

Actualización en el manejo de las dislipemias: una guía de la Sociedad Europea de Cardiología

Update on the management of dyslipidemia: a guide from the European Society of Cardiology

Comentado de:

Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JER, et al. *Eur Heart J.* 2025;46:4359-78. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf190 PMID: 40878289 ¹

Resumen estructurado

Objetivo

Actualizar las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología y de la Sociedad Europea de Aterosclerosis (ESC y EAS, por las iniciales en inglés, European Society of Cardiology y European Atherosclerosis Society, respectivamente) sobre el manejo de las dislipemias en base a la evidencia más reciente. Esta publicación representa una actualización provisoria y focalizada de las últimas guías publicadas en 2019 por estas sociedades, hasta la próxima revisión programada 2

Metodología

La actualización fue llevada a cabo por una fuerza de tareas compuesta por 17 profesionales de origen europeo, en su mayoría especialistas en cardiología, bioquímica o salud pública, que realizó una revisión y análisis crítico de la evidencia publicada entre la última guía y marzo de 2025. Fueron elegibles grandes ensayos clínicos y meta-análisis, estudios de precisión diagnóstica y de pronóstico cuyos resultados pudieran cambiar las recomendaciones previas o dar lugar a recomendaciones nuevas.

Cada recomendación fue aprobada por mayoría, con al menos 75% de los miembros. Los profesionales debían brindar una declaración de conflictos de interés y en caso de conflictos significativos la votación fue restringida.

La guía recibió una revisión de pares por expertos temáticos, que podían pertenecer a otros grupos de interés dentro de la ESC. La versión final fue aprobada por miembros del Comité de guías de práctica clínica de la ESC y por miembros del comité ejecutivo de la EAS antes de su publicación.

La **tabla 1** expresa los niveles de evidencia empleados en la guía y la **tabla 2** describe la terminología utilizada para expresar las recomendaciones.

Tabla 1 . Niveles de evidencia empleados en la guía

A	Derivado de múltiples ensayos clínicos o un meta-análisis
B	Derivado de un solo ensayo clínico aleatorizado o de estudios observacionales grandes
C	Consenso de expertos y/o estudios pequeños, retrospectivos o registros

Recomendaciones

La **tabla 3** presenta una selección de las principales recomendaciones para profesionales de atención primaria, mientras que la **tabla 4** presenta las categorías de riesgo propuestas por la ESC, con sus definiciones y las recomendaciones para iniciar el tratamiento farmacológico.

Según la guía, a la hora de incorporar tratamientos farmacológicos adicionales o alternativos a las estatinas, es importante tener en cuenta cuál es la magnitud de reducción de colesterol LDL necesaria para alcanzar las metas propuestas, de acuerdo a la categoría de riesgo. Las estatinas proveen una reducción promedio de 30% cuando se utilizan en dosis moderadas y de 50% cuando se utilizan en dosis altas, mientras que el ezetimibe y el ácido bempedoico disminuyen los niveles alrededor del 20%. Por su parte, los inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina kexina tipo 9 (PCSK9) reducen el colesterol LDL alrededor del 60%. Por otro lado, las estatinas a altas dosis combinadas con ezetimibe o ácido bempedoico reducen el colesterol LDL alrededor del 60%, —similar a los inhibidores de PCSK9—, mientras que la combinación de las tres drogas podría llegar a una reducción del 68%.

Fuente de financiamiento: Sociedad Europea de Cardiología y Sociedad Europea de Aterosclerosis.

Tabla 2. Terminología utilizada por los autores de la guía para expresar las recomendaciones. Fuente: Elaboración propia a partir de Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JER, et al. *Eur Heart J.* 2025;46:4359-78.

Fuerza de la recomendación	Definición	Expresiones
Clase I	Hay evidencia o acuerdo de que un tratamiento es beneficioso	"Se recomienda"
Clase II	Existe evidencia contradictoria o divergencia de opiniones acerca de la utilidad de un tratamiento. Se subdivide en dos grados: IIa y IIb	
Clase IIa	El peso de la evidencia se encuentra a favor	"Considerar"
Clase IIb	La evidencia es menos sólida	"Podría considerarse"
Clase III	Hay evidencia o acuerdo de que un tratamiento no es beneficioso o bien es dañino	"No se recomienda"

Tabla 3. Recomendaciones principales de la guía. Fuente: Elaboración propia a partir de Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JER, et al. Eur Heart J. 2025;46:4359-78.

