

PARADOJA DE ROSE

La mayoría de los casos de ECV se dan en sujetos con riesgo bajo o intermedio, por ser ésta una población mucho más numerosa.

Causes of death in the US

What Americans die from, what they search on Google, and what the media reports on

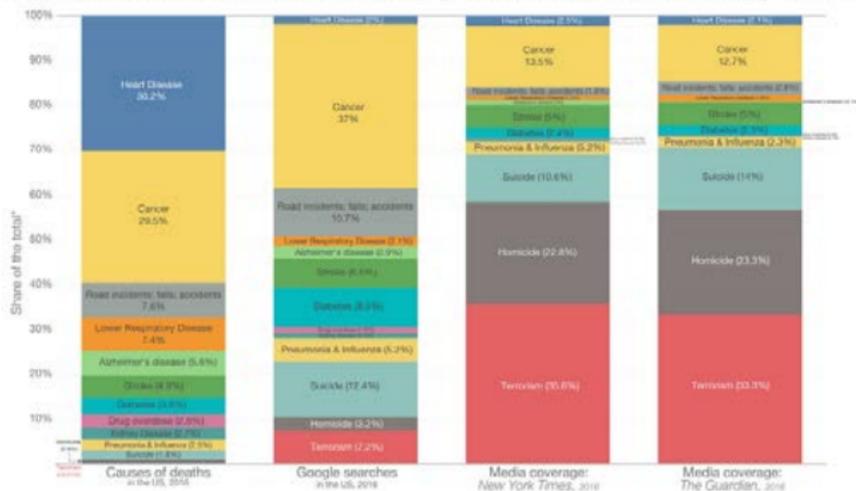


Table 3 New recommendations, and new and revised concepts

New recommendations
Cardiovascular imaging for assessment of ASCVD risk
Assessment of arterial (carotid and/or femoral) plaque burden on arterial ultrasonography should be considered as a risk modifier in individuals at low or moderate risk.
Cardiovascular imaging for assessment of ASCVD risk
CAC score assessment with CT should be considered as a risk modifier in the CV risk assessment of asymptomatic individuals at low or moderate risk.

Recommendations for cardiovascular imaging for risk assessment of atherosclerotic cardiovascular disease

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Arterial (carotid and/or femoral) plaque burden on arterial ultrasonography should be considered as a risk modifier in individuals at low or moderate risk. ^{29,30}	IIa	B
CAC score assessment with CT should be considered as a risk modifier in the CV risk assessment of asymptomatic individuals at low or moderate risk. ^{14–16,24,26}	IIa	B

© ESC 2019

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.

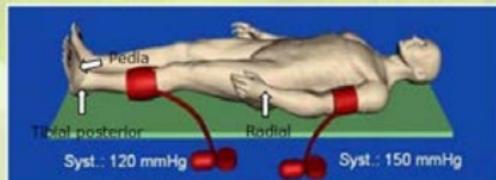
Low-risk

Calculated SCORE <1% for 10-year risk of fatal CVD.

^aTarget organ damage is defined as microalbuminuria, retinopathy, or neuropathy

ÍNDICE TOBILLO-BRAZO (ITB)

- Cociente PAS maleolar / PAS braquial

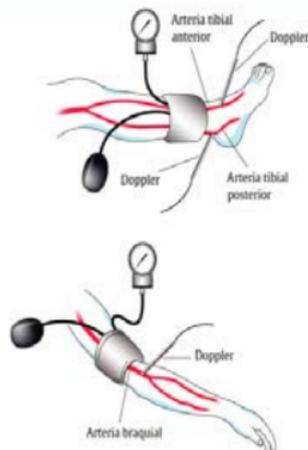
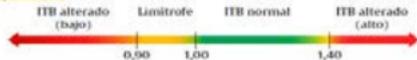


2. ¿Cómo se mide el ITB?

En posición supina, con el manguito colocado justo por encima del tobillo, evitando las zonas heridas. Después de 5-10 min en reposo, se mide la PAS con una prueba Doppler (5-10 MHz) sobre las arterias tibiales posterior y anterior (o dorsal pedis) de cada pie y sobre la arteria braquial de cada brazo. Los manguitos automáticos de PA no son válidos para la presión del tobillo y pueden mostrar valores demasiado altos en caso de presión baja en el tobillo. El ITB de cada pierna se calcula dividiendo el valor más alto de PAS del tobillo por el valor más alto de PAS del brazo.

3. ¿Cómo se interpreta el ITB?

