, FACC, FAACVPR†
Craig Beam, CRE*
Kim K. Birtcher, MS, PharmD, AACC, FNLA:
Roger S. Blumenthal, MD, FACC, FAHA, FN
Lynne T. Braun, PhD, CNP, FAHA, FPCNA, FI
Sarah de Ferranti, MD, MPH*
Joseph Faiella-Tommasino, PhD, PA-C¶
Daniel E. Forman, MD, FAHA**
Ronald Goldberg, MD††

- 1.- A MAYORES REDUCCIONES DE LDL, MAYORES REDUCCIONES EN LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR .
- 2.- LOS DATOS DE LOS BENEFICIOS CON ESTATINAS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA SON MAS ROBUSTOS QUE EN PREVENCIÓN PRIMARIA .
- 3.- MEDICAMENTOS PARA AGREGAR A ESTATINAS , EZETIMIBE O INHIBIDORES PCSK9.
- 4.- SE RECOMIENDA EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL Y CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA.



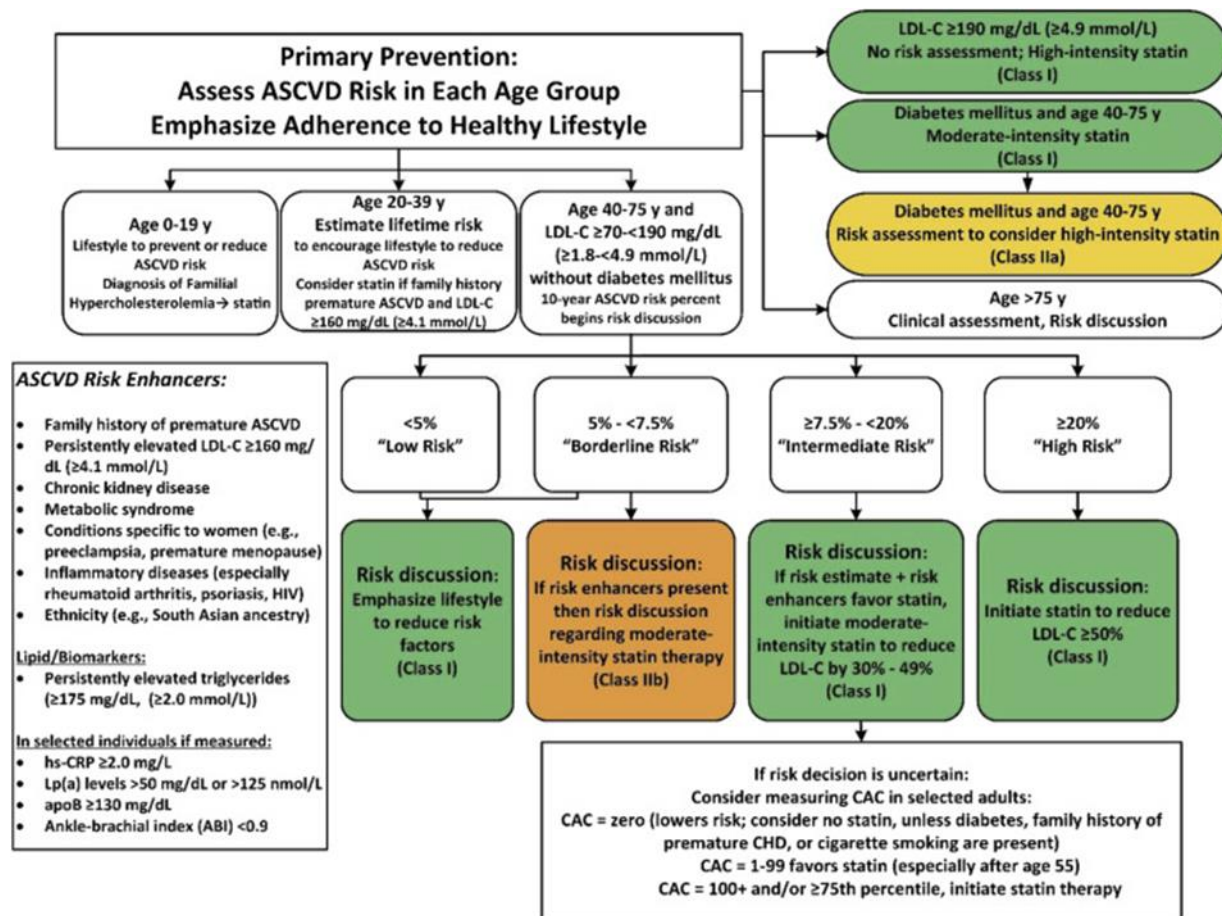


Table 3. High-, Moderate-, and Low-Intensity Statin Therapy*

	High Intensity	Moderate Intensity	Low Intensity
LDL-C lowering†	≥50%	30%–49%	<30%
Statins	Atorvastatin (40 mg‡) 80 mg Rosuvastatin 20 mg (40 mg)	Atorvastatin 10 mg (20 mg) Rosuvastatin (5 mg) 10 mg Simvastatin 20–40 mg§	Simvastatin 10 mg
	...	Pravastatin 40 mg (80 mg) Lovastatin 40 mg (80 mg) Fluvastatin XL 80 mg Fluvastatin 40 mg BID Pitavastatin 1–4 mg	Pravastatin 10–20 mg Lovastatin 20 mg Fluvastatin 20–40 mg

INHIBIDORES PCSK9



COMPARACIÓN DE GUÍAS 2018 Y 2019

Similitudes

LDL como objetivo terapéutico primario.

Objetivo terapéutico alternativo colesterol no lipoproteínas de alta densidad.

Apolipoproteína B como objetivo terapéutico ideal.

Diferencias

Estimación del Riesgo Cardiovascular

Incrementadores o modificadores del riesgo.

Grupos de Riesgo.

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

REVIEW ARTICLE

John A. Jarcho, M.D., *Editor*

Lipid Management for the Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease

Erin D. Michos, M.D., M.H.S., John W. McEvoy, M.B., B.Ch., M.H.S.,
and Roger S. Blumenthal, M.D.

N ENGL J MED 381;16 NEJM.ORG OCTOBER 17, 2019

The New England Journal of Medicine

Downloaded from nejm.org at UNIVERSITE PARIS SUD on October 20, 2019. For personal use only. No other uses without permission.

Copyright © 2019 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

Promote a Healthy Lifestyle