Recomendación	Fuerza de la recomendación	Nivel de evidencia
En pacientes sin enfermedad cardiovascular establecida (prevención primaria), se recomienda el cálculo de riesgo cardiovascular a 10 años con la herramienta SCORE2 en menores de 70 años y con la herramienta SCORE2-OP en mayores de 70 años.	I	B
En pacientes con riesgo moderado o que se encuentran cerca de los umbrales de decisión de tratamiento, considerar el uso de factores modificadores para mejorar la clasificación del riesgo	Ila	B
Se recomienda el uso de tratamientos farmacológicos para disminuir el colesterol LDL en las siguientes personas: - Muy alto riesgo y colesterol LDL mayor a 70 mg/dL - Alto riesgo y colesterol LDL mayor a 100 mg/dL	I	A
En individuos con muy alto riesgo y alto riesgo, considerar la intensificación del tratamiento farmacológico para disminuir el colesterol LDL por debajo de 55 mg/dL y por debajo de 70 mg/dL, respectivamente	Ila	A
Considerar el uso de tratamientos farmacológicos para disminuir el colesterol LDL en las personas con riesgo moderado y colesterol LDL mayor a 100 mg/dL	Ila	A
Podría considerarse el uso de tratamientos farmacológicos para disminuir el colesterol LDL en personas con bajo riesgo y colesterol LDL mayor a 116 mg/dL	IIb	A
En los pacientes que no pueden utilizar estatinas y/o que no alcanzan los objetivos terapéuticos de colesterol LDL a pesar del tratamiento con dosis máximas, se recomienda el uso de terapias farmacológicas alternativas que hayan demostrado reducir el riesgo cardiovascular, como el ácido bempedoico, el ezetimibe o los inhibidores de PCSK9	I	A
Se recomienda la intensificación de la terapia hipolipemiente en pacientes que se encontraban en tratamiento con medicamentos para disminuir el colesterol LDL y sufren un evento coronario agudo, durante la hospitalización	I	A
En pacientes con alto riesgo cardiovascular e hipertrigliceridemia moderada (niveles entre 135 y 499 mg/dL), considerar la administración de icosapento de etilo a altas dosis, en conjunto con las estatinas, para reducir el riesgo cardiovascular	Ila	B
En personas con infección por VIH y edad mayor a 40 años, se recomienda el uso de estatinas independientemente de los niveles de LDL y el riesgo cardiovascular calculado	I	B
No se recomienda el uso de suplementos dietarios o vitaminas para prevención cardiovascular que no tengan un efecto significativo y comprobado en la reducción del colesterol LDL (por ejemplo, suplementos de ácidos grasos poliinsaturados o fitoesteroles)	III	B

Notas: Los modificadores pueden clasificarse en tres grandes categorías:

- 1) Condiciones demográficas o clínicas (por ejemplo, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura, obesidad, sedentarismo, etc.)
 - 2) Biomarcadores (por ejemplo, niveles elevados de lipoproteína (a))
 - 3) Presencia de aterosclerosis subclínica, detectada por el score de calcio coronario o estudios por imagen (ecografía Doppler de arterias carótidas y/o femorales). Si bien estas pruebas por imágenes podrían usarse para recategorizar el riesgo en individuos que las hayan realizado, la guía de la ESC no recomienda su realización sistemática con los fines de estimar el riesgo cardiovascular¹.
- Abreviaturas: LDL: Lipoproteína de baja densidad; PCSK9: Proproteína convertasa subtilisina kexina tipo 9; VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

Tabla 3: Categorías de riesgo propuestas por la Sociedad Europea de Cardiología, definición y consideraciones con respecto al inicio e intensificación del tratamiento farmacológico. Fuente: Elaboración propia a partir de Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JER, et al. Eur Heart J. 2025;46:4359-78.

