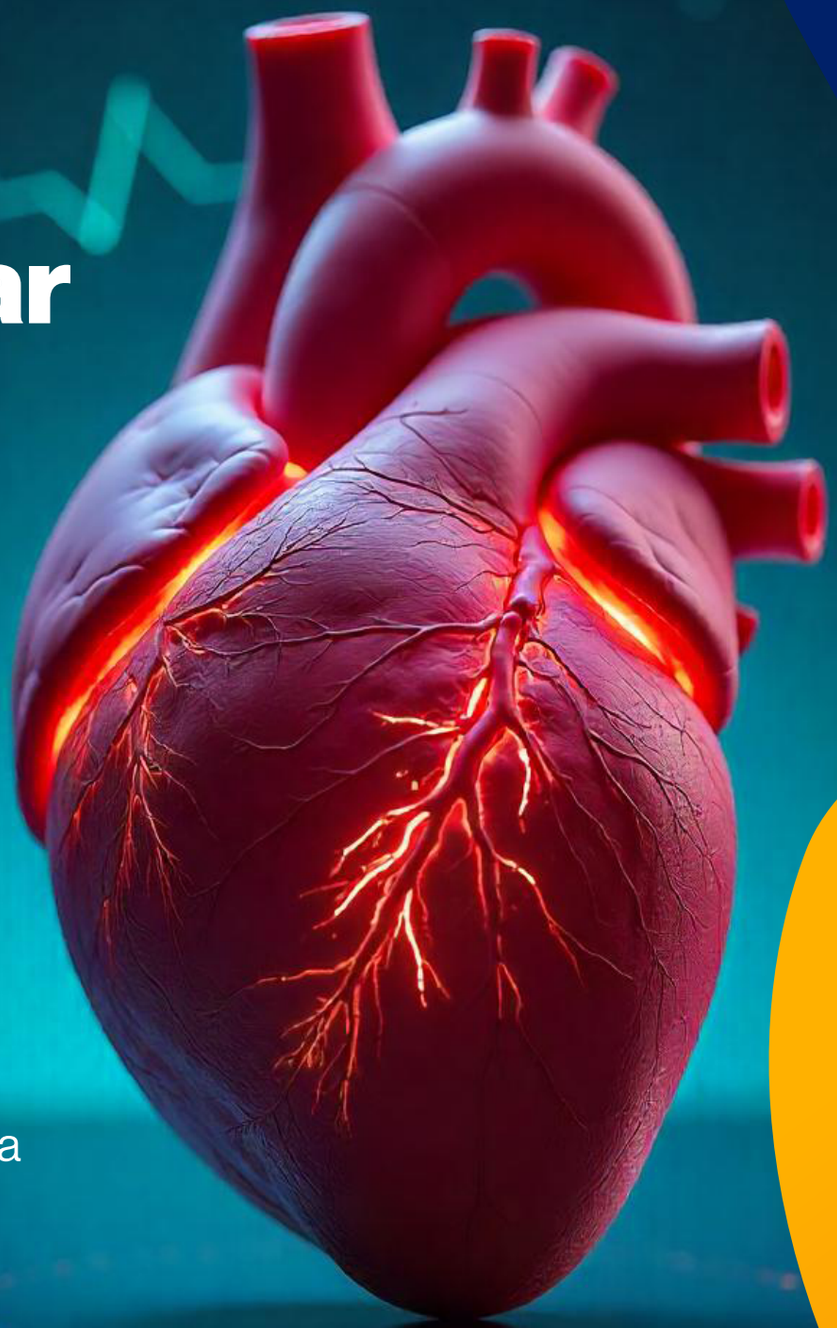
NOVARTIS | Reimagining Medicine

Cálcula y maneja el riesgo cardiovascular en menos de

2 minutos



Con base en el consenso, hemos desarrollado esta herramienta de apoyo para la práctica clínica.

Empezar

Este material no es promocional en lenguaje, apariencia o intención. Si se hace alusión a productos o indicaciones no aprobados por la autoridad regulatoria del país, será bajo el estricto propósito educativo, de genuino intercambio científico y para incluir las alternativas de tratamiento de forma balanceada, completa y vigente. Material dirigido a profesionales de la salud, administrativos y líderes de cuentas. Este material no pretende sustituir o reemplazar una decisión clínica ni terapéutica. Más información en el Departamento Médico de Novartis S.A Colombia: 6544444. Si desea reportar un evento adverso ingrese al siguiente link: www.novartis.com/report o a través del correo electrónico: colombia.farmacovigilancia@novartis.com. Para mayor información diríjase a informacion.cientifica@novartis.com. No se autoriza la grabación, toma de fotografías y distribución del material y tampoco difusión por medios no autorizados por Novartis. Novartis de Colombia S.A. Calle 93B No. 16-31. PBX 654 44 44. Bogotá, D.C. Novartis de Colombia S.A. Novartis Pharma, AG de Basilea, Suiza ®= Marca registrada. Content ID 11465487 Fecha de aprobación: 02/07/2025

Consenso colombiano de dislipidemia

Evaluación y manejo del riesgo cardiovascular

Ver ▶

Recomendaciones toma perfil lipídico

Ver ▶

Recomendaciones de futuros medicamentos hipolipemiantes

Ver ▶

Evaluación y manejo del paciente con hipertriglicidemia

Ver ▶

NOVARTIS | Reimagining Medicine

PASO 1:
Identificar condiciones de clasificación automáticas del riesgo

¿Su paciente presenta alguno de estos factores de riesgo?

ECV aterosclerótica establecida
IAM, ACV/AIT, enfermedad carotidea o arterial periférica y/o historia personal de procedimientos de revascularización arterial quirúrgica o percutánea

ECV aterosclerótica subclínica
Obstrucción vascular ≥ 50 % o placa vulnerable o con criterios imagenológicos de alto riesgo

Diabetes más uno de los siguientes:
Daño de órgano blanco 3 o más factores de RCV*, Diabetes tipo 1 de larga duración (> 20 años)

Hipercolesterolemia familiar homocigótica

Hipercolesterolemia familiar heterocigótica
En presencia de 1 o más factores de RCV*

Enfermedad renal crónica
TFGe < 30 ml/min/1.73 m² por CKD EPI

*** Factores de riesgo cardiovascular:** Edad > 65 años (edad > 75 años doble puntaje), hipertensión arterial, tabaquismo, prediabetes, síndrome metabólico, sedentarismo, enfermedad crónica basada en adiposidad/obesidad (IMC > 30 kg/m2), obesidad abdominal (perímetro abdominal > 94 cm hombres y 90 cm mujeres), enfermedad esteatósica hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD), apnea del sueño, hiperuricemia, disfunción eréctil, entre otros.