- Para el diagnóstico de EAEI, se interpreta **cada pierna por separado** (un valor de ITB por pierna).
- Para la estratificación del riesgo CV: considere el valor de ITB más bajo entre las dos piernas.
- Interpretación:



- \ln ITB < 0.90 es un marcador de EAP

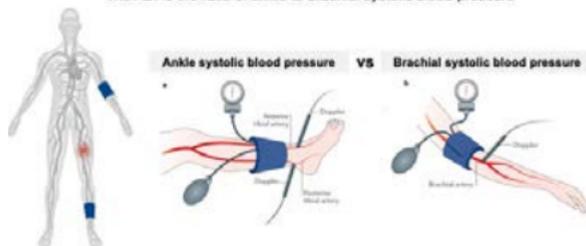


.. Indica obstrucción entre Aorta y arterias distales del pie > 50%

Joint ESC Guidelines



The ABI is the ratio of ankle to brachial systolic blood pressure



• Un ITB $\leq 0,90$ tiene un valor predictivo del 95 % de la existencia de AP.
El ITB establece el diagnóstico de EAI y es un potente marcador de eventos CV.

TENSÍOMETRO DIGITAL DUAL MEDICIÓN PRESIÓN ARTERIAL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO MICROLIFE WATCHBP OFFICE ABI



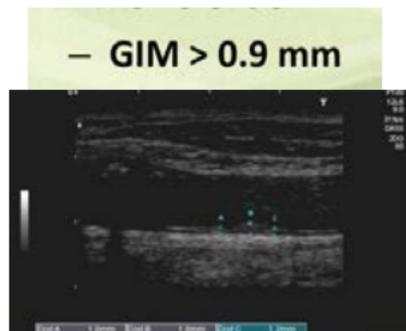
- Un ITB < 0,9 es diagnóstico de EAP, a pesar de que más del 80% de estos sujetos no tenga manifestaciones clínicas.

Monitor Índice Tobillo Brazo MESI modelo ABPI MD



Resultado	
IZQUIERDO ABPI	0.86
DERECHO ABPI	0.93
Presión en brazo	Pulso
SYS: 125 mmHg	80 bpm
DIA: 75 mmHg	

GIM patológico



GIM patológico: Predictor independiente ECV (ICTUS/IAM)

No criterio suficiente para Alto RCV

Joint ESC Guidelines

PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR MUY ALTO



Presencia de placa carotídea definida como aquella protrusión al lumen $>$ de 50% del GIMc adyacente o $\text{GIMc} \geq 1,5$ mm



2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension

The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)

Table 5 Ten year cardiovascular risk categories (Systematic COronary Risk Evaluation system)

Very high risk	People with any of the following:
	<p>Documented CVD, either clinical or unequivocal on imaging.</p> <ul style="list-style-type: none">● Clinical CVD includes acute myocardial infarction, acute coronary syndrome, coronary or other arterial revascularization, stroke, TIA, aortic aneurysm, and PAD● Unequivocal documented CVD on imaging includes significant plaque (i.e. $\geq 50\%$ stenosis) on angiography or ultrasound; it does not include increase in carotid intima-media thickness● Diabetes mellitus with target organ damage, e.g. proteinuria or a with a major risk factor such as grade 3 hypertension or hypercholesterolaemia● Severe CKD (eGFR < 30 mL/min/1.73 m²)● A calculated 10 year SCORE of $\geq 10\%$

Estándares SEA 2019 para el control global del riesgo cardiovascular

Enfermedad vascular subclínica	Presencia de: <ul style="list-style-type: none">• ITB < 0,9 (Para algunos autores un valor > 1,4 es también patológico), o• Al menos una placa en arteria carótida o femoral, o• Cuantificación de CAC: Agatston \geq 300 unidades
---	--

⁴ Se considera ECV o equivalente a las siguientes condiciones:

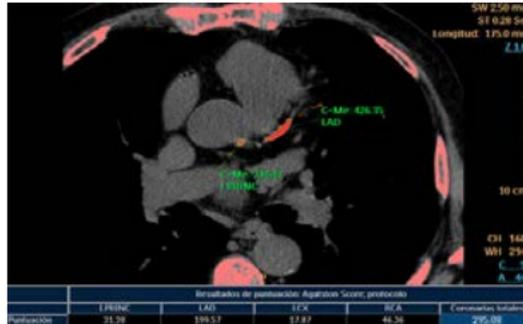
- ECV clínica establecida:
 - Episodio coronario (infarto de miocardio, síndrome coronario agudo, procedimiento de revascularización).
 - Episodio cerebrovascular: Ictus o AIT.
 - Enfermedad arterial periférica sintomática.
 - Aneurisma de aorta abdominal.
 - Insuficiencia cardíaca (IC) independiente de la fracción de eyección.
- ECV evidente por técnicas de imagen, es decir, presencia de placa de ateroma significativa:
 - Mediante angiografía coronaria (obstrucción > 50% de una arteria coronaria principal).
 - Mediante ecografía carotídea o femoral (estenosis > 50%).