Categoría de riesgo	Definición	Tratamiento farmacológico
Muy alto	Diabetes mellitus con daño de órgano blanco (microalbuminuria, retinopatía o neuropatía) o al menos tres factores de riesgo adicionales, o diabetes mellitus tipo 1 de inicio temprano o larga duración (más de 20 años) Enfermedad renal crónica severa (clearance de creatinina menor a 30 mL/min/1,73 m²) Hipercolesterolemia familiar y otro factor de riesgo adicional Riesgo cardiovascular mayor a 10 años mayor a 20% Enfermedad cardiovascular establecida	Recomendado si tiene niveles de colesterol LDL mayores a 70 mg/dL a pesar de tratamiento no farmacológico Considerar reducción adicional del colesterol LDL a menos de 55 mg/dL
Alto	Diabetes mellitus sin daño de órgano blanco, con duración de al menos 10 años o un factor de riesgo adicional Enfermedad renal crónica moderada (clearance de creatinina entre 30 y 60 mL/min/1.73m²) Riesgo cardiovascular a 10 años entre 10 y 20% Factores de riesgo cardiovasculares con niveles marcadamente elevados, en particular colesterol total mayor a 310 mg/dL, colesterol LDL mayor a 190 mg/dL o tensión arterial mayor o igual a 180/100 mmHg	Recomendado si tiene niveles de colesterol LDL mayores a 100 mg/dL a pesar de tratamiento no farmacológico Considerar reducción adicional del colesterol LDL a menos de 70 mg/dL
Moderado	Diabetes mellitus en pacientes jóvenes (menor a 35 años si es tipo 1, menor a 50 años si es tipo 2), con duración menor a 10 años, sin otros factores de riesgo tradicionales Riesgo cardiovascular a 10 años entre 2% y 10%	Considerar si tiene niveles de colesterol LDL mayores a 100 mg/dL, a pesar del tratamiento no farmacológico
Bajo	Riesgo cardiovascular a 10 años menor a 2%	Podría considerarse si tiene niveles de colesterol LDL mayores a 116 mg/dL, a pesar del tratamiento no farmacológico (IIb)

Abreviaturas: LDL: lipoproteína de baja densidad.

Comentario

Esta guía representa una actualización de las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Aterosclerosis con respecto al manejo de la dislipemia¹.

Las principales novedades incluyen la recomendación de la herramienta SCORE-2 para calcular el riesgo de eventos cardiovasculares fatales y no fatales a 10 años; la consideración de “modificadores de riesgo” para mejorar la predicción del riesgo en individuos con riesgo moderado o con valores de riesgo cercanos a los umbrales de tratamiento (con especial énfasis en la lipoproteína(a)); el mayor peso otorgado a la enfermedad renal crónica y a la infección por VIH como factores de riesgo cardiovascular y una actualización sobre el rol de fármacos hipolipemiantes alternativos a las estatinas, entre ellas el ácido bempedoico y el ezetimibe, para alcanzar metas de colesterol LDL.

SCORE-2

Esta herramienta, desarrollada en 45 países europeos, incorpora los siguientes factores de riesgo cardiovascular: edad, sexo, tensión arterial sistólica, colesterol no-HDL, colesterol LDL y tabaquismo actual. Existen cuatro versiones disponibles en línea, según el riesgo cardiovascular promedio de la población. No hay una versión oficial para países no europeos. Por defecto se considera que los países latinoamericanos son de alto riesgo, aunque esto podría no ser correcto en todos los casos³. Los

estudios de validación externa llevados a cabo en América Latina muestran que esta calculadora, al igual que otras como la HEARTS (propuesta por la Organización Mundial de la Salud) y la Pooled Cohort Equation (propuesta por la Asociación Americana de Corazón en su guía de 2013) tienen en general una capacidad de discriminación moderada e inferior al de las cohortes de origen, y tienden a sobreestimar el riesgo de eventos cardiovasculares en personas que viven en ese país. Por este motivo, algunos autores recomiendan utilizar versiones recalibradas de estas herramientas o emplear umbrales de riesgo más elevados para tomar decisiones terapéuticas³. No hay una versión validada o recalibrada de esta herramienta para la población argentina, por lo que la recomendación de utilizar el SCORE2 en lugar de otros instrumentos no debería considerarse en este país.

Factores modificadores de riesgo

Entre estos factores, los basados en condiciones clínicas o demográficas o en pruebas de laboratorio cobran preeminencia ya que, si bien la aterosclerosis subclínica detectada en estudios por imágenes es un factor modificador, la ESC no recomienda su realización sistemática. Se hace especial énfasis en la lipoproteína (a), una partícula transportadora de lípidos con estructura similar a la LDL. Sus niveles plasmáticos se encuentran determinados alrededor del 90% por factores genéticos y son relativamente constantes a lo largo de la vida de la persona, con escasa influencia de factores ambientales o del estilo de vida⁴. Estudios epidemiológicos encontraron que los niveles elevados de esta lipoproteína (más de 50 ng/dL o 105 mmoles/L) representan un factor de riesgo independiente para enfermedad aterosclerótica y estenosis de la válvula aórtica, y podrían tener un rol causal en estas patologías. A su vez, su medición podría mejorar la predicción del riesgo individual, en especial en individuos con riesgo moderado que no están tomando estatinas⁵. El costo de la prueba de laboratorio es intermedio, entre 25 y 50 dólares según la jurisdicción^{6,7}. Por último, la elevación de Lp(a) es una situación frecuente que se presenta en un 20% de los individuos a nivel mundial⁴.