Sí

No

◀ Volver

IAM: Infarto agudo de miocardio
ACV: Accidente cerebrovascular
AIT: Accidente isquémico transitorio
RCV: Riesgo cardiovascular
TFGe: Tasa de filtración glomerular estimada
CKD EPI: Chronic kidney disease epidemiology laboration

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Paciente de **MUY ALTO** riesgo cardiovascular

¿Es un paciente con ECV con un segundo evento vascular en menos de 2 años en manejo con estatinas de alta intensidad a dosis máxima tolerada?

Sí **No**

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Meta cLDL **< 40 mg/dl**

y reducción

≥ 50 del valor basal

Iniciar tratamiento con **ESTATINAS ALTA INTENSIDAD + EZETIMIBA**

Ver ▶

Y

Manejo integral del riesgo cardiovascular

Ver ▶

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Paciente de MUY ALTO riesgo cardiovascular

Metas:

cLDL < 55 mg/dl y reducción > 50 % del valor basal y cnoHDL < 85 mg/dl

Iniciar tratamiento con **ESTATINAS ALTA INTENSIDAD + EZETIMIBA**

Ver ▶

Y

Manejo integral del riesgo cardiovascular

Ver ▶

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Iniciar tratamiento con
ESTATINAS ALTA INTENSIDAD + EZETIMIBA

Manejo con **Estatinas**

Manejo con **Ezetimiba**

Seguimiento de LDL a las 6 semanas
¿cLDL < 55 mg/dl?

Sí

No

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Mantener terapia establecida
Control de cLDL y cNoHDL cada año

- Considerar la evaluación del riesgo residual en pacientes que alcancen y mantegan las metas de cLDL
- Cumplimiento de guías de cuidado para el manejo de lípidos, diabetes, hipertensión arterial, antiagregación, entre otros.

Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Terapia dual Adicionar

TERAPIA DIRIGIDA A LA PCSK9

Inhibidores de PCSK9/RNApi dirigido a la PCSK9

Evaluación adherencia y persistencia al tratamiento

Manejo con **RNApi** dirigido a la **PCSK9**

Manejo con **iPCSK9**

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Recomendaciones para el cuidado del paciente que no logra metas de cLDL y cNoHDL

Remisión a especialista y grupos interdisciplinarios de cuidado del paciente con dislipidemia.

Evaluación de adherencia y persistencia al tratamiento farmacológico de la dislipidemia.

Adherencia terapéutica	Persistencia
Es el número total de días de toma de medicamentos de acuerdo con las pautas del prescriptor durante el período de seguimiento. Implica la aceptación del plan de tratamiento, la aplicación efectiva de las recomendaciones y un compromiso activo del paciente para lograr un resultado específico.	Es el número de días de utilización continua del medicamento durante un período específico, ya que el resultado de un tratamiento está influido por la duración del mismo.

¿Cómo mejorar la adherencia y la persistencia a los fármacos hipolipemiantes?

- Educar al paciente para que entienda el régimen de tratamiento, los beneficios esperados y los posibles efectos adversos.
- Reducir barreras, como la disponibilidad de entrega y la reformulación por parte del asegurador, para obtener los medicamentos.
- Prescribir los medicamentos de manera semestral para garantizar la continuidad de la formulación y entrega de estos por parte del asegurador.
- Hacer seguimiento estrecho, mediante clínica y pruebas de laboratorio, para evaluar la adherencia al tratamiento.
- Interrogar por efectos adversos para resolver dudas y ajustar la terapia.
- Considerar la vinculación a grupos de pacientes con la misma enfermedad y los mismos medicamentos.

Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

PASO 2:
Identificar características de alto riesgo

¿Su paciente presenta alguno de estos factores de riesgo?

ECV aterosclerótica subclínica
Obstrucción vascular < 50 % por estudios imagenológicos

Factores de riesgo muy elevados
Colesterol total > 310 mg/dl
cLDL > 190 mg/dl
PA ≥ 180/110 mmHg

Diabetes sin criterios de muy alto riesgo más uno de los siguientes:
Duración ≥ 10 años
Presencia de 1 factor RCV*

3 o más factores de RCV*

Puntaje de calcio coronario
≥ 100 Unidades Agatston o
≥ P75 para la edad y el sexo

Hipercolesterolemia familiar heterocigótica
Sin la presencia de otros factores de RCV*

Lipoproteína (a) marcadamente elevada
≥ 180 mg/dl (430 nmol/L)

Enfermedad renal crónica
TFGe 30 - 60 ml/min/1.73m2 por CKD EPI

***Factores de riesgo cardiovascular:** Edad > 65 años (edad > 75 años doble puntaje), hipertensión arterial, tabaquismo, prediabetes, síndrome metabólico, sedentarismo, enfermedad crónica basada en adiposidad/obesidad (IMC > 30 kg/m2), obesidad abdominal (perímetro abdominal > 94 cm hombres y 90 cm mujeres), enfermedad esteatósica hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD), apnea del sueño, hiperuricemia, disfunción eréctil, entre otros.

Sí

No

◀ Volver

LDL: Lipoproteínas de baja densidad
PA: Presión arterial
RCV: Riesgo cardiovascular
TFGe: Tasa de filtración glomerular estimada
CKD EPI: Chronic kidney disease epidemiology collaboration

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Paciente de **ALTO** riesgo cardiovascular

Metas:

cLDL < 70 mg/dl y reducción > 50% del valor basal y cnoHDL < 100 mg/dl

Monoterapia **ESTATINAS ALTA INTENSIDAD**
o terapia dual **ESTATINAS MODERADA**
o **ALTA INTENSIDAD + EZETIMIBA**

Ver ▶

Y

Manejo integral del riesgo cardiovascular

Ver ▶

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Manejo con **Estatinas**

Manejo con **Ezetimiba**

Seguimiento de LDL a las 6 semanas
¿cLDL < 70 mg/dl?

Evaluación adherencia y persistencia al tratamiento

Sí

No

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Recomendaciones para el cuidado del paciente que no logra metas de cLDL y cNoHDL

Remisión a especialista y grupos interdisciplinarios de cuidado del paciente con dislipidemia.

Evaluación de adherencia y persistencia al tratamiento farmacológico de la dislipidemia.

Adherencia terapéutica	Persistencia
Es el número total de días de toma de medicamentos de acuerdo con las pautas del prescriptor durante el período de seguimiento. Implica la aceptación del plan de tratamiento, la aplicación efectiva de las recomendaciones y un compromiso activo del paciente para lograr un resultado específico.	Es el número de días de utilización continua del medicamento durante un período específico, ya que el resultado de un tratamiento está influido por la duración del mismo.

¿Cómo mejorar la adherencia y la persistencia a los fármacos hipolipemiantes?

- Educar al paciente para que entienda el régimen de tratamiento, los beneficios esperados y los posibles efectos adversos.
- Reducir barreras, como la disponibilidad de entrega y la reformulación por parte del asegurador, para obtener los medicamentos.
- Prescribir los medicamentos de manera semestral para garantizar la continuidad de la formulación y entrega de estos por parte del asegurador.
- Hacer seguimiento estrecho, mediante clínica y pruebas de laboratorio, para evaluar la adherencia al tratamiento.
- Interrogar por efectos adversos para resolver dudas y ajustar la terapia.
- Considerar la vinculación a grupos de pacientes con la misma enfermedad y los mismos medicamentos.

Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

Mantener terapia establecida
Control de cLDL y cNoHDL cada año

- Considerar la evaluación del riesgo residual en pacientes que alcancen y mantegan las metas de cLDL
- Cumplimiento de guías de cuidado para el manejo de lípidos, diabetes, hipertensión arterial, antiagregación, entre otros.

Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Monoterapia con estatinas

Adicionar EZETIMIBA

Manejo con **Ezetimiba** ▶

Terapia dual Adicionar

TERAPIA DIRIGIDA A LA PCSK9

Inhibidores de PCSK9/RNApi dirigida PCSK9

Manejo con **RNApi** dirigido a la **PCSK9**

Manejo con **iPCSK9**

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

PASO 3:
Identificar factores que potencian el riesgo

¿Su paciente presenta alguno de estos factores de riesgo?

Condiciones inflamatorias crónicas
Artritis reumatoide, psoriasis, infección por VIH, lupus eritematoso sistemico, enfermedad inflamatoria intestinal, otras

Condiciones específicas en la mujer
Preeclampsia, hipertensión gestacional, diabetes gestacional, síndrome de ovario androgénico, insuficiencia ovárica prematura y menopausia precoz

Biomarcadores elevados
Proteina C reactiva ultrasensible ≥ 2 mg/L
Lipoproteína (a) ≥ 50 mg/dl (125 nmol/L)
Apo B ≥ 130 mg/dl
Relación Albumina:
Creatinina urinaria > 30 mg/g

Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura
< 55 años hombres
< 65 años mujeres

Diabetes sin criterios de muy alto y alto riesgo más los siguientes:
Duración < 10 años
Sin factores de RCV*

Índice tobillo/brazo
Valor < 0.9

Determinantes sociales de la salud
Condiciones socioeconómicas adversas definidas por pobreza multidimensional (PM)

Ver tabla

1 o 2 potenciadores de riesgo = Moderado riesgo cardiovascular

***Factores de riesgo cardiovascular:** Edad > 65 años (edad > 75 años doble puntaje), hipertensión arterial, tabaquismo, prediabetes, síndrome metabólico, sedentarismo, enfermedad crónica basada en adiposidad/obesidad (IMC > 30 kg/m2), obesidad abdominal (perímetro abdominal > 94 cm hombres y 90 cm mujeres), enfermedad esteatósica hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD), apnea del sueño, hiperuricemia, disfunción eréctil, entre otros.

Sí

No

◀ Volver

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Pobreza multidimensional (PM). Se considera que una persona cumple la definición de pobreza multidimensional cuando tiene 5 de las siguientes características:

Criterio	Una persona se considera privada de cada criterio cuando…	Cumple criterio
Privación por logro educativo	Pertenece a un hogar donde la educación promedio de las personas mayores de 15 años es menor a 9 años de educación.	Si ☐ No ☐
Privación por analfabetismo	Pertenece a un hogar en el que hay, al menos, una persona > 15 años que no sabe leer y escribir.	Si ☐ No ☐
Privación por inasistencia escolar	Pertenece a un hogar que tiene, al menos, un niño entre 6 y 16 años que no asiste a una institución educativa.	Si ☐ No ☐
Privación por rezago escolar	Pertenece a un hogar que tiene, al menos, un niño entre 7 y 17 años con rezago escolar (número de años aprobados inferior a la norma nacional	Si ☐ No ☐
Privación por acceso a servicios para el cuidado de la primera infancia	Pertenece a un hogar que tiene, al menos, un niño de 0 a 5 años sin acceso a todos los servicios de cuidado integral (salud, nutrición y cuidado).	Si ☐ No ☐
Privación por trabajo infantil	Pertenece a un hogar que tiene, al menos, un niño entre 12 y 17 años trabajando.	Si ☐ No ☐
Privación por desempleo de larga duración	Pertenece a un hogar que tiene, al menos, una persona de la Población Económicamente Activa (PEA) desempleada por más de 12 meses.	Si ☐ No ☐
Privación por empleo formal	Pertenece a un hogar que tiene, al menos, un ocupado sin afiliación a pensiones.	Si ☐ No ☐
Privación por falta de aseguramiento en salud	Pertenece a un hogar que tiene, al menos, una persona mayor de 5 años que no se encuentra asegurada en salud.	Si ☐ No ☐
Privación por barreras de acceso a salud dada una necesidad	Pertenece a un hogar que tiene, al menos, una persona que en los últimos 30 días tuvo una enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud, y que para este problema no haya acudido a un profesional de la salud.	Si ☐ No ☐
Privación por acceso a fuente de agua mejorada	Pertenece a un hogar que no cuenta con servicio de acueducto. En el caso de los hogares rurales, una persona se considera privada si el agua la obtienen de pozo sin bomba, agua lluvia, río, manantial, carrotanque, aguatero u otra fuente.	Si ☐ No ☐
Privación por inadecuada eliminación de excretas	Pertenece a un hogar que no cuenta con servicio público de alcantarillado. En el caso de los hogares rurales, cuentan con inodoro sin conexión, bajamar o no tienen servicio sanitario.	Si ☐ No ☐
Privación por material inadecuado de pisos	Pertenece a un hogar, cuya vivienda cuenta con pisos de tierra.	Si ☐ No ☐
Privación por material inadecuado de paredes exteriores	Pertenece a un hogar cuya vivienda cuenta con paredes de madera burda, tabla, tablón, guadua u otro vegetal, zinc, tela, cartón, desechos o no tiene paredes.	Si ☐ No ☐
Privación por hacinamiento crítico	Pertenece a un hogar donde hay tres o más personas por cuarto.	Si ☐ No ☐
	Total puntos:	

Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

Paciente con MODERADO riesgo cardiovascular

Metas:
cLDL < 100 mg/dl y reducción > 50 % del valor basal y cnoHDL < 130 mg/dl

ESTATINAS MODERADA o **ALTA INTENSIDAD**
en pacientes con cLDL > 100 mg/dl

Ver ▶

Y

Manejo integral del riesgo cardiovascular

Ver ▶

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Manejo con **Estatinas**

Seguimiento de LDL a las 6 semanas
¿cLDL < 100 mg/dl?

Sí

No

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Mantener terapia establecida
Control de cLDL y cNoHDL cada año

- Considerar la evaluación del riesgo residual en pacientes que alcancen y mantegan las metas de cLDL
- Cumplimiento de guías de cuidado para el manejo de lípidos, diabetes, hipertensión arterial, antiagregación, entre otros.

Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Recomendaciones para el cuidado del paciente que no logra metas de cLDL y cNoHDL

Remisión a especialista y grupos interdisciplinarios de cuidado del paciente con dislipidemia.

Evaluación de adherencia y persistencia al tratamiento farmacológico de la dislipidemia.