RCV muy alto

Clin Investg Arterioscler. 2019;31(5):1-43

Score calcio coronario



Calcio-score	Carga de placa	Probabilidad de enfermedad arterial coronaria	Riesgo cardiovascular
0	Sin placas	Bajo riesgo	Bajo riesgo
1-100	Subclínica	Bajo	Bajo
101-400	Subclínica	Estimación de riesgo	Alto/moderado
401-800	Subclínica	Alto	Subclínica/submoderado
> 800	Extensa. Alta probabilidad de aceleración aterosclerótica	Alto	Alto

- 7 In intermediate-risk ($\geq 7.5\%$ to $< 20\%$ 10-year ASCVD risk) adults or selected borderline-risk ($< 7.5\%$ to $\geq 7.5\%$ 10-year ASCVD risk) adults

Primary Prevention: any calcium score is measured for the purpose of making a treatment decision, AND

IIIa

> 100 Agatston units (AU) → Alto riesgo: Estatinas
 1-99 AU: Estatinas si > 55 años.
 0 Agatston units (AU) → No beneficio Estatinas

September 10, 2019

Circulation. 2019;140:e598–e646. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000678

Score calcio coronario

- ES un **mejor predictor** de episodios isquémicos que la presencia de **placa carotídea y femoral**.

- La **angiografía por TC** muestra enfermedad coronaria estenótica subclínica capaz de aportar información adicional a los FRCV clásicos.

-La información que aporta es independiente de la suministrada por el CAC, que continúa identificando a pacientes con un riesgo superior aún en ausencia de estenosis.

Clin Investiq Arterioscler. 2019;21(51):1-43

15 Gaps in the evidence

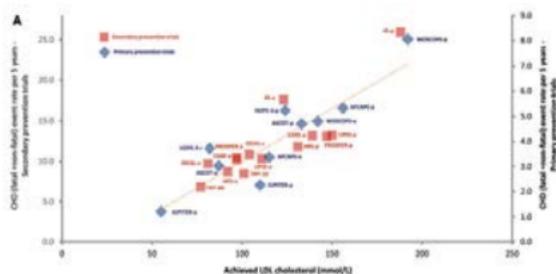
- Outcome-based comparisons of CAC scores vs. assessment of arterial (carotid or femoral) plaque burden by ultrasonography for CV risk reclassification in people at moderate or high-risk are needed.
- Dedicated studies assessing outcomes with specific Lp(a)-lowering therapies are warranted.

Tratamiento dislipemia

Main principles for LDL-lowering therapy

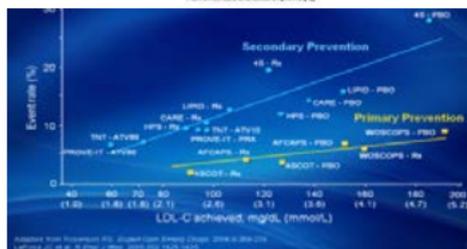
- Trials of LDL-lowering indicate relative risk reduction is proportional to the absolute reduction in LDL-C
- Lower is better, and lowering LDL-C with statins, ezetimibe, or PCSK9 inhibitors is safe and effective down to <1 mmol/L (40 mg/dL)
 - Data from Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration
 - Data from randomised trials with PCSK9 inhibitors
- Intensity of LDL-lowering should be based on risk, irrespective of cause(s) of the risk (eg primary or secondary prevention, diabetes or chronic kidney disease)

