

Novedades de las Guías Europeas para el Tratamiento de las Dislipidemias (Sociedades Europeas de Cardiología y Aterosclerosis)

Grupo de trabajo para el tratamiento de las dislipidemias
de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad
Europea de Aterosclerosis (EAS).



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

 **CASASCO**

www.casasco.com.ar

Colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad: el culpable de la aterosclerosis

El evento iniciador clave en la aterogénesis es la retención de colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad (LDLc), y de otras lipoproteínas que contienen apolipoproteínas (Apo) ricas en colesterol, como la ApoB, dentro de la pared arterial y en la formación de la placa aterosclerótica. La evidencia respalda que la reducción de los valores de LDLc disminuye el riesgo de futuros eventos cardiovasculares (CV). Cuanto más bajos son los valores de LDLc alcanzados, mayor es el beneficio, sin límite inferior para los valores de LDLc (no hay efecto de curva en J).

Las recomendaciones más importantes se dirigen a: una reducción más intensiva del LDLc con nuevas metas; una estratificación de riesgo CV especialmente relevante para pacientes de alto y muy alto riesgo; el tratamiento de los pacientes de edad avanzada; los individuos con diabetes, y la prevención secundaria. La adición de ezetimibe o anticuerpos monoclonales anti-proteína convertasa subtilisina/kexina (PCSK9) al tratamiento con estatinas, proporciona mayor reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD, por su sigla en inglés), que se correlaciona directa y positivamente con la disminución del LDLc.

Estimación del riesgo cardiovascular

El riesgo CV significa la probabilidad de que un individuo presente ASCVD durante un período definido. El riesgo total de enfermedad CV expresa el efecto combinado de varios factores de riesgo. A mayor riesgo, más intensa debe ser la acción terapéutica.

Entre los sistemas de evaluación de riesgo más utilizados se encuentra el *Systematic Coronary Risk Estimation* (SCORE), que se puede recalibrar para diferentes poblaciones, y que estima el riesgo acumulado a 10 años de un primer evento aterosclerótico fatal. El SCORE se recomienda para estimar el riesgo CV total, ya que muchas personas tienen varios factores de riesgo que, en combinación, pueden dar lugar a niveles elevados de riesgo CV total.

- **No se necesitan modelos de estimación de riesgo en individuos con ASCVD documentada, diabetes mellitus tipo 1 (DBT1) o tipo 2 (DBT2), hipercolesterolemia familiar, enfermedad renal crónica (ERC), placas femorales o carótideas, puntaje de calcio coronario > 100 o niveles elevados de lipoproteína a (Lp[a]), dado que, generalmente, tienen un riesgo CV total alto o muy alto.**
- Se recomienda el uso de ultrasonido (carotídeo o femoral) para evaluar la carga aterosclerótica o el puntaje de calcio coronario en pacientes con riesgo moderado o bajo para definir tratamiento, ya que son factores modificadores de riesgo.
- Medir el nivel de Lp(a) en todos los pacientes, al menos una vez en la vida. Niveles > 180 mg/dl representan un riesgo equivalente al asociado con hipercolesterolemia familiar.

Categorías de riesgo cardiovascular

| | |
|------------------------|--|
| Muy alto riesgo | <ul style="list-style-type: none">• ASCVD documentada, ya sea clínica o inequívoca en imágenes.• DBT con daño a órganos blanco, o al menos tres factores de riesgo principales, o DBT1 de inicio temprano de larga duración (> 20 años).• ERC grave (TFGe < 30 ml/min/1.73 m²).• SCORE calculado > 10% para el riesgo a 10 años de enfermedad CV mortal.• HF con ASCVD o con otro factor de riesgo importante. |
| Alto riesgo | <ul style="list-style-type: none">• Factores de riesgo únicos notablemente elevados: CT > 310 mg/dl, LDLc > 190 mg/dl o PA > 180/110 mm Hg.• Pacientes con HF, sin otros factores de riesgo importantes.• Pacientes con DBT sin daño a órganos blanco, con duración de la DBT > 10 años u otro factor de riesgo adicional.• ERC moderada (TFGe = 30-59 ml/min/1.73 m²).• SCORE calculado > 5% y < 10% para el riesgo a 10 años de enfermedad CV mortal. |
| Riesgo moderado | <ul style="list-style-type: none">• Pacientes jóvenes (DBT1 < 35 años; DBT2 < 50 años) con duración de la DBT < 10 años, sin otros factores de riesgo.• SCORE > 1% y < 5% para el riesgo a 10 años de enfermedad CV mortal. |
| Riesgo bajo | <ul style="list-style-type: none">• SCORE < 1% para el riesgo a 10 años de enfermedad CV mortal. |

ASCVD, enfermedad cardiovascular aterosclerótica; ERC, enfermedad renal crónica; TFGe, tasa de filtración glomerular estimada; HF, hipercolesterolemia familiar; CT, colesterol total; LDLc, colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad; PA, presión arterial; DBT, diabetes mellitus; CV, cardiovascular.