Adherencia terapéutica	Persistencia
Es el número total de días de toma de medicamentos de acuerdo con las pautas del prescriptor durante el período de seguimiento. Implica la aceptación del plan de tratamiento, la aplicación efectiva de las recomendaciones y un compromiso activo del paciente para lograr un resultado específico.	Es el número de días de utilización continua del medicamento durante un período específico, ya que el resultado de un tratamiento está influido por la duración del mismo.

¿Cómo mejorar la adherencia y la persistencia a los fármacos hipolipemiantes?

- Educar al paciente para que entienda el régimen de tratamiento, los beneficios esperados y los posibles efectos adversos.
- Reducir barreras, como la disponibilidad de entrega y la reformulación por parte del asegurador, para obtener los medicamentos.
- Prescribir los medicamentos de manera semestral para garantizar la continuidad de la formulación y entrega de estos por parte del asegurador.
- Hacer seguimiento estrecho, mediante clínica y pruebas de laboratorio, para evaluar la adherencia al tratamiento.
- Interrogar por efectos adversos para resolver dudas y ajustar la terapia.
- Considerar la vinculación a grupos de pacientes con la misma enfermedad y los mismos medicamentos.

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

PASO 4:
Calcular el riesgo cardiovascular a 10 años

Calculadora de riesgo
ASCVD AHA/ACC

Calibración
Multiplicar resultado por
0.54 en mujeres
0.28 en hombres

> 20 % Alto riesgo
5 - 20 % Riesgo moderado
< 5 % Bajo riesgo

¡Cálcular !

Tamizaje del
perfil lipídico

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Tamizaje del perfil lipídico

- Iniciar tamizaje de dislipidemia a partir de los 18 años, debe realizarse ada cinco años.
- Para adultos mayores de 40 años, la frecuencia de tamizaje deberá ser anual.
- Para personas con condiciones especiales y riesgo cardiovascular aumentado se recomienda tamizaje anual.
- La Lp(a) debería realizarse en todos los pacientes, por lo menos una vez en la vida en nmol/L.
- Realizar tamizaje con la medición de CT, TG, cHDL y el cálculo de LDL.
- Para la estimación de cLDL (Friedewald, Sampson o Martin/Hopkins), el nivel de TG debe ser < 400 mg/dl, en caso de que sea mayor, solicitar cLDL directo.

Ecuaciones para calcular el cLDL

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Tamizaje del perfil lipídico

Ecuaciones para calcular el cLDL

- Ecuación de friedewald: cLDL = CT - cHDL - (TG/5)
- Ecuación de Sampson: cLDL = CT/0.948 - cHDL/0.971 - [TG/0.56 + (TG x cNoHDL) /2.140 - (TG2/16.100) - 9.44]
- Ecuación de Martin/hopkins: integra un factor individualizado en el denominador, para tener en cuenta la heterogeneidad de la relación de TG y cVLDL.

de TG debe ser < 400 mg/dl, en caso de que sea mayor, solicitar cLDL directo.

Ecuaciones para calcular el cLDL

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

CLASIFICACIÓN SEGÚN
CÁLCULO DE RIESGO

ASCVD Risk Estimator +

Metas:

cLDL <116 mg/dl y reducción >50% del valor basal y cnoHDL <150 mg/dl

◀ Volver

Referencia: • García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66
• American College of Cardiology. ASCVD Risk Estimator Plus [Internet]. American College of Cardiology. Available from: https://tools.acc.org/ascvd-risk-estimator-plus/#!/calculate/estimate/ (Accessed 2023 Oct 5).

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Ezetimiba

Grupo terapéutico Medicamento	Formas farmacéuticas	Vía de administración	Rango de dosis
Ezetimiba	Tabletas 10 mg	Oral[f]	10 mg/día

Grupo terapéutico	Mecanismo de acción	Efectos adversos más frecuentes	Recomendaciones para mejorar adherencia
Inhibidores de la absorción de colesterol	Disminución de la absorción intestinal del colesterol por inhibición de la proteína Niemann- Pick C1 tipo 1	Infección del tracto respiratorio superior, diarrea, artralgias, mialgias	Uso de formas farmacéuticas en combinación con estatinas para simplificar el tratamiento, reducir el número de píldoras y evitar la polifarmacia

Colesterol total	cLDL	cHDL	Triglicéridos	Lp (a)
↓13%	↓18%	↑1%	↓9%	↓0-5%

Recomendaciones

Paciente con MUY ALTO riesgo Volver ▶

Paciente con ALTO riesgo Volver ▶

[f]Administración en cualquier momento del día.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Ezetimiba

Grupo terapéutico		Vía de	
Ez			

Gr			
Inhib de c			ficar

Recomendaciones

- No tiene ningún impacto sobre la mortalidad por todas las causas o la mortalidad cardiovascular.
- Reduce el riesgo de MACE.
- Disminuye los valores de CT, TG y LDL, y aumenta la concentración de HDL.
- Aumenta la probabilidad de lograr los objetivos terapéutico.
- Se asocia con una baja probabilidad de efectos secundarios.

Punto de buena práctica

La reducción en el CT, el TG y el LDL es significativamente mayor cuando se adiciona a la terapia con estatinas.

Recomendaciones
Paciente con MUY ALTO riesgo Volver ▶
Paciente con ALTO riesgo Volver ▶

[f] Administración en cualquier momento del día.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

Estatinas

Grupo terapéutico Medicamento	Formas farmacéuticas	Vía de administración	Rango de dosis
Estatinas Inhibidores de la absorción de colesterol			
Atorvastatina*	Tableta 10, 20, 40, 80 mg	Oral[f]	10 a 80 mg/día
Rosuvastatina*†	Tableta 10, 20, 40 mg	Oral[f]	5 a 40 mg/día
Simvastatina*	Tableta 10, 20, 40 mg	Oral¶	10 a 40 mg/día
Pravastatina‡	Tableta 5 mg, 10, 20, 40 mg	Oral¶	10 a 80 mg/día
Lovastatina	Tabletas 20 mg	Oral¶	20 a 80 mg/día

Grupo terapéutico	Mecanismo de acción	Efectos adversos más frecuentes	Recomendaciones para mejorar adherencia
Estatinas	Disminución de la biosíntesis del colesterol por inhibición de la HMG-CoA reductasa.	Síntomas musculares relacionados a estatinas (mialgias), diarrea, nasofaringitis.	Educación al paciente sobre el objetivo del tratamiento y la seguridad de las estatinas para derribar mitos y falsas creencias.

Colesterol total	cLDL	cHDL	Triglicéridos	Lp (a)
↓19-37%	↓25-50%	↑4-10%	↓14-29%	↑0-10%

Recomendaciones

Paciente con MUY ALTO riesgo Volver ▶

Paciente con ALTO riesgo Volver ▶

Paciente con MODERADO riesgo Volver ▶

*Disponible en combinación con ezetimiba. †Disponible en combinación con ácido fenofíbrico.
[f]Administración en cualquier momento del día.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Estatinas

Grupo terapéutico Medicamento	Formas farmacéuticas	Vía de administración	Rango de dosis
Estatinas Inhibidores de la absorción de colesterol			
At			
Ro			
Si			
Pr			
Lo			
Gru			
Es			del as
	↓19-37 %	↓25-36 %	↑4-16 %	↓14-29 %	↑0-16 %

X

Recomendaciones

- En la población adulta con dislipidemia, reduce la mortalidad cardiovascular y por todas las causas.
- Reduce los MACE.
- Reduce significativamente los valores de CT, TG y LDL. puede tener un discreto efecto en la elevación del HDL.
- Aumenta la probabilidad de lograr los objetivos terapéutico.
- Se asocia con una baja probabilidad de efectos secundarios.

Punto de buena práctica

Beneficio de las estatinas en prevención primaria y secundaria.

Recomendaciones
Paciente con MUY ALTO riesgo Volver ▶
Paciente con ALTO riesgo Volver ▶
Paciente con MODERADO riesgo Volver ▶

*Disponible en combinación con ezetimiba. †Disponible en combinación con ácido fenofíbrico.
ƒAdministración en cualquier momento del día.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

RNApi PCSK9

Grupo terapéutico Medicamento	Formas farmacéuticas	Vía de administración	Rango de dosis
Inclisiran	Pluma precargada 284 mg/1.5 ml	Subcutánea	284 mg dosis inicial, repetir a los 3 meses, continuar cada 6 meses.

Grupo terapéutico	Mecanismo de acción	Efectos adversos más frecuentes	Recomendaciones para mejorar adherencia
ARN de pequeña interferencia (ARNpi) dirigidos a la PCSK9	Impide la síntesis de la PCSK9 por RNA de pequeña interferencia.	Reacciones en el sitio de aplicación, artralgias, bronquitis.	Utilizar recordatorios antes de la fecha de aplicación del medicamento.

Colesterol total	cLDL	cHDL	Triglicéridos	Lp (a)
↓34%	↓52%	↑10%	↓15%	↓14-21%

Realizar seguimiento de LDL a las 6 semanas

En caso de que el paciente no logre metas evaluar manejo integral del riesgo cardiovascular

Ver ▶

Recomendaciones

Paciente con MUY ALTO riesgo Volver ▶

Paciente con ALTO riesgo Volver ▶

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

RNApi PCSK9

Grupo terapéutico Medicamento	Formas farmacéuticas	Vía de administración	Rango de dosis
Inc			
ARN (AR			nto.

X

- Reduce significativamente los valores de CT, TG y LDL y tiene un discreto efecto en la elevación del HDL (IA).
- Aumenta la probabilidad de lograr los objetivos terapéuticos (IA).
- Se asocia con una baja probabilidad de efectos secundarios (IA).
- En la población adulta con dislipidemia, no existe evidencia de reducción de la mortalidad asociada a su uso (IIC).
- En la población adulta con dislipidemia de alto riesgo su uso es razonable para reducir del riesgo de MACE (IIB).

**En el momento de la publicación de este consenso hay estudios clínicos fase III en desarrollo cuyos resultados podrían ayudar a responder pregunta

En caso de que el paciente no logre metas evaluar manejo integral del riesgo cardiovascular

Ver ▶

Recomendaciones

Paciente con MUY ALTO riesgo Volver ▶

Paciente con ALTO riesgo Volver ▶

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

iPCSK9

Grupo terapéutico Medicamento	Formas farmacéuticas	Vía de administración	Rango de dosis
Alirocumab	Pluma precargada 75 mg/ml Pluma precargada 150 mg/ml	Subcutánea	75 mg cada 2 semanas o 150 mg cada 2 semanas o 300 mg cada mes
Evolocumab	Pluma precargada 140 mg/ml	Subcutánea	140 mg cada 2 semanas o 420 mg cada mes

Grupo terapéutico	Mecanismo de acción	Efectos adversos más frecuentes	Recomendaciones para mejorar adherencia
Inhibidores de la PCSK9	Inhibición de la acción de la PCSK9 por anticuerpos monoclonales.	Reacciones en el sitio de aplicación, diarrea, alteración de las pruebas hepáticas, cefalea, nasofaringitis, influenza.	Utilizar recordatorios antes de la fecha de aplicación del medicamento.

Colesterol total	cLDL	cHDL	Triglicéridos	Lp (a)
↓40-50%	↓60%	↑9%	↓26%	↓20-25%

Realizar seguimiento de LDL a las 6 semanas

En caso de que el paciente no logre metas evaluar manejo integral del riesgo cardiovascular

Ver ▶

Recomendaciones

Paciente con MUY ALTO riesgo Volver ▶

Paciente con ALTO riesgo Volver ▶

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

iPCSK9

Grupo terapéutico Medicamento	Formas farmacéuticas	Vía de administración	Rango de dosis
Alirocumab	Pluma precargada 75 mg/ml Pluma precargada 150 mg/ml	Subcutánea	75 mg cada 2 semanas o 150 mg cada 2 seman
Ev			
G			ara
Inh			s del

X

- En la población con dislipidemia de alto o muy alto riesgo cardiovascular reducen el riesgo de mortalidad por todas las causas y de mortalidad cardiovascular (IA).
- En la población adulta con dislipidemia de alto riesgo disminuye el riesgo de muerte y MACE (IA).
- Reduce significativamente los valores de CT, TG y LDL y tiene un discreto efecto en la elevación del HDL (IA).
- Aumenta la probabilidad de lograr los objetivos terapéuticos (IA).
- Se asocia con una baja probabilidad de efectos secundarios (IA).
- Paciente con intolerancia a las estatinas, pueden utilizarse en combinación con terapias diferentes a las estatinas o monoterapia.

Realizar seguimiento de LDL a las 6 semanas

En caso de que el paciente no logre metas evaluar manejo integral del riesgo cardiovascular

Ver ▶

Recomendaciones

Paciente con MUY ALTO riesgo — Volver ▶

Paciente con ALTO riesgo — Volver ▶

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Manejo integral del riesgo cardiovascular

Educación al paciente

Adherencia y persistencia al tratamiento

Ver ▶

Control de factores de riesgo modificables

Adopción de hábitos de vida saludable

Ver ▶

Paciente con MUY ALTO riesgo

Volver ▶

Paciente con ALTO riesgo

Volver ▶

Paciente con MODERADO riesgo

Volver ▶

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Adherencia y persistencia al tratamiento

Adherencia terapéutica	Persistencia
Es el número total de días de toma de medicamentos de acuerdo con las pautas del prescriptor durante el período de seguimiento. Implica la aceptación del plan de tratamiento, la aplicación efectiva de las recomendaciones y un compromiso activo del paciente para lograr un resultado específico.	Es el número de días de utilización continua del medicamento durante un período específico, ya que el resultado de un tratamiento está influido por la duración del mismo.

¿Cómo mejorar la adherencia y la persistencia a los fármacos hipolipemiantes?

