

---

La Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA) ha publicado la actualización de los [estándares 2024 para el control global del riesgo vascular \(RV\)](#), que resume la evidencia actual sobre la estimación del RV y su tratamiento e incluye recomendaciones a seguir en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida o con elevado RV: signos y síntomas a evaluar, procedimientos de laboratorio e imagen, estimación del RV y las entidades que son factores de riesgo vascular, para plantear recomendaciones generales y específicas para su tratamiento.

En esta actualización se han incorporado:

- Nuevas tablas para estimar el RV: **SCORE 2** (población entre 40 y 70 años) y **SCORE-OP** (población geriátrica desde los 70 hasta los 90 años).
- Se incluyen recomendaciones en función de la cuantificación de **calcio coronario** y se amplía la información sobre la importancia de la **lipoproteína a o Lp(a)**, como nuevo factor que modula el riesgo cardiovascular.
- Inclusión de tablas para **calcular la edad vascular**, a partir de los datos del SCORE.
- En cuanto al **tratamiento**:
  - Se incluyen **ácido bempedoico** e **inclisirán**, para el tratamiento de la hipercolesterolemia.
  - Se incluye el **evinacumab** (autorizado, pero aún no comercializado), un anticuerpo monoclonal indicado en hipercolesterolemia familiar homocigota.
  - Se incluye **icosapento de etilo**, para tratar el riesgo vascular en población con triglicéridos elevados y alto riesgo establecido.
  - Se restringe el uso de **fibratos**, después de los resultados del estudio PROMINENT, ya que estos medicamentos no deben prescribirse para reducir el RV en pacientes con triglicéridos altos y HDL bajo. Sólo se pueden recomendar en pacientes con hipertrigliceridemia grave, con el objetivo de reducir el riesgo de pancreatitis.
  - Se incluye el uso de **nutracéuticos**, identificando algunos escenarios clínicos en los que podrían utilizarse.
- Se han incorporado las directrices de las nuevas guías europeas de **hipertensión arterial** y se han ampliado las recomendaciones de

tratamiento en pacientes con **obesidad y diabetes**.

Al final se reproduce una tabla sobre las terapias hipolipemiantes según su intensidad hipocolesterolemiantes, teniendo en cuenta que el inicio del tratamiento hipolipemiante se basa tanto en la concentración basal de cLDL como en el RV basal.

**Tabla 8** Terapias hipolipemiantes, en monoterapia o combinación, según su intensidad hipocolesterolemiantes

	Terapias hipolipemiantes									
	Terapia hipolipemiante de BAJA INTENSIDAD Reducción de cLDL ≤ 30%		Terapia hipolipemiante de MODERADA INTENSIDAD Reducción de cLDL > 30% y ≤ 50%		Terapia hipolipemiante de ALTA INTENSIDAD Reducción de cLDL > 50% y ≤ 60%		Terapia hipolipemiante de MUJ ALTA INTENSIDAD > Reducción de cLDL 60% y ≤ 80%		Terapia hipolipemiante de MÁXIMA INTENSIDAD Reducción de cLDL > 80%	
	% reducción de cLDL <sup>a</sup> : Monoterapia	cLDL basal con el que se puede alcanzar ≤ 55 mg/dL (1,4 mmol/L) <sup>c</sup>	% reducción de cLDL: Combinada con estatina de moderada intensidad	cLDL basal con el que se puede alcanzar ≤ 55 mg/dL (1,4 mmol/L) <sup>c</sup>	% reducción de cLDL: Combinada con estatina de alta intensidad	cLDL basal con el que se puede alcanzar ≤ 55 mg/dL (1,4 mmol/L) <sup>c</sup>	% reducción de cLDL: Combinada con estatina de alta intensidad + ezetimiba <sup>d</sup>	cLDL basal con el que se puede alcanzar ≤ 55 mg/dL (1,4 mmol/L) <sup>c</sup>	% reducción de cLDL: Combinada con estatina de alta intensidad + ezetimiba <sup>d</sup> + Ác. bempedoico	cLDL basal con el que se puede alcanzar ≤ 55 mg/dL (1,4 mmol/L) <sup>c</sup>
Estatina de moderada intensidad <sup>e</sup>	40	92 (2,4)								
Estatina de alta intensidad <sup>f</sup>	50	110 (2,8)								
Ezetimiba	25	73 (1,9)	55	122 (3,1)	63	149 (3,8)				
Ác. bempedoico	23 (18,0) <sup>b</sup>	71 (1,8)	51	112 (2,9)	59	134 (3,5)	69	183 (4,7)		
Ác. bempedoico + ezetimiba	42 (38,0) <sup>b</sup>	89 (2,3)	63	149 (3,8)	69	177 (4,6)				
Evolocumab 140 (cada 14 días)	65	157 (4,1)	79	262 (6,8)	83	324 (8,4)	87	423 (10,9)	89	500 (13,0)
Alirocumab 150 (cada 14 días)	62	145 (3,7)	77	239 (6,2)	81	289 (7,5)	85	367 (9,5)	88	458 (12,0)
Alirocumab 75 (cada 14 días)	53	117 (3,0)	72	196 (5,1)	77	239 (6,2)	82	305 (7,8)	85	367 (9,5)
Alirocumab 300 (una vez al mes)	52	115 (2,9)	71	190 (4,9)	76	229 (5,9)	82	305 (7,8)	85	367 (9,5)
Inclisiran (dos veces al año)	50	110 (2,8)	70	183 (4,7)	75	220 (5,7)	81	289 (7,5)	85	367 (9,5)

<sup>a</sup> % de reducción de cLDL por estatinas moderada intensidad y alta intensidad por definición. El % de reducción de cLDL por otros fármacos se tomó de Toth P, et al.<sup>92</sup>

<sup>b</sup> % de reducción de cLDL por Ác bempedoico sin y en combinación con estatina

<sup>c</sup> Concentración máxima de cLDL a la que la terapia puede alcanzar ≤ 55 mg/dL (1,4 mmol/L)

<sup>d</sup> La eficacia de las terapias combinadas se calculó de acuerdo con la siguiente fórmula: %A + %B (1 - %A) + %C [1 - (%A + %B (1 - %A))]; donde % A es la reducción teórica de cLDL inducida por el fármaco A, %B por el fármaco B y %C por el fármaco C<sup>93</sup>

<sup>e</sup> Atorvastatina 10-20-40; rosuvastatina 5-10; simvastatina 20-40; pravastatina 40; lovastatina 40; fluvastatina 80; pitavastatina 2-4

<sup>f</sup> Atorvastatina 80; rosuvastatina 20-40

Eficacia teórica del tratamiento hipolipemiante con monoterapia y terapia combinada. Reducción promedio de cLDL por monoterapia hipolipemiante y terapias combinadas y cLDL basal adecuado para ser reducido al objetivo de cLDL de 55 mg/dL (1,4 mmol/L) por diferentes terapias<sup>91</sup>

Estatinas de baja intensidad con efecto hipolipemiante inferior al 30-40%: simvastatina 10; pravastatina 10-20; lovastatina 10-20; fluvastatina 40; pitavastatina 1 (no incluidas en la tabla)

Ác: ácido; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad.