

RESUMEN GUÍAS PRÁCTICAS CLÍNICAS LÍPIDOS / PREVENCIÓN PRIMARIA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Osakidetza-Guía Salud 2017	NICE 2016 (y guía rápida/PATHWAY 2021)	US Preventive Services Task Force Recommendation Statement 2022	ACC/AHA 2018 (Estadounidense)	ESC/EAS 2019 (Europea)
<b>Recomendaciones de inicio de tratamiento con estatinas en Prevención Primaria de la ECV tras valoración del RCV individual (uso de herramientas de cálculo del RCV* y valoración de la presencia de factores potenciadores y comorbilidades)</b>				
RCV medido en <b>REGICOR</b> (Riesgo de eventos coronarios a 10 años)	RCV medido en <b>QRISK2*</b> (Riesgo de IAM e ictus a 10 años)	RCV medido en <b>ACC/AHA Pooled Cohort Equations</b> (Riesgo de eventos CV ateroscleróticos a 10 años)	RCV medido en <b>ACC/AHA Pooled Cohort Equations</b> (Riesgo de eventos CV ateroscleróticos a 10 años)	RCV medido en <b>SCORE*</b> (Riesgo de muerte causa cardiovascular a 10 años)
No cálculo RCV si dislipemia severa (c-LDL $\geq$ 230 mg/dL): <b>se recomienda</b> iniciar	No cálculo RCV si DM tipo 1, HF, dislipemia severa (c-LDL $\geq$ 190 mg/dL) o ERC (FG $<$ 60 mL/min) y/o albuminuria: <b>se recomienda</b> iniciar	No cálculo RCV si dislipemia severa (c-LDL $\geq$ 190 mg/dL): <b>se recomienda</b> iniciar	No cálculo RCV si DM o dislipemia severa (c-LDL $\geq$ 190 mg/dL): <b>se recomienda</b> iniciar	No cálculo RCV si DM, ERC, HF o c-LDL $>$ 190 mg/dL: <b>se recomienda</b> iniciar
Cálculo del RCV en población 40-75 años: – RCV $>$ 15%: <b>se recomienda</b> iniciar – RCV entre 10-15%: • si otros factores de RCV no modificables (antecedentes familiares de muerte coronaria prematura, antecedentes de HF, evidencia preclínica de arteriosclerosis): <b>se recomienda</b> iniciar • sin más factores de RCV: <b>se sugiere</b> iniciar – RCV $<$ 10%: <b>se recomienda</b> NO iniciar	Cálculo del RCV en población $\leq$ 84 años: – RCV $\geq$ 10%: <b>se recomienda</b> iniciar	Cálculo del RCV en población 40-75 años: – RCV $\geq$ 10%: <b>se recomienda</b> iniciar – RCV 7,5-10%: <b>se sugiere</b> iniciar	Cálculo del RCV en población 40-75 años: – RCV $\geq$ 20% o riesgo alto: <b>se recomienda</b> iniciar (alcanzar $\downarrow$ c-LDL $\geq$ 50% del valor basal) – RCV $\geq$ 7,5%– $<$ 20% o riesgo intermedio y factores potenciadores del RCV: <b>se recomienda</b> iniciar (alcanzar $\downarrow$ c-LDL 30-49% del valor basal) – RCV 5%– $<$ 7,5% o riesgo “borderline” y factores potenciadores del RCV: <b>se puede considerar</b> iniciar	Cálculo del RCV en población $>$ 40 años: – RCV $\geq$ 10%: <b>se recomienda</b> iniciar (alcanzar $\downarrow \geq$ 50% del valor basal y niveles objetivo c-LDL $<$ 55 mg/dL) – RCV $\geq$ 5%– $<$ 10%: <b>se recomienda</b> iniciar (alcanzar $\downarrow \geq$ 50% del valor basal y niveles objetivo c-LDL $<$ 70 mg/dL) – RCV $\geq$ 1%– $<$ 5%: <b>se debe considerar</b> iniciar y objetivo c-LDL $<$ 100 mg/dL – RCV $<$ 1%: <b>se puede considerar</b> iniciar y objetivo c-LDL $<$ 116 mg/dL
No contempla niveles objetivo c-LDL	No contempla niveles objetivo c-LDL	No contempla niveles objetivo c-LDL	No contempla niveles objetivo (excepto objetivo c-LDL $<$ 100 mg/dL si c-LDL basal $\geq$ 190 mg/dL), pero sí reducciones relativas c-LDL basal	Contempla niveles objetivo de c-LDL y reducciones relativas c-LDL basal