Se incluyen factores que pueden modificar significativamente la estimación del riesgo, como la privación social, la obesidad y la obesidad central, la inactividad física, el estrés psicosocial, los antecedentes familiares, los trastornos inflamatorios crónicos inmunomediados, los trastornos psiquiátricos graves, el tratamiento del VIH, la fibrilación auricular y la hipertrofia ventricular izquierda, entre otros.

Nuevas metas del LDLc según prevención primaria o secundaria (en comparación con las Guías 2016)

La reducción del LDLc de 40 mg/dl disminuye un 22% el riesgo relativo en eventos vasculares serios.

| RIESGO | 2016 | 2019 |
|----------|--|--|
| Muy alto | Reducción del 50% del basal o < 70 mg/dl | Reducción del LDLc > 50% del basal y un objetivo de LDLc < 55 mg/dl* |
| Alto | < 100 mg/dl | < 70 mg/dl |
| Moderado | < 115 mg/dl | < 100 mg/dl |
| Bajo | < 115 mg/dl | < 116 mg/dl |

*Para pacientes con enfermedad cardiovascular que experimentan un segundo evento vascular dentro de los 2 años con máximo tratamiento con estatinas, se puede considerar un objetivo de LDLc < 40 mg/dl.

Tratamiento de las dislipidemias

Las recomendaciones son:

- El LDLc es el objetivo primario de la terapia.
- La intensidad del tratamiento debe estar en relación con el nivel de riesgo.
- Para alcanzar las metas se deberán dar estatinas potentes a máxima dosis tolerada. Si no se llega a la meta, agregar ezetimibe. Si aun así no se alcanza la meta, agregar inhibidores de la PCSK9.
- Utilizar ácidos grasos polinsaturados (PUFA, por su sigla en inglés) como segunda opción después de estatinas en pacientes con triglicéridos elevados.

Hipertrigliceridemia

- Se recomienda medición de ApoB en pacientes con triglicéridos elevados.
- En pacientes con alto riesgo o muy alto riesgo e hipertrigliceridemia (valores entre 135 y 499 mg/dl), uso de ácido eicosapentaenoico, además de estatinas (primera opción).

Diabetes

- En pacientes con DBT2 y alto riesgo, se recomienda una reducción del LDLc > 50% del basal y un objetivo de LDLc < 70 mg/dl.
- En pacientes con DBT2 y muy alto riesgo, se recomienda una reducción del LDLc ≥ 50% del basal y un objetivo de LDLc < 55 mg/dl.
- Se recomiendan estatinas en pacientes con DBT1 que tienen alto o muy alto riesgo.

Prevención secundaria

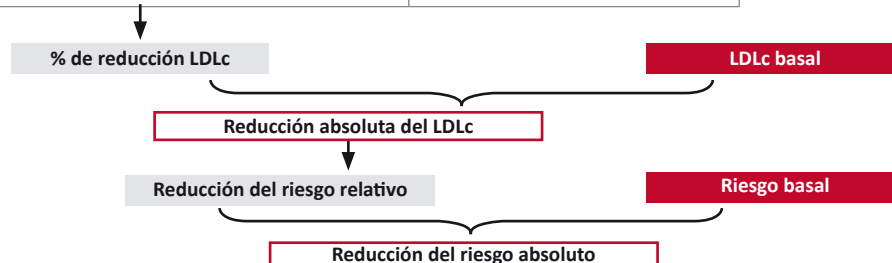
- En pacientes que experimentan un síndrome coronario agudo y que no alcanzan las metas de LDLc a pesar de dosis máximas toleradas de estatinas y ezetimibe, se recomienda el agregado de inhibidores de la PCSK9, incluso durante la internación.

Ancianos

- Se recomienda el tratamiento con estatinas para prevención primaria, de acuerdo con el nivel de riesgo, en pacientes ≤ 75 años.
- En > de 75 años con alto riesgo, se debe considerar el uso de estatinas en prevención primaria.