No existe aún un tratamiento específico para disminuir los niveles de este marcador, pero su determinación podría ayudar a identificar individuos con mayor probabilidad de enfermedad cardiovascular que se beneficiarían de un manejo más intensivo de otros factores de riesgo. Por estos motivos, algunos grupos de expertos recomiendan su dosaje en todas las personas al menos una vez en la vida⁴. El tamizaje universal podría ser costo-efectivo e incluso disminuir los costos del sistema de salud en países de altos ingresos como Reino Unido o Australia⁶. Sin embargo, en la actualidad no existe consenso con respecto a la utilidad de esta práctica, dado que muchas organizaciones de salud no lo recomiendan en forma explícita o incluso recomiendan no realizarla⁸⁻¹⁰. Cabe destacar que la estrategia de ajustar el tratamiento en base a los valores de lipoproteína (a) no fue evaluada en forma directa en ensayos clínicos aleatorizados.

Indicaciones de tratamiento farmacológico y metas

Las estatinas son un tratamiento efectivo para reducir la incidencia de eventos cardiovasculares, incluso en individuos con bajo riesgo cardiovascular, aunque el beneficio absoluto del tratamiento es menor en esta población^{8,11,12}.

Por otro lado, hay evidencia de que el ezetimibe, el ácido bempedoico y los inhibidores de PCSK9, ya sea en monoterapia o en combinación con estatinas, son efectivos para reducir la incidencia de eventos cardiovasculares, en especial en las personas con enfermedad cardiovascular establecida¹³⁻¹⁵. El ezetimibe y el ácido bempedoico se administran por vía oral y tienen un costo menor, por lo cual representan una alternativa interesante en personas que no toleran las estatinas o necesitan intensificar el tratamiento hipolipemiente en prevención primaria o secundaria.

No existe consenso en la bibliografía con respecto a la utilidad de seguir metas de colesterol LDL. Algunos grupos e instituciones, como el Ministerio de Salud argentino, la Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos de los EE.UU. (USPSTF, por sus iniciales en inglés) y el grupo canadiense PEER, proponen un enfoque simplificado en el cual se inician estatinas en dosis fijas en pacientes que tienen indicación y no se vuelve a medir el colesterol LDL durante el seguimiento⁷⁻⁹. El principal argumento que proponen estas guías es que no existe evidencia directa para respaldar el uso de metas, ya que la mayoría de los ensayos clínicos administraron dosis fijas de los fármacos estudiados sin perseguir metas específicas. Además, señalan que una estrategia terapéutica basada en metas podría llevar a un mayor uso de recursos e inconveniencia para los pacientes y que los niveles de colesterol tienen una variabilidad natural intraindividual que dificulta la interpretación de los laboratorios de seguimiento.

Por su parte, si bien la ESC reconoce la falta de evidencia directa, propone conservar las metas para brindar un seguimiento más individualizado y porque esto permite identificar a los individuos que se beneficiarían de una intensificación del tratamiento². Otros organismos, como la Asociación Americana del Corazón (AHA, por sus iniciales en inglés) y el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la

Atención del Reino Unido (NICE) también proponen el uso de metas de colesterol en prevención cardiovascular^{10,16}. NICE recomienda alcanzar una reducción del 40% o más en el colesterol no-HDL en prevención primaria y una meta de 77 mg/dL de colesterol LDL (2 mmol/L) en prevención secundaria. En definitiva, las metas pueden ser una herramienta útil para tomar decisiones terapéuticas, pero es probable que los umbrales y las metas específicas necesiten estar adaptadas a cada sistema de salud y discutidas en forma individual con los pacientes, aplicando la toma de decisiones compartidas.