Osakidetza-Guía Salud 2017	NICE 2016 (y guía rápida/PATHWAY 2021)	US Preventive Services Task Force Recommendation Statement 2022	ACC/AHA 2018 (Estadounidense)	ESC/EAS 2019 (Europea)
<b>Tratamiento farmacológico recomendado</b>				
<b>Tratamiento de Inicio</b>				
Estatinas a dosis bajas-moderadas	Atorvastatina 20 mg día (estatina de alta intensidad más coste/efectiva)	Estatinas a dosis moderadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si RCV <math>\geq 20\%</math> o riesgo alto o c-LDL <math>\geq 190</math> mg/dL: <b>se recomienda</b> estatina a dosis altas</li> <li>- Si RCV <math>\geq 7,5\%</math>-<math>&lt;20\%</math> o riesgo intermedio: <b>se recomienda</b> estatina a dosis moderadas</li> <li>- RCV <math>5\%</math>-<math>&lt;7,5\%</math> o riesgo "borderline": <b>se puede considerar</b> estatina a dosis moderadas</li> </ul>	<b>Se recomienda</b> dosificación de estatinas hasta alcanzar las dosis máximas toleradas para lograr el objetivo de cada nivel de riesgo
<b>Intensificación del tratamiento</b>				
No se contempla	Si no $\downarrow$ del 40% colesterol no HDL basal tras 3 meses con estatinas: considerar subir la dosis cada 2-3 meses hasta un máximo de atorvastatina 80 mg en personas de alto riesgo por comorbilidad asociada, valor de RCV o juicio clínico  Si con la dosis máxima tolerada no $\downarrow$ $>40\%$ colesterol no HDL tras 3 meses, valorar añadir ezetimiba 10 mg	No se contempla	Si RCV $\geq 7,5\%$ - $<20\%$ o riesgo intermedio y no se alcanza una $\downarrow$ c-LDL 30-49% del valor basal, intensificar	Si no se alcanza el objetivo con la dosis máxima tolerada de estatina de alta intensidad, <b>se recomienda</b> añadir ezetimiba  Pacientes con RCV muy alto sin HF: <b>se puede considerar</b> añadir un inhibidor de la PCSK9 cuando no se alcanza el objetivo de c-LDL con la combinación de estatina a la dosis máxima tolerada y ezetimiba