Relación entre LDL- Colesterol y riesgo cardiovascular



Un descenso de 2-3 mmol/L, reduce el RCV 40-50%

Study	LDL-C (mmol/L)	Events (%)	Events (%)
PROGRESS	100	10	10
ASCOT	100	10	10
ASCOT-BPLA	100	10	10
ASCOT-BPLA2	100	10	10
ASCOT-BPLA3	100	10	10
ASCOT-BPLA4	100	10	10
ASCOT-BPLA5	100	10	10
ASCOT-BPLA6	100	10	10
ASCOT-BPLA7	100	10	10
ASCOT-BPLA8	100	10	10
ASCOT-BPLA9	100	10	10
ASCOT-BPLA10	100	10	10
ASCOT-BPLA11	100	10	10
ASCOT-BPLA12	100	10	10
ASCOT-BPLA13	100	10	10
ASCOT-BPLA14	100	10	10
ASCOT-BPLA15	100	10	10
ASCOT-BPLA16	100	10	10
ASCOT-BPLA17	100	10	10
ASCOT-BPLA18	100	10	10
ASCOT-BPLA19	100	10	10
ASCOT-BPLA20	100	10	10
ASCOT-BPLA21	100	10	10
ASCOT-BPLA22	100	10	10
ASCOT-BPLA23	100	10	10
ASCOT-BPLA24	100	10	10
ASCOT-BPLA25	100	10	10
ASCOT-BPLA26	100	10	10
ASCOT-BPLA27	100	10	10
ASCOT-BPLA28	100	10	10
ASCOT-BPLA29	100	10	10
ASCOT-BPLA30	100	10	10
ASCOT-BPLA31	100	10	10
ASCOT-BPLA32	100	10	10
ASCOT-BPLA33	100	10	10
ASCOT-BPLA34	100	10	10
ASCOT-BPLA35	100	10	10
ASCOT-BPLA36	100	10	10
ASCOT-BPLA37	100	10	10
ASCOT-BPLA38	100	10	10
ASCOT-BPLA39	100	10	10
ASCOT-BPLA40	100	10	10
ASCOT-BPLA41	100	10	10
ASCOT-BPLA42	100	10	10
ASCOT-BPLA43	100	10	10
ASCOT-BPLA44	100	10	10
ASCOT-BPLA45	100	10	10
ASCOT-BPLA46	100	10	10
ASCOT-BPLA47	100	10	10
ASCOT-BPLA48	100	10	10
ASCOT-BPLA49	100	10	10
ASCOT-BPLA50	100	10	10
ASCOT-BPLA51	100	10	10
ASCOT-BPLA52	100	10	10
ASCOT-BPLA53	100	10	10
ASCOT-BPLA54	100	10	10
ASCOT-BPLA55	100	10	10
ASCOT-BPLA56	100	10	10
ASCOT-BPLA57	100	10	10
ASCOT-BPLA58	100	10	10
ASCOT-BPLA59	100	10	10
ASCOT-BPLA60	100	10	10
ASCOT-BPLA61	100	10	10
ASCOT-BPLA62	100	10	10
ASCOT-BPLA63	100	10	10
ASCOT-BPLA64	100	10	10
ASCOT-BPLA65	100	10	10
ASCOT-BPLA66	100	10	10
ASCOT-BPLA67	100	10	10
ASCOT-BPLA68	100	10	10
ASCOT-BPLA69	100	10	10
ASCOT-BPLA70	100	10	10
ASCOT-BPLA71	100	10	10
ASCOT-BPLA72	100	10	10
ASCOT-BPLA73	100	10	10
ASCOT-BPLA74	100	10	10
ASCOT-BPLA75	100	10	10
ASCOT-BPLA76	100	10	10
ASCOT-BPLA77	100	10	10
ASCOT-BPLA78	100	10	10
ASCOT-BPLA79	100	10	10
ASCOT-BPLA80	100	10	10
ASCOT-BPLA81	100	10	10
ASCOT-BPLA82	100	10	10
ASCOT-BPLA83	100	10	10
ASCOT-BPLA84	100	10	10
ASCOT-BPLA85	100	10	10
ASCOT-BPLA86	100	10	10
ASCOT-BPLA87	100	10	10
ASCOT-BPLA88	100	10	10
ASCOT-BPLA89	100	10	10
ASCOT-BPLA90	100	10	10
ASCOT-BPLA91	100	10	10
ASCOT-BPLA92	100	10	10
ASCOT-BPLA93	100	10	10
ASCOT-BPLA94	100	10	10
ASCOT-BPLA95	100	10	10
ASCOT-BPLA96	100	10	10
ASCOT-BPLA97	100	10	10
ASCOT-BPLA98	100	10	10
ASCOT-BPLA99	100	10	10
ASCOT-BPLA100	100	10	10



European Heart Journal (2015), 36, 1-14
doi:10.1093/eurheartj/ehv144

Relación entre LDL- Colesterol y riesgo cardiovascular

Cholesterol Treatment Trialists (CTT) Collaboration*



Causa de la muerte	RR (IC)	% Diminución ¹	Eventos (%)	
			Tratamiento	Control
1 mmol/L reduce				
Cualquier causa vascular	0.86 (0.82-0.91)	14	4220 (1.2%)	4754 (1.3%)
Enfermedad coronaria	0.8 (0.74-0.87)	20	1887 (0.5%)	2281 (0.6%)
Cardiaca no coronaria	0.89 (0.81-0.98)	11	1448 (0.4%)	1623 (0.4%)
Accidente cerebrovascular	0.94 (0.84-1.05)		463 (0.1%)	501 (0.1%)
Causa no vascular				
Cualquier causa	0.97 (0.93-1.03)		2943 (0.8%)	2954 (0.8%)
	0.9 (0.87-0.93)	10	7642 (2.1%)	8327 (2.3%)

RR: Rate Ratio; IC: Intervalo de Confianza

The absolute risk reduction was proportional to the absolute baseline risk.
The relative benefits were half as large in the first year as compared with subsequent years.