- Educar al paciente para que entienda el régimen de tratamiento, los beneficios esperados y los posibles efectos adversos.
- Reducir barreras, como la disponibilidad de entrega y la reformulación por parte del asegurador, para obtener los medicamentos.
- Prescribir los medicamentos de manera semestral para garantizar la continuidad de la formulación y entrega de estos por parte del asegurador.
- Hacer seguimiento estrecho, mediante clínica y pruebas de laboratorio, para evaluar la adherencia al tratamiento.
- Interrogar por efectos adversos para resolver dudas y ajustar la terapia.
- Considerar la vinculación a grupos de pacientes con la misma enfermedad y los mismos medicamentos.

Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

Adopción de hábitos de vida saludable

Recomendaciones
alimentación

Ver ▶

Recomendaciones
ejercicio

Ver ▶

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Recomendaciones **alimentación**

Inclusión de alimentos ricos en fibra

- Frutas especialmente enteras
- Vegetales
- Cereales integrales
- Leguminosas

Reducción de grasas saturadas, trans y carbohidratos

Carbohidratos recomendados:

- Arroz integral
- Avena
- Lentejas
- Garbanzos
- Fríjoles.

Inclusión de grasas saludables

- Aceite de oliva
- Aguacate
- Frutos secos
- Peces de agua fría

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Recomendaciones **ejercicio**

Adultos

Se recomienda:

- 150-300 minutos de actividad de intensidad moderada (Caminar o montar en bicicleta) o 75 minutos de alta intensidad (Correr) o una combinación de ambas (Ejercicios de respiración, flexibilidad) cada semana.
- Ejercicios de fortalecimiento muscular y flexibilidad dos veces por semana.
- Se resalta la importancia del calentamiento y estiramiento.

Adultos mayores

Se recomienda:

- 50 minutos de actividad aeróbica de intensidad moderada, aumentando gradualmente, si ya están activos 75 minutos de actividad intensa.
- Ejercicios de fuerza, equilibrio y flexibilidad, al menos dos días por semana.
- Se puede fraccionar durante el día en periodos de 15-20 minutos, educar sobre la importancia del calentamiento y enfriamiento.

Escala de Borg o escala de percepción del esfuerzo:

Se recomienda:

- Ejercicio físico de resistencia cardiovascular con intensidad moderada a alta para controlar la intensidad de la actividad física.

Escala

Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Escala original		Escala modificada	
6	Sin esfuerzo	0	Nulo
7		0.5	Apenas perceptible
8		1	Muy ligero
9M	uy ligero	2	Ligero
10		3	Moderado
11	Ligero	4	Algo pesado
12		5	Pesado (duro)
13	Algo duro	6	
14		7	Muy duro
15	Duro (pesado)	8	
16		9	
17	Muy pesado	10	Extremadamente duro (máximo)
18			
19	Extremadamente duro		
20	Máximo ejercicio		

En la escala original una persona con actividad fisica de predominio aeróbico que reporte una percepción de esfuerzo de 1, esta ejercitándose a una frecuencia cardiaca cercana a los 140 latidos por minuto. En la escala modificada, una percepción de esfuerzo de 6, esta ejercitandose alrededor del 60% de su frecuencia cardiaca máxima.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

Recomendaciones toma perfil lipídico

Tamizaje del
perfil lipídico

Ver ▶

Recomendaciones
generales

Ver ▶

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Tamizaje del perfil lipídico

- Iniciar tamizaje de dislipidemia a partir de los 18 años, debe realizarse ada cinco años.
- Realizar tamizaje con la medición de CT, TG, cHDL y el cálculo de LDL.
- Para adultos mayores de 40 años, la frecuencia de tamizaje deberá ser anual.
- Para personas con condiciones especiales y riesgo cardiovascular aumentado se recomienda tamizaje anual.
- La Lp(a) debería realizarse en todos los pacientes, por lo menos una vez en la vida en nmol/L.

Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Recomendaciones generales

- Cuando la meta es menor de 70 mg/dl, se recomienda solicitar cLDL directo.
- La medición de ApoB deber realizarse cuando se considere un objetivo terapéutico o sus valores generen cambio en la conducta de tratamiento de los pacientes.
- Para la estimación de cLDL (Friedewald, Sampson o Martin/Hopkins), el nivel de TG debe ser <400 mg/dl, en caso de que sea mayor, solicitar cLDL directo.

Ecuaciones para calcular el cLDL

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Recomendaciones generales

- Ecuación de Friedewald: cLDL = CT - cHDL - (TG/5)
- Ecuación de Sampson: cLDL = CT/0.948 - cHDL/0.971 - [TG/0.56 + (TG x cNoHDL) /2.140 - (TG 2/16.100) - 9.44].
- Ecuación de Martin/Hopkins: integra un factor individualizado en el denominador, para tener en cuenta la heterogeneidad de la relación de TG y cVLDL.

Ecuaciones para calcular el cLDL

Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Recomendaciones a futuros medicamentos hipolipemiantes

Acido bempedoico

Grupo terapéutico Medicamento	Formas farmacéuticas	Vía de administración	Rango de dosis
Ácido bempedoico	Tableta 180 mg	Oral[f]	180 mg/día

Grupo terapéutico	Medicamento	Mecanismo de acción	Efectos adversos más frecuentes	Recomendaciones para mejorar adherencia
Inhibidor de la ATP citrato liasa	Ácido bempedoico	Disminución de la biosíntesis del colesterol por inhibición de la ATP liasa a nivel hepático	Hiperuricemia, infección del tracto respiratorio superior, elevación de transaminasas, bronquitis.	Alarma para recordatorio de dosis diaria

Medicamentos	Colesterol total	cLDL	cHDL	Triglicéridos	Lp (a)
Ácido bempedoico	↓15-17%	↓15-19%	↓0-4%	↑8%	↑0-2%

Recomendaciones

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Recomendaciones a futuros medicamentos hipolipemiantes

X

Recomendaciones

- En la población adulta con dislipidemia, solo o encombinación con estatinas, no ha demostradounadisminución de mortalidad cardiovascular o porcualquier causa (IB)
- Reduce loseventoscardiovascularesadversosmayores (IB)
- Reduce significativamente los valores de CT, TG y LDL, aunque no deseado reduce el HDL (IA)
- Aumenta la probabilidad de lograr los objetivos terapéuticos (IA)
- Se asocia con una baja probabilidad de efectos secundarios (IA)

Punto de buena práctica

- En pacientes intolerantes a las estatinas el uso de ácido bempedoico sugiere una diminución de mortalidad cardiovascular o por todas las causas como parte de un desenlace combinado.
- Se sugiere el uso en pacientes que requieran una reducción del cLDL <15% para llegar a la meta terapéutica y en pacientes intolerantes a estatinas

Recomendaciones

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Evaluación y manejo del
paciente con hipertriglicidemia

- Evaluación del riesgo cardiovascular: Estrategia de evaluación del riesgo cardiovascular en 4 pasos
- Evaluación de causas secundarias de hipertrigliceridemia: Diabetes, endocrinopatías, enfermedad crónica basada en adiposidad/obesidad, medicamentos, síndrome metabólico, enfermedades hepáticas, consumo de alcohol, enfermedad renal crónica, infección por HIV entre otros.
- Tratamiento de factores modificables: Hábitos nutricionales, sedentarismo, alcohol, medicamentos, control de peso, actividad física.