El estilo de vida reduce hasta un 50% del riesgo de presentar enfermedad coronaria



Share Decision Making with the Patient

- Measure risk factors
- Evaluate the patient's risk of ASCVD



Adopt a Personalized Approach

- Consider additional factors that increase risk
- If level of risk is uncertain, consider coronary-artery calcium test



Monitor Response to Treatment and Lifestyle



Determine Candidates for Pharmacotherapy

Statins remain first line

Clinical ASCVD

- Reduce LDL cholesterol level by $\geq 50\%$ with high-intensity statin (or maximum dose tolerated without side effects)
- Consider nonstatin therapy in patients at very high risk (LDL cholesterol threshold of ≥ 70 mg/dl while receiving maximum dose tolerated)



Severely elevated LDL cholesterol (≥ 190 mg/dl)

- Prescribe high-intensity statin (up to highest tolerated dose)
- Consider addition of nonstatin if needed (LDL cholesterol remains ≥ 100 mg/dl in patient with risk factors)

Diabetes

- Prescribe moderate-intensity statin
- Consider reducing LDL cholesterol level by $\geq 50\%$ in patients at high risk



10-yr risk of ASCVD $\geq 7.5\%$

- Prescribe moderate-intensity statin if discussion favors therapy after consideration of risk-enhancing factors, coronary artery calcium, or both
- Reduce LDL cholesterol level by $\geq 30\%$ (or $\geq 50\%$ if 10-yr risk $\geq 20\%$)

Conclusiones

- 1.- Se refuerza de manera significativa el concepto de mientras más bajo mejor.
- 2.- Estatinas primera línea, ezetimibe 2da línea y en tercer lugar Inhibidores PCSK9.
- 3.- Triglicéridos por arriba de 200 mg/dl en pacientes que están en metas LDL, representa riesgo residual por lo cual se recomienda usar ácidos grasos Omega 3 (DHA Y EPA) 4 gr al día
- 4.- El estilo de vida es un pilar fundamental para la reducción de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica.
- 5.- No olvidar que se obtienen mejores resultados terapéuticos con el modelo de atención integrada y centrada en la persona.



Dime y lo olvido, enséñame y lo recuerdo,
involúcrame y lo aprendo.

(Benjamin Franklin)

akifrases.com

”

- ▶ *Dr. Roberto Perea Flores*
 - ▶ *Te. 9837006477*
- ▶ *Correo dr. robertoperea@hotmail.com*

**GRACIAS POR SU
ATENCIÓN**