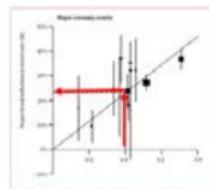


Figure 3 Absolute risk reduction proportional reduction in baseline LDL cholesterol concentration and relative risk reduction in first year. Absolute risk reduction at 1 year

1 mmol/L = 40 mg/dl

Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel

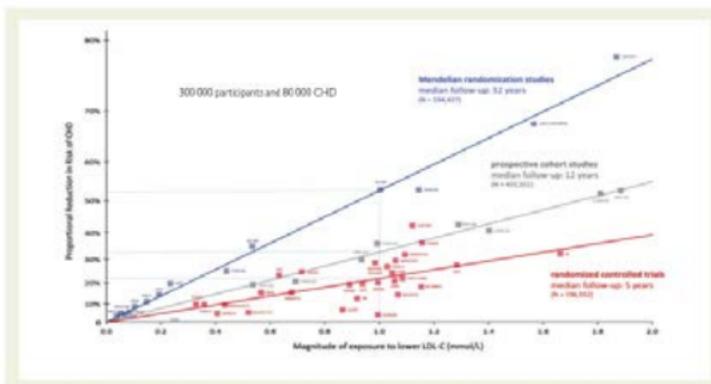


Figure 2 Log-linear association per unit change in low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) and the risk of cardiovascular disease as reported in meta-analyses of Mendelian randomization studies, prospective epidemiologic cohort studies, and randomized trials. The increasingly steeper slope

Conclusion

Consistent evidence from numerous and multiple different types of clinical and genetic studies unequivocally establishes that **LDL causes ASCVD**.

Estatinas / Ezetimibe

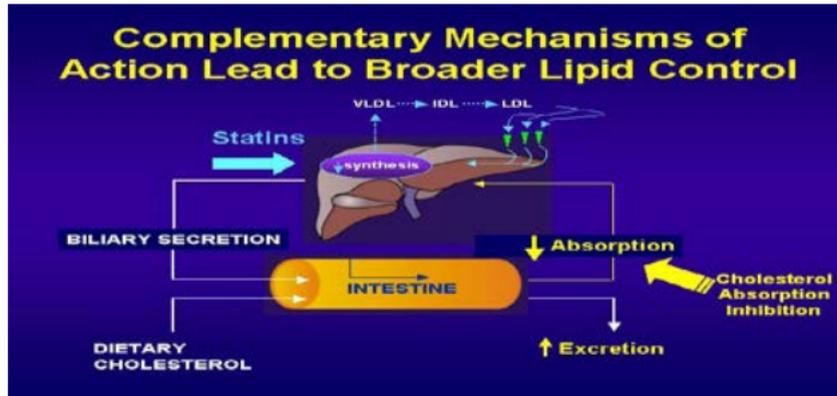
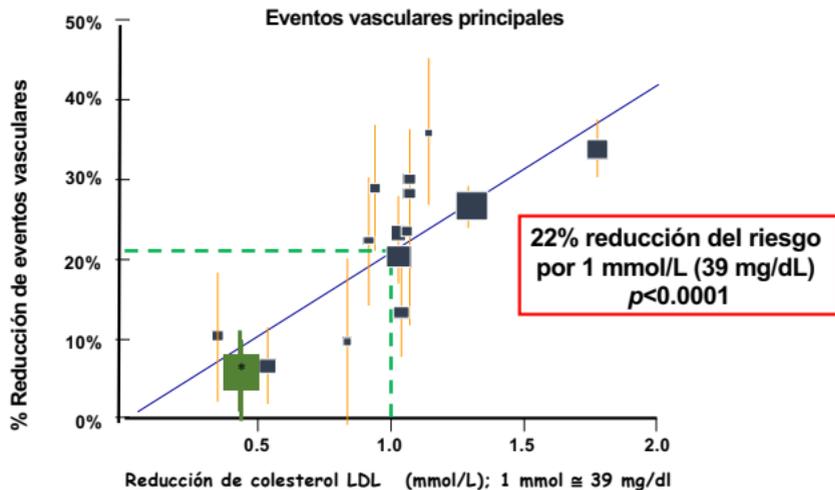


Tabla 8 Clasificación de la terapia hipolipemiante según la eficacia terapéutica

Muy alta (reduce el cLDL > 60%)	Alta (reduce el cLDL 50-60%)	Media (reduce el cLDL 30-49%)	Baja (reduce el cLDL < 30%)
Atorvastatina 40-80 mg + Ezetimiba 10 mg Rosuvastatina 20-40 mg + Ezetimiba 10 mg	Atorvastatina 40-80 mg Rosuvastatina 20-40 mg Simvastatina 20-40 mg + Ezetimiba 10 mg Pravastatina 40 mg + Ezetimiba 10 mg Lovastatina 40 mg + Ezetimiba 10 mg Fluvastatina 80 mg + Ezetimiba 10 mg Pitavastatina 2-4 mg + Ezetimiba 10 mg Atorvastatina 10-20 mg + Ezetimiba 10 mg Rosuvastatina 5-10 mg + Ezetimiba 10 mg	Atorvastatina 10-20 mg Rosuvastatina 5-10 mg Simvastatina 20-40 mg Pravastatina 40 mg Lovastatina 40 mg Pitavastatina 2-4 mg Fluvastatina XL 80 mg Simvastatina 10 mg + Ezetimiba 10 mg Pravastatina 20 mg + Ezetimiba 10 mg Lovastatina 20 mg + Ezetimiba 10 mg Fluvastatina 40 mg + Ezetimiba 10 mg Pitavastatina 1 mg + Ezetimiba 10 mg	Simvastatina 10 mg Pravastatina 10-20 mg Lovastatina 10-20 mg Fluvastatina 40 mg Pitavastatina 1 mg Ezetimiba 10 mg