Triglicéridos 150 - 500 mg/dl
Reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular

Ver ▶

Triglicéridos > 500 mg/dl
Reducción del riesgo de pancreatitis

Ver ▶

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

Triglicéridos 150 - 500 mg/dl

Reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular

Sin enfermedad cardiovascular establecida o sin diabetes

Ver ▶

Enfermedad cardiovascular establecida y/o diabetes mas un factor de riesgo

Ver ▶

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Sin enfermedad cardiovascular
establecida o sin diabetes

Modificación de hábitos de vida

Azúcares adicionadas < 6%
Grasas totales 30 - 35%
Restricción de alcohol
Actividad fisica† y disminución de peso ‡

Orden recomendado de medicamentos

1. Estatinas +/- ezetimiba de acuerdo con la clasificación de riesgo cardiovascular

No se recomienda uso de fibratos

Control de fracciones lipídicas cada 6 semanas para evaluar el efecto de la intervención seleccionada sobre los triglicéridos

Manejo con **Estatinas**

Manejo con **Ezetimiba**

◀ Volver

†Actividad física: al menos 150 minutos de actividad aeróbica de moderada intensidad o 75 minutos de alta intensidad cada semana, o una combinación de ambos. ‡Disminución del 5 al 10 % del peso.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Enfermedad cardiovascular
establecida y/o diabetes mas un factor de riesgo

Modificación de hábitos de vida

Azúcares adicionadas < 6%
Grasas totales 30 - 35%
Restricción de alcohol
Actividad fisica† y disminución de peso ‡

Orden recomendado de medicamentos

1. Estatinas alta intensidad - ezetimiba
2. Icosapentanoato de etilo*
3. Fibratos

Control de fracciones lipídicas cada 6 semanas para evaluar el efecto de la intervención seleccionada sobre los triglicéridos

Manejo con **Estatinas**

Manejo con **Ezetimiba**

Manejo con **Fibratos**

Manejo con **Icosapentanoato de etilo**

*Icosapentanoato de etilo: pacientes enfermedad cardiovascular establecida y/lo diabetes con al menos un factor de riesgo en terapia con estatinas, con triglicéridos ≥ 150 mg/dL y cLDL entre 40 - 100 mg/dL. †Actividad física: al menos 150 minutos de actividad aeróbica de moderada intensidad o 75 minutos de alta intensidad cada semana, o una combinación de ambos. ‡Disminución del 5 al 10 % del peso.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

◀ Volver

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Triglicéridos > 500 mg/dl

Reducción del riesgo de pancreatitis

Triglicéridos 500 - 885 mg/dL

Ver ▶

Triglicéridos > 885 mg/dL

Ver ▶

◀ Volver

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Triglicéridos 500 - 885 mg/dL

Modificación de hábitos de vida

Azúcares adicionadas < 5%
Grasas totales 20 - 25%
Abstención completa de alcohol
Actividad fisica† y disminución de peso ‡

Orden recomendado de medicamentos

1. Fibratos
2. Ácidos grasos omega 3

Control de fracciones lipídicas cada 6 semanas para evaluar el efecto de la intervención seleccionada sobre los triglicéridos

Manejo con **Fibratos**

◀ Volver

†Actividad física: al menos 150 minutos de actividad aeróbica de moderada intensidad o 75 minutos de alta intensidad cada semana, o una combinación de ambos. ‡Disminución del 5 al 10 % del peso.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Triglicéridos > 885 mg/dL

Modificación de hábitos de vida

Eliminación de azucares adicionadas
Grasas totales 10 - 15%
Abstención completa de alcohol
Actividad fisica† y disminución de peso ‡

Orden recomendado de medicamentos

1. Fibratos
2. Ácidos grasos omega 3
Diagnostico diferencial de SQF*

Control de fracciones lipídicas cada 6 semanas para evaluar el efecto de la intervención seleccionada sobre los triglicéridos

Manejo con **Fibratos**

*__SQF (Sindrome de quilomicronemia familiar):__ sospecha clinica por score de Moulin > 10 puntos
†__Actividad física:__ al menos 150 minutos de actividad aeróbica de moderada intensidad o 75 minutos de alta intensidad cada semana, o una combinación de ambos.
‡Disminución del 5 al 10 % del peso.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

◀ Volver

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Ezetimiba

Grupo terapéutico Medicamento	Formas farmacéuticas	Vía de administración	Rango de dosis
Ezetimiba	Tabletas 10 mg	Oral[f]	10 mg/día

Grupo terapéutico	Mecanismo de acción	Efectos adversos más frecuentes	Recomendaciones para mejorar adherencia
Inhibidores de la absorción de colesterol	Disminución de la absorción intestinal del colesterol por inhibición de la proteína Niemann- Pick C1 tipo 1	Infección del tracto respiratorio superior, diarrea, artralgias, mialgias	Uso de formas farmacéuticas en combinación con estatinas para simplificar el tratamiento, reducir el número de píldoras y evitar la polifarmacia

Colesterol total	cLDL	cHDL	Triglicéridos	Lp (a)
↓13%	↓18%	↑1%	↓9%	↓0-5%

Recomendaciones

Sin enfermedad cardiovascular Volver ▶

Enfermedad cardiovascular Volver ▶

[f]Administración en cualquier momento del día.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Ezetimiba

Grupo terapéutico		Vía de	
Ez			

Gr			
Inhib de c			ficar

Recomendaciones

- No tiene ningún impacto sobre la mortalidad por todas las causas o la mortalidad cardiovascular.
- Reduce el riesgo de MACE.
- Disminuye los valores de CT, TG y LDL, y aumenta la concentración de HDL.
- Aumenta la probabilidad de lograr los objetivos terapéutico.
- Se asocia con una baja probabilidad de efectos secundarios.

Punto de buena práctica

La reducción en el CT, el TG y el LDL es significativamente mayor cuando se adiciona a la terapia con estatinas.