Osakidetza-Guía Salud 2017	NICE 2016 (y guía rápida/PATHWAY 2021)	US Preventive Services Task Force Recommendation Statement 2022	ACC/AHA 2018 (Estadounidense)	ESC/EAS 2019 (Europea)
<b>Intensidad de tratamiento según reducción de niveles c-LDL alcanzados con estatinas</b>				
No establecidas las diferentes intensidades. Recomienda estatinas con eficacia demostrada a las dosis utilizadas en los ECA	<p><b>Baja intensidad</b> (↓ c-LDL 20-30%) Fluvastatina 20-40 mg Pravastatina 10-20-40 mg Simvastatina 10 mg</p> <p><b>Intensidad moderada</b> (↓ c-LDL 31-40%) Fluvastatina 80 mg Simvastatina 20-40 mg Atorvastatina 10 mg Rosuvastatina 5 mg</p> <p><b>Alta intensidad</b> (↓ c-LDL &gt; 40%) Atorvastatina 20-40-80 mg Rosuvastatina 10-20-40 mg Simvastatina 80 mg</p>		<p><b>Baja intensidad</b> (↓ c-LDL &lt;30%) Fluvastatina 20-40 mg Lovastatina 20 mg Pravastatina 10-20 mg Simvastatina 10 mg</p> <p><b>Intensidad moderada</b> (↓ c-LDL 30-49%) Atorvastatina 10-20 mg Rosuvastatina 5-10 mg Simvastatina 20-40 mg Pravastatina 40-80 mg Lovastatina 40-80 mg Fluvastatina 80 mg Pitavastatina 1-4 mg</p> <p><b>Alta intensidad</b> (↓ c-LDL ≥50%) Atorvastatina 40-80 mg Rosuvastatina 20-40 mg</p>	
<b>Tratamiento en DM</b>				
Personas 40-75 años con DM2 y RCV >10%: <b>se recomienda</b> iniciar estatinas a dosis bajas-moderadas	Personas DM2 y RCV ≥10%: <b>se recomienda</b> iniciar estatinas (atorvastatina 20 mg)	Personas 40-75 años con DM: – RCV ≥10%: <b>se recomienda</b> iniciar estatinas – RCV ≥7,5%-<10% <b>se sugiere</b> iniciar estatinas	Personas 40-75 años con DM <b>se recomienda</b> iniciar estatina a dosis moderadas Si DM y varios FRCV, <b>se debe considerar</b> iniciar dosis altas de estatina (objetivo ↓ ≥50% c-LDL basal) Si RCV ≥20% <b>se debe considerar</b> añadir ezetimiba a la dosis máxima tolerada de estatina (objetivo ↓ ≥50% c-LDL basal) En pacientes 20-39 años <b>se puede considerar</b> tratamiento con estatina si al menos uno de los siguientes factores: DM de larga duración (10 años tipo 2, 20 años tipo 1), albuminuria, FG <60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> , retinopatía, neuropatía o ITB <0,9	En pacientes con DM2 y riesgo muy alto <b>se recomienda</b> : una ↓ ≥50% c-LDL basal y niveles objetivo c-LDL < 55 mg/dl En pacientes con DM2 y riesgo alto <b>se recomienda</b> : una ↓ ≥50% c-LDL basal y niveles objetivo c-LDL < 70 mg/dl <b>Se debe considerar</b> la intensificación del tratamiento con estatinas antes de prescribir un tratamiento combinado Cuando no se alcance el objetivo, <b>se debe considerar</b> la combinación de estatina con ezetimiba En personas de <30 años con DM1 o DM2 con daño en órgano terminal o c-LDL > 100 mg/dL <b>se puede considerar</b> estatinas

Osakidetza-Guía Salud 2017	NICE 2016 (y guía rápida/PATHWAY 2021)	US Preventive Services Task Force Recommendation Statement 2022	ACC/AHA 2018 (Estadounidense)	ESC/EAS 2019 (Europea)
<b>Personas mayores de 75 años</b>				
Personas ≥75 años con factores de RCV: individualizar según situación clínica y pronóstico de vida: valorar suspender estatinas	Personas ≥85 años: individualizar (considerar atorvastatina 20 mg)	Personas ≥76 años sin ECV: evidencia insuficiente para determinar la relación beneficio/riesgo del uso de estatinas en personas mayores de 76 años	Personas ≥75 años: – Si c-LDL 70-189 mg/dL: <b>se puede considerar</b> iniciar estatinas a dosis moderadas – Si esperanza de vida reducida, multimorbilidad, fragilidad o deterioro funcional: <b>se puede considerar</b> suspender estatinas	Personas ≥75 años con RCV alto o muy alto <b>se puede considerar</b> iniciar estatinas

RCV: riesgo cardiovascular; Dm: Diabetes mellitus; ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; HF: hipercolesterolemia familiar; ITB: índice tobillo brazo.

\* Consideraciones sobre clasificación RCV alto/muy alto según las distintas calculadoras: los puntos de corte que definen los distintos niveles de riesgo como muy alto, alto, intermedio o bajo son distintos para las diferentes ecuaciones de cálculo de RCV (SCORE, QRISK2, ACC/AHA Pooled Cohort Equations, REGICOR). Independientemente de la calculadora que se elija, se deben conocer los cortes de riesgo para cada una de ellas, es decir, algunas calificarán alto riesgo por encima de 10% y otras por encima de 20%.

Unas ecuaciones calculan el Riesgo de muerte a 10 años por causa de eventos coronarios y otras el Riesgo de muerte cardiovascular. Los datos del SCORE indican que el riesgo total de un evento de ECV es 3 veces mayor que el riesgo de muerte CV de los varones, de modo tal que un riesgo SCORE del 5% se traduce en un riesgo de ECV del 15% de las variables principales de ECV (mortales y no mortales). El multiplicador es más alto en mujeres y más bajo en ancianos.

Existen versiones actualizadas de la QRISK2 y SCORE, la QRISK3 y SCORE2, respectivamente.