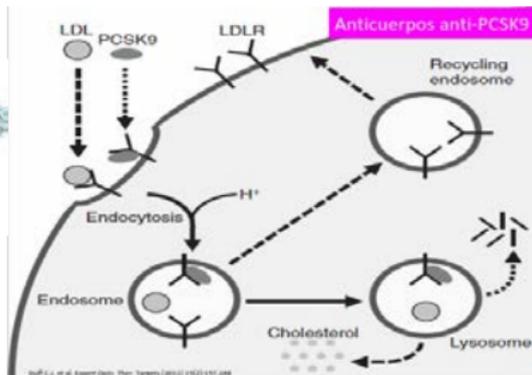
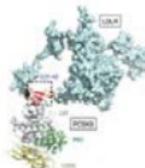
Relación entre reducciones en niveles de c-LDL y disminución de eventos CV



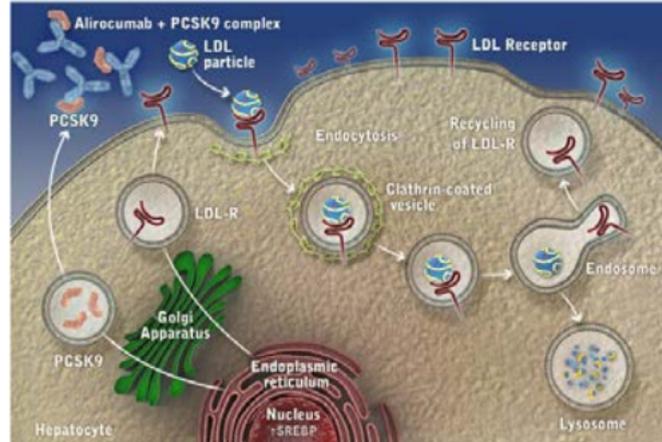
CTT Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet*, 2010; (366):1267-78

*Cannon C. *IMPROVE-IT Trial*: A Comparison of Ezetimibe/Simvastatin versus Simvastatin Monotherapy on Cardiovascular Outcomes After Acute Coronary Syndromes.

Control LDL Ac anti-PCSK9



Mecanismo de acción





Trial Design

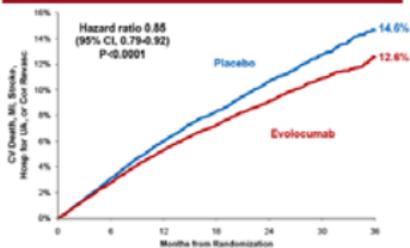


27,564 high-risk, stable patients with established CV disease
(prior MI, prior stroke, or symptomatic PAD)

Characteristic	Value
Statin use (%) ^a	
High-intensity	69
Moderate-intensity	30
Ezetimibe use (%)	5
Median lipid measures (IQR) – mg/dL	
LDL-C	92 (80-109)



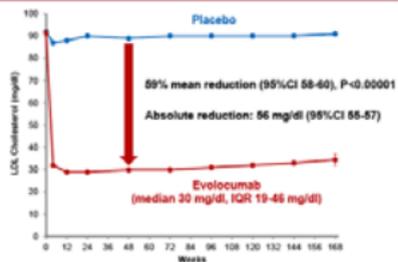
Primary Endpoint



SEACV Spanish Society of Cardiology
Hospital Universitario de León



LDL Cholesterol

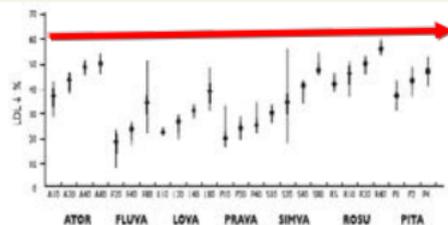


SEACV Spanish Society of Cardiology
Hospital Universitario de León

STOP prematuro: 2,2 años

Intensity of lipid lowering treatment

Treatment	Average LDL-C reduction
Moderate intensity statin	≈ 30%
High intensity statin	≈ 50%
High intensity statin plus ezetimibe	≈ 65%
PCSK9 inhibitor	≈ 60%
PCSK9 inhibitor plus high intensity statin	≈ 75%
PCSK9 inhibitor plus high intensity statin plus ezetimibe	≈ 85%