Evaluación general de la guía

Algunos puntos que podrían objetarse a la hora de considerar la aplicación de esta guía al contexto latinoamericano incluyen: su relevancia, ya que está dirigida en forma específica a la población europea y las recomendaciones no son directamente extrapolables a nuestra población; la falta de diversidad en los miembros del panel, ya que no se incluyeron pacientes ni profesionales de atención primaria, y la falta de un método sistemático para recuperar y evaluar la certeza de la evidencia disponible (como GRADE)¹⁷. Por otro lado, los niveles de evidencia propuestos por la ESC resultan engañosos, ya que las recomendaciones derivadas de múltiples ensayos clínicos se clasifican como nivel de evidencia máximo (nivel A, ver tabla 2), sin tener en cuenta en forma explícita factores que influyen en la certeza de la evidencia, como el riesgo de sesgo de los estudios primarios, la inconsistencia o el sesgo de publicación¹⁸.

Conclusiones de los comentadores

Las principales recomendaciones de la guía, en términos de fuerza de recomendación y nivel de evidencia, incluyen utilizar una meta de colesterol LDL de 100 mg/dL en pacientes con alto riesgo cardiovascular y de 70 mg/dL en pacientes con muy alto riesgo, para lo cual podría recurrirse en forma escalonada a cambios en el estilo de vida, tratamiento farmacológico con estatinas y otros fármacos, como el ácido bempedoico y el ezetimibe. Estas recomendaciones están sostenidas por la evidencia de que la reducción del colesterol LDL se asocia con una disminución del riesgo cardiovascular en todas las personas, aunque el beneficio absoluto es mayor en quienes presentan alto riesgo. La lipoproteína (a) podría utilizarse junto con otros factores para identificar a pacientes con riesgo intermedio que podrían beneficiarse de un tratamiento más intensivo.

Esta guía puede ser útil para orientar la toma de decisiones en atención primaria, aunque las metas, los umbrales y las opciones de tratamiento requieren discusión y adaptación a los medios locales antes de su implementación a gran escala.

Publicado el 13/02/2026

Marcela Botargues

[Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires.
maria.botargues@hospitalitaliano.org.ar]

Ezequiel Priano

[Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires.
ezequiel.priano@hospitalitaliano.org.ar <https://orcid.org/0000-0003-2851-8293>]

Sebastián Sguiglia Schütz

[Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires.
sebastian.sguiglia@hospitalitaliano.org.ar ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5218-5241>]

Diego Terceiro

[Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires.
diego.terceiro@hospitalitaliano.org.ar <https://orcid.org/0000-0001-9250-6903>]

Pablo Tesolín

[Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires.
pablo.tesolin@hospitalitaliano.org.ar]

Botargues M, Priano E, Sguiglia Schütz S, et al. Actualización en el manejo de las dislipemias: una guía de la Sociedad Europea de Cardiología. Evid Actual Pract Ambul. 2026;29(1):e007203. DOI: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v29i2.7203> Comentario de: Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JER, et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2025;46:4359-78.doi: 10.1093/eurheartj/ehaf190 PMID: 40878289



Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
(CC BY-NC-SA 4.0)

Declaración de uso de inteligencia artificial

No fueron utilizadas herramientas de inteligencia artificial en la elaboración de este artículo.

Fuentes de financiamiento / Conflicto de interés de los autores

Este artículo no contó con fuentes de financiamiento específicas. Los autores declararon no poseer conflictos de interés.

Declaración de revisión editorial

Artículo no evaluado por pares externos. Por sus características, este artículo fue evaluado por el Comité Editorial de Evidencia.

