

# Qué hacer y qué no hacer para mejorar el control de las dislipemias

## medifichas

### Qué hacer

- 

**1** Determinar el **RCV** del paciente y, a partir de él, decidir si se debe iniciar **tratamiento farmacológico** y definir los **objetivos** de cLDL<sup>1,2</sup>.
- 

**2** Optimizar las **medidas higiénico-dietéticas en todos los pacientes**, con independencia de su nivel de RCV: dieta mediterránea, dejar de fumar, hacer ejercicio físico, perder peso en caso de sobrepeso y obesidad<sup>1,3</sup>.
- 

**3** En los pacientes con **RCV bajo o moderado**, comenzar con cambios en el estilo de vida y, si son insuficientes, evaluar la posibilidad de tratamiento farmacológico para alcanzar el objetivo de cLDL<sup>3</sup>. Por lo general, estos pacientes no precisarán tratamiento farmacológico<sup>1</sup>.
- 

**4** Escoger la **estatina** que permita conseguir la reducción de cLDL requerida, con el mejor perfil de seguridad. Las que tienen menor riesgo de interacciones (pravastatina, rosuvastatina y pitavastatina) tienen menos posibilidades de provocar efectos adversos<sup>3</sup>.
- 

**5** En los pacientes con **RCV alto o muy alto**, usar estatinas de alta intensidad (rosuvastatina, atorvastatina) desde el inicio, solas o, si es preciso, en combinación con ezetimiba<sup>3,4</sup>. Si no se consigue el objetivo terapéutico con las dosis máximas toleradas, valorar añadir un inhibidor de la PCSK9<sup>1</sup>.


- 


**6** **Reevaluar a las 4-6 semanas** de iniciar o modificar cualquier tratamiento farmacológico<sup>1</sup> e intensificar el tratamiento si es necesario<sup>3</sup>.
- 

**7** Si no se toleran las **estatinas**, usar ezetimiba y, si no se alcanza el objetivo terapéutico, valorar añadir un inhibidor de la PCSK9<sup>1</sup>.
- 

**8** Tratar con **estatinas a los pacientes con RCV elevado y triglicéridos >200 mg/dl**. Si el objetivo de cLDL ya se ha alcanzado con la estatina, pero los triglicéridos siguen >200 mg/dl, se puede valorar añadir fenofibrato o bezafibrato<sup>1</sup>.

### Qué no hacer

- 

**1** **No se debe usar el SCORE** en pacientes con enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal crónica, diabetes o hipercolesterolemia familiar<sup>1,2</sup>.
- 

**2** Si aparecen **mialgias durante el tratamiento con una estatina**, no se debe asumir que el paciente es intolerante. Se debe monitorizar la CK e interrumpir el tratamiento 2-6 semanas<sup>2</sup>. Luego, se pueden probar variar estrategias: reintroducir la misma estatina en dosis más bajas, cambiar a otra estatina, tratar en días alternos o tratar 1-2 veces por semana<sup>1,2</sup>.

CK: creatina cinasa, cLDL: colesterol de baja densidad, PCSK9: proproteína convertasa subtilisina/kexina de tipo 9, RCV: riesgo cardiovascular, SCORE: Systematic Coronary Risk Evaluation

descárgate más medifichas en [www.almirallmed.es](http://www.almirallmed.es)

1. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Böck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). Eur Heart J. 2021;42(34):3227-7.  
 2. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. Rev Española Cardiol. 2020;73(5):403.e1-70.  
 3. Barrios V, Escobar C, Anguita M, Arrarte Esteban VI, Campuzano Ruiz R, Cosín-Sales J, et al. Recomendaciones para mejorar el control lipídico en pacientes en prevención primaria. Documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología. REC CardioClinics. 2021;56(2):118-28.  
 4. Escobar C, Anguita M, Arrarte V, Barrios V, Cequier Á, Cosín-Sales J, et al. Recomendaciones para mejorar el control lipídico. Documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Española Cardiol. 2020;73(2):161-7.