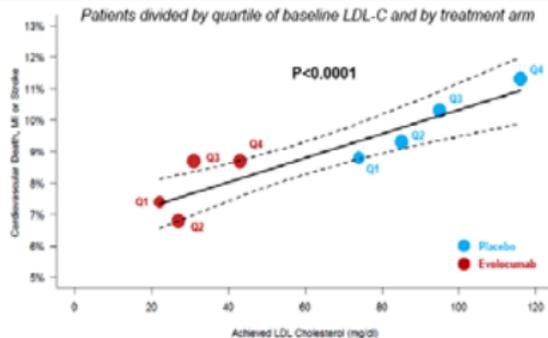


Wang TC, et al. *J Clin Pharm Ther*. 2010;35:139-151

Mukhtar KC, et al. *Int J Clin Pract*. 2005;59(2):229-232



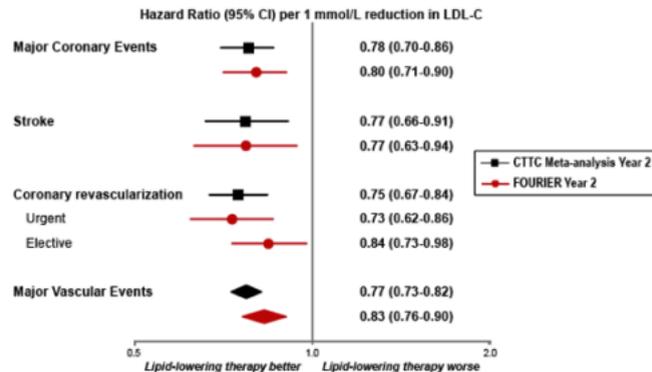
Lower LDL-C Is Better



An American Research Organization of
Baylor and Irving's Hospital and Harvard Medical School



Comparison to Cholesterol Treatment Trialists Collaboration



An Academic Research Organization of
Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School

CTTC data from *Lancet* 2010;376:1670-81



Safety



	Evolocumab (N=13,769)	Placebo (N=13,756)
Adverse events (%)		
Any	77.4	77.4
Serious	24.8	24.7
Allergic reaction	3.1	2.9
Injection-site reaction	2.1	1.6
Treatment-related and led to d/c of study drug	1.6	1.5
Muscle-related	5.0	4.8
Cataract	1.7	1.8
Diabetes (new-onset)	8.1	7.7
Neurocognitive	1.6	1.5
Laboratory results (%)		
Binding Ab	0.3	n/a
Neutralizing Ab	none	n/a

New-onset diabetes assessed in patients without diabetes at baseline, adjudicated by CEC



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMOS
SERVICIOS SOCIALES

AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO

Alirocumab

CONSIDERACIONES FINALES DEL GCEPT

Considerará su uso asociado en pacientes que cumplen los siguientes criterios:

- Pacientes con **Hipercolesterolemia familiar heterocigota (FH)** no controlada titulada como C-LEL superior a 100 mg/dl con la dosis máxima tolerada de estatinas.
- Pacientes con **apoplejía cerebrovascular, embolia de arterias periféricas, enfermedad cerebrovascular isquémica y enfermedad arterial periférica** no controladas titulada como C-LEL superior a 100 mg/dl con la dosis máxima tolerada de estatinas.
- Cualquiera de los pacientes de los grupos anteriores que sean intolerantes a las estatinas o en los que las estatinas estén contraindicadas y cuya C-LEL sea superior a 100 mg/dl.

	Indicaciones 1 y 2	Indicaciones 1 y 3	Indicaciones 1 y 4
Indicaciones 1 y 2	+	+	+
Indicaciones 1 y 3	+	+	-
Indicaciones 1 y 4	+	+	-

DEFINICIONES:

Hipercolesterolemia y estatinas (1,2): síndrome clínico caracterizado por **1)** hipercolesterolemia por encima del límite de estatinas toleradas, con o sin a la dosis más alta recomendada de inicio y la otra a cualquier dosis, **2)** Asociada con efectos adversos intolerables asociados a la estatina o anomalías de laboratorio significativas, **3)** Resultados de estudios o de los antecedentes de laboratorio o pruebas significativas, con la reducción de la dosis o discontinuación de la estatina, **4)** Intercursos o anomalías de laboratorio no atribuidos a otros causas, tales como interacciones farmacológicas u otras situaciones que aumenten el riesgo de toxicidad a estatinas.

Evolocumab

CONSIDERACIONES FINALES DEL GCEPT

Considerará su uso asociado en pacientes que cumplen los siguientes criterios:

- Pacientes con **Hipercolesterolemia familiar heterocigota (FH)** no controlada titulada como C-LEL superior a 100 mg/dl con la dosis máxima tolerada de estatinas.
- Pacientes con **Hipercolesterolemia familiar heterocigota (FH)** no controlada titulada como C-LEL superior a 100 mg/dl con la dosis máxima tolerada de estatinas.
- Pacientes con **apoplejía cerebrovascular, embolia de arterias periféricas, enfermedad cerebrovascular isquémica y enfermedad arterial periférica** no controladas titulada como C-LEL superior a 100 mg/dl con la dosis máxima tolerada de estatinas.
- Cualquiera de los pacientes de los grupos anteriores que sean intolerantes a las estatinas o en los que las estatinas estén contraindicadas y cuya C-LEL sea superior a 100 mg/dl.