Referencias

1. Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE, et al.; ESC/EAS Scientific Document Group. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J* [Internet]. 2025 [Citado 27 ene 2026];46(42):4359-4378. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf190> Erratum in: *Eur Heart J*. 2025;ehaf1036. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf1036> PMID: [40878289](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40878289/)
2. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al.; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J* [Internet]. 2020 [Citado 27 ene 2026];41(1):111-188. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455> Erratum in: *Eur Heart J*. 2020;41(44):4255. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz826> PMID: [31504418](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31504418/)
3. Vásquez-Cabrera Y, Londoño-Mogollón CE, Rubiano-Godoy MM, et al. Ecuaciones de riesgo cardiovascular en Latinoamérica en APS: ¿Qué score utilizar? *Rev Científica Arbitr En Investig Salud GESTAR* [Internet]. 2025 [Citado 27 ene 2026];8:119-61. DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v8i16.0257>
4. Nordestgaard BG, Langsted A. Lipoprotein(a) and cardiovascular disease. *Lancet*. 2024 [Citado 27 ene 2026];404(10459):1255-1264. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01308-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01308-4) PMID: [39278229](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39278229/)
5. Welsh P, Welsh C, Celis-Morales CA, et al. Lipoprotein(a) and cardiovascular disease: prediction, attributable risk fraction, and estimating benefits from novel interventions. *Eur J Prev Cardiol* [Internet]. 2022 [Citado 27 ene 2026];28:1991-2000. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwaa063> PMID: [33624048](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33624048/)
6. Morton JI, Kronenberg F, Daccord M, et al.; Lp(a) International Taskforce (ITF) initiative. Lp(a) testing for the primary prevention of cardiovascular disease in high-income countries: a cost-effectiveness analysis. *Atherosclerosis* [Internet]. 2025 [Citado 27 ene 2026];409. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2025.120447> PMID: [41101894](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41101894/)
7. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de práctica clínica nacional sobre prevención cardiovascular [Internet]. 2021 [Citado 27 ene 2026]. Available from: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-03/GPCCardio_1703_20-3-2023.pdf
8. Kolber MR, Klarenbach S, Cauchon M, et al. PEER simplified lipid guideline 2023 update: Prevention and management of cardiovascular disease in primary care. *Can Fam Physician* [Internet]. 2023 [Citado 27 ene 2026];69:675-86. DOI: <https://doi.org/10.46747/cfp.6910675> PMID: [37833089](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37833089/)
9. US Preventive Services Task Force, Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, et al. Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* [Internet]. 2022 [Citado 27 ene 2026];328:746. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.13044> PMID: [35997723](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35997723/)
10. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. NICE guideline NG238 [Internet]. NICE; 2023 [Citado 27 ene 2026]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng238/chapter/Recommendations#initial-lipid-measurement-and-referral-for-specialist-review>
11. Sabatine MS, Wiviott SD, Im K, et al. Efficacy and Safety of Further Lowering of Low-Density Lipoprotein Cholesterol in Patients Starting With Very Low Levels: A Meta-analysis. *JAMA Cardiol* [Internet]. 2018 [Citado 27 ene 2026];3:823-8. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2018.2258> PMID: [30073316](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30073316/)
12. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators; Mihaylova B, Emberson J, Blackwell L, Keech A, et al. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *The Lancet* [Internet]. 2012 [Citado 27 ene 2026];380:581-90. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60367-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60367-5) PMID: [22607822](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22607822/)
13. Ouchi Y, Sasaki J, Arai H, et al. Ezetimibe Lipid-Lowering Trial on Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease in 75 or Older (EWTOPIA 75): A Randomized, Controlled Trial. *Circulation* [Internet]. 2019 [Citado 27 ene 2026];140:992-1003. DOI: <https://doi.org/10.1161/circulationaha.118.039415> PMID: [31434507](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31434507/)
14. Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP, et al.; IMPROVE-IT Investigators. Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med* [Internet]. 2015 [Citado 27 ene 2026];372:2387-97. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1410489> PMID: [26039521](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26039521/)
15. Nissen SE, Lincoff AM, Brennan D, et al.; CLEAR Outcomes Investigators. Bempedoic Acid and Cardiovascular Outcomes in Statin-Intolerant Patients. *N Engl J Med* [Internet]. 2023 [Citado 27 ene 2026];388:1353-64. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa2215024> PMID: [36876740](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36876740/)
16. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2019 [Citado 27 ene 2026];74(10):1376-1414. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.009> Erratum in: *J Am Coll Cardiol*. 2019;74(10):1428-1429. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.07.010> Erratum in: *J Am Coll Cardiol*. 2020;75(7):840. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.12.015> PMID: [30894319](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30894319/)

17. Wittmer R, Theriault G, Bois G. Using a simplified version of Shaughnessy's guideline trustworthiness tool (G-TRUST) to help clinicians choose the most relevant guidelines for their practice. Evid Actual Práct Ambul [Internet]. 2024 [Citado 27 ene 2026];27:e007122. DOI: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v27i3.7122>
18. Kirmayr M, Quilodrán C, Valente B, et al. The GRADE approach, Part 1: how to assess the certainty of the evidence. Medwave [Internet]. 2021 [Citado 27 ene 2026];21:e8109. DOI: <https://doi.org/10.5867/medwave.2021.02.8109> PMID: [33830974](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33830974/)



Imagen de portada basada en una [obra](#) de [kabeergraphics](#), de uso gratuito bajo la [Licencia de contenido](#) de Pixabay. Modificada por el comité editorial de Evidencia mediante uso de herramientas de inteligencia artificial (Modelo:Gemini).