Recomendaciones
Sin enfermedad cardiovascular Volver ▶
Enfermedad cardiovascular Volver ▶

[f] Administración en cualquier momento del día.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Estatinas

Grupo terapéutico Medicamento	Formas farmacéuticas	Vía de administración	Rango de dosis
Estatinas Inhibidores de la absorción de colesterol			
Atorvastatina*	Tableta 10, 20, 40, 80 mg	Oral[ƒ]	10 a 80 mg/día
Rosuvastatina*†	Tableta 10, 20, 40 mg	Oral[ƒ]	5 a 40 mg/día
Simvastatina*	Tableta 10, 20, 40 mg	Oral[¶]	10 a 40 mg/día
Pravastatina‡	Tableta 5 mg, 10, 20, 40 mg	Oral[¶]	10 a 80 mg/día
Lovastatina	Tabletas 20 mg	Oral[¶]	20 a 80 mg/día

Grupo terapéutico	Mecanismo de acción	Efectos adversos más frecuentes	Recomendaciones para mejorar adherencia
Estatinas	Disminución de la biosíntesis del colesterol por inhibición de la HMG-CoA reductasa.	Síntomas musculares relacionados a estatinas (mialgias), diarrea, nasofaringitis.	Educación al paciente sobre el objetivo del tratamiento y la seguridad de las estatinas para derribar mitos y falsas creencias.

Colesterol total	cLDL	cHDL	Triglicéridos	Lp (a)
↓19-37%	↓25-50%	↑4-10%	↓14-29%	↑0-10%

Recomendaciones

Sin enfermedad cardiovascular Volver ▶

Enfermedad cardiovascular Volver ▶

*Disponible en combinación con ezetimiba. †Disponible en combinación con ácido fenofíbrico.
ƒAdministración en cualquier momento del día.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Estatinas

Grupo terapéutico Medicamento	Formas farmacéuticas	Vía de administración	Rango de dosis
Estatinas Inhibidores de la absorción de colesterol			
At			
Ro			
Si			
Pr			
Lo			
Gru			
Es			del as
↓19-37 %	↓23-36 %	↑4-16 %	↓14-29 %	↑0-16 %

X

Recomendaciones

- En la población adulta con dislipidemia, reduce la mortalidad cardiovascular y por todas las causas.
- Reduce los MACE.
- Reduce significativamente los valores de CT, TG y LDL. puede tener un discreto efecto en la elevación del HDL.
- Aumenta la probabilidad de lograr los objetivos terapéutico.
- Se asocia con una baja probabilidad de efectos secundarios.

Punto de buena práctica

Beneficio de las estatinas en prevención primaria y secundaria.

Recomendaciones
Sin enfermedad cardiovascular Volver ▶
Enfermedad cardiovascular Volver ▶

*Disponible en combinación con ezetimiba. †Disponible en combinación con ácido fenofíbrico.
ƒAdministración en cualquier momento del día.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Fibratos

Grupo terapéutico Medicamento	Formas farmacéuticas	Vía de administración	Rango de dosis
Ácido bempedoico	Tableta 180 mg	Oral[f]	180 mg/día
Fenofibrato micronizado	Tabletas 200 mg	Oral[**]	200 mg/día
Ciprofibrato	Tabletas 100 mg	Oral[**]	100 mg/día
Gemfibrozil	Tableta 600, 900, 1200 mg	Oral[††]	600 mg dos veces al día

Grupo terapéutico	Mecanismo de acción	Efectos adversos más frecuentes	Recomendaciones para mejorar adherencia
Fibratos	Agonista receptores PPAR alfa lo que aumenta la actividad de la LPL eliminando partículas aterogénicas del plasma y disminuye la producción de ApoC3	Elevación de transaminasas, infección de tracto respiratorio superior, dispepsia, dolor abdominal.	Uso de formas farmacéuticas en combinación con estatinas para simplificar el tratamiento, reducir el número de píldoras y evitar la polifarmacia Alarma para recordatorio de dosis diaria

Colesterol total	cLDL	cHDL	Triglicéridos	Lp (a)
↓19%	↓6 a 20%	↑5 a 20%	↓25 a 50%	↑1 a 20%

Recomendaciones

Enfermedad cardiovascular

Volver ▶

[f]Administración en cualquier momento del día. [**]Administración con las comidas. [††]Administración antes de comidas.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Fibratos

Grupo terapéutico Medicamento	Formas farmacéuticas	Vía de administración	Rango de dosis
Ácido bempedoico	Tableta 180 mg	Oral[f]	180 mg/día
Fe			
Ci			
Ge			
Gr			ra
Fib			en ara ucir r la
	↓19%	↓6 a 20%	↑5 a 20%	↓25 a 30%	↑1 a 20%

Recomendaciones

- No tiene ningún impacto sobre la mortalidad por todas las causas o la mortalidad cardiovascular ni en MACE (IIIB).
- Reduce significativamente los valores de CT, TG y LDL. puede tener un discreto efecto en la elevación del HDL (IA).
- Se asocia con una baja probabilidad de efectos secundarios (Excepto gemfibrozilo).

Punto de buena práctica

Los fibratos se recomiendan en pacientes con valores de TG >500 mg/dl, se puede considerar su uso en pacientes de alto y muy alto riesgo con valores de TG entre 200- 500 mg/dl si ya estan en metas de cLDL y cNoHDL.

Recomendaciones
Enfermedad cardiovascular
Volver ▶

[f]Administración en cualquier momento del día. [**]Administración con las comidas. [††]Administración antes de comidas.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

Icosapentanoato de etilo

Grupo terapéutico Medicamento	Formas farmacéuticas	Vía de administración	Rango de dosis
Icosapentanoato de etilo	Capsula 1 gr	Oral**	2 g dos veces al día

Grupo terapéutico	Mecanismo de acción	Efectos adversos más frecuentes	Recomendaciones para mejorar adherencia
Ácidos grasos Omega-3	Ester etílico altamente purificado del ácido eicosapentaenoico (EPA) con efectos antioxidantes y antiinflamatorios que aumentan la actividad de la LPL para eliminar los triglicéridos de las partículas de quilomicrones y VLDL.	Hemorragias, elevación de transaminasas, fibrilación y flutter auricular, reacciones de hipersensibilidad en pacientes alérgicos al pescado.	Alarma para recordatorio de dosis cada 12 horas

Colesterol total	cLDL	cHDL	Triglicéridos	Lp (a)
↓16%	↓2-6%	↓4-6%	↓20-33%	↓1-2%

Recomendaciones

Enfermedad cardiovascular

Volver ▶

**Administración con las comidas.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Icosapentanoato de etilo

Recomendaciones

- El uso en combinación con estatinas reduce de manera significativa FIBRATOS el riesgo de muerte cardiovascular especialmente en pacientes con niveles elevados de TG, pero no hay evidencia de reducción en la mortalidad por todas las causas.
- Aumenta la probabilidad de lograr los objetivos terapéutico.
- Se asocia con una baja probabilidad de efectos secundarios.

Punto de buena práctica

Se sugiere el uso en pacientes de alto y muy alto riesgo que cumpla las siguientes condiciones:

1. Enfermedad cardiovascular establecida o diabetes, o ambas, con al menos un factor de riesgo adicional.
2. Terapia con estatinas.
3. TG >150 mg/dl.
4. cLDL entre 40-100 mg/dl.

Recomendaciones
Enfermedad cardiovascular
Volver ▶

**Administración con las comidas.

Referencia: García A, et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de dislipidemias en adultos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(Supl4):3-66