TG

Dislipemia aterogénica (SEA)

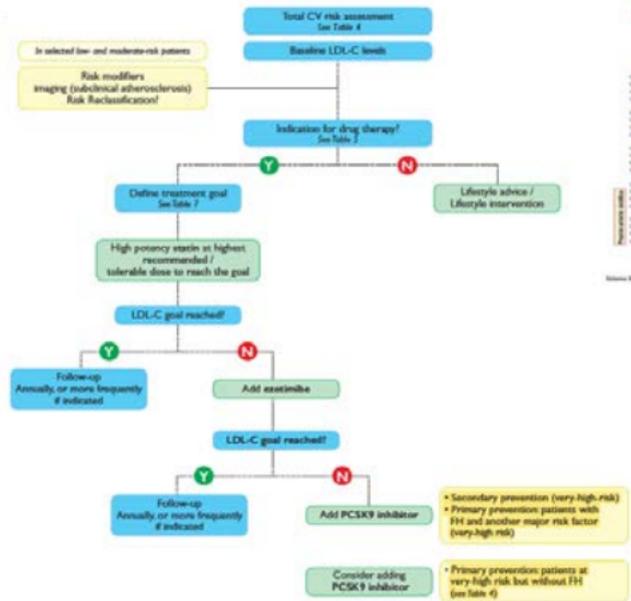
Parámetros	Criterios o valores definitorios
Triglicéridos	> 150 mg/dl
Colesterol-HDL	< 40 mg/dl en hombres < 45 mg/dl en mujeres
Colesterol-LDL	> 100 mg/dl
Colesterol-no-HDL	> 130 mg/dl
Colesterol total/Colesterol-HDL	> 5 en hombres > 4,5 en mujeres
LDL pequeñas y densas	Triglicéridos/Colesterol-HDL > 2



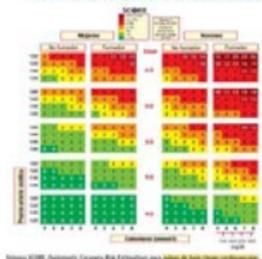
TG > 150 mg/dl → Aumenta RCV

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 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	<p>ACCORD</p> <p>PROMINENT</p> 
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	<p>(REDUCE-IT)</p>



Total cardiovascular risk estimation



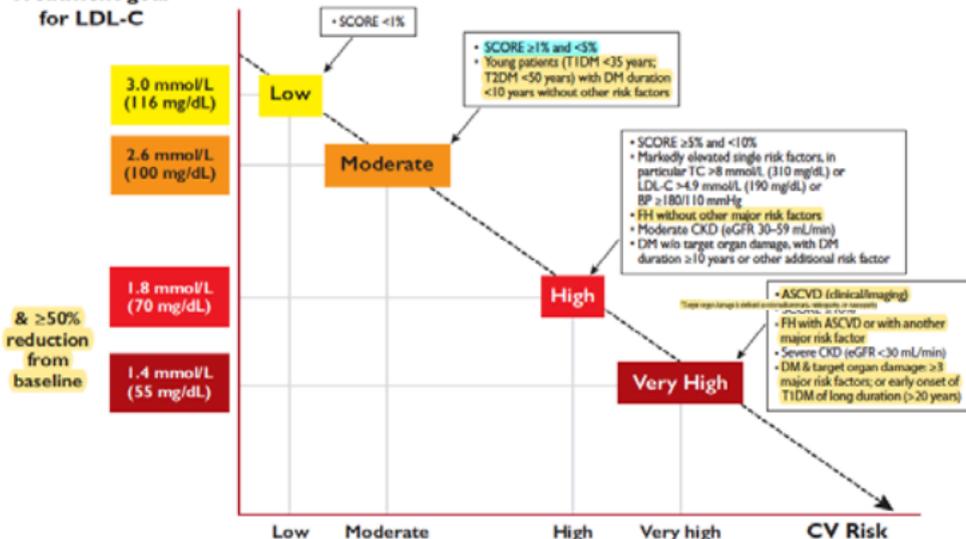
SCORE para el sur de Europa

DIABETES: x3 (Varón), x5 (Mujer)

Risk-Range 10Y a 10 años según SCORE = 1%
Rango-medio 10Y a 10 años según SCORE = 1% a 10%
Rango-alto 10Y a 10 años según SCORE = 10% a 10%
Rango-very alto 10Y a 10 años según SCORE > 10%

Indicaciones de inicio de TAC
 - > 10 años de edad
 - Tabaco (30 años / 10 años de edad)
 - Diabetes (10 años de edad)
 - Hipertensión (10 años de edad)
 - Colesterol elevado (10 años de edad)

Treatment goal for LDL-C



- For patients with ASCVD who experience a second vascular event within 2 years (not necessarily of the same type as the first event) while taking maximally tolerated statin therapy, an LDL-C goal of <1.0 mmol/L (<40 mg/dL) may be considered.