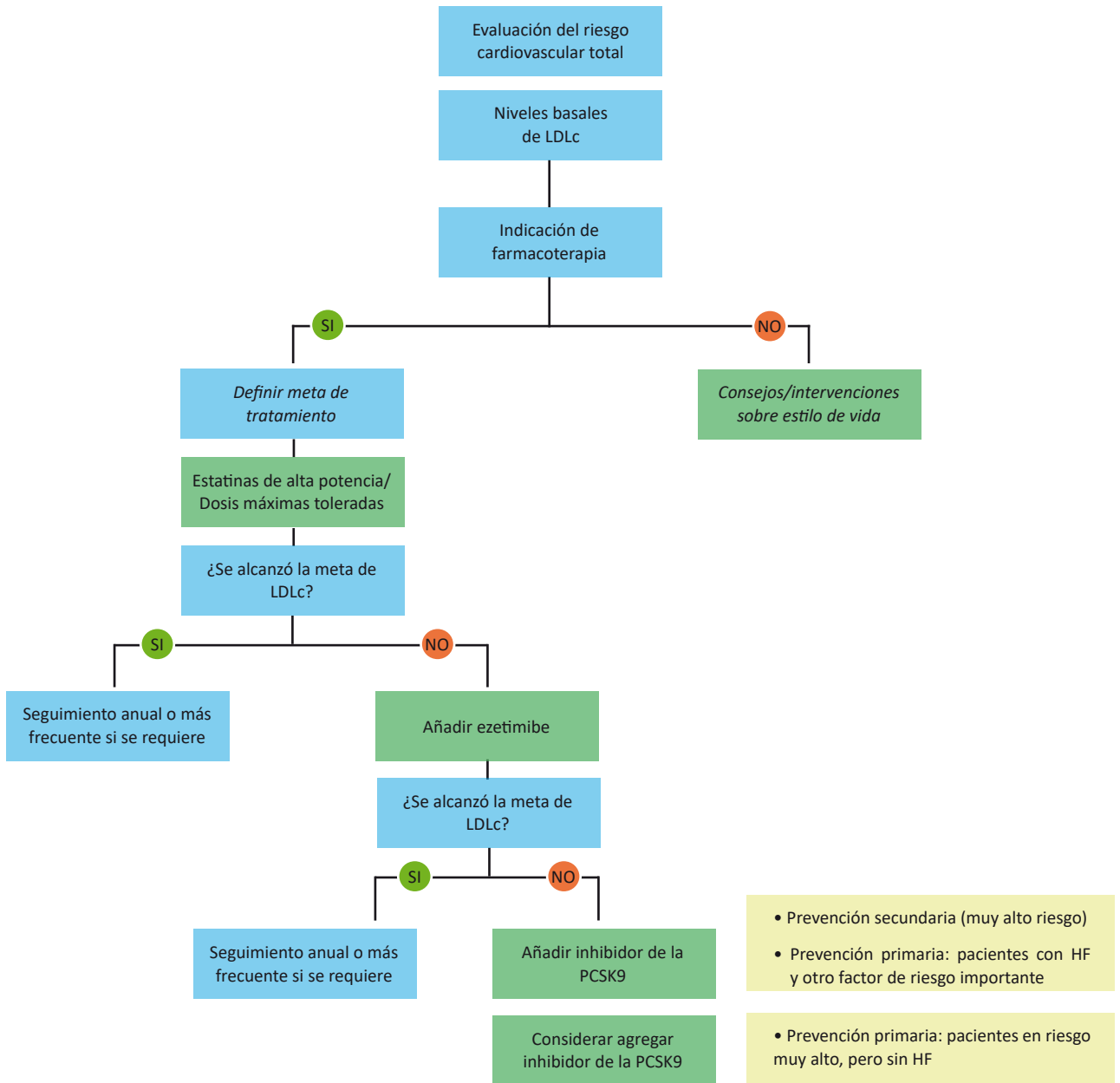
Intensidad del tratamiento para disminución de los lípidos

| Tratamiento | Reducción promedio del LDLc |
|---|-----------------------------|
| Estatina de intensidad moderada | ≈ 30% |
| Estatina de alta intensidad | ≈ 50% |
| Estatina de alta intensidad + ezetimibe | ≈ 65% |
| Inhibidor de la PCSK9 | ≈ 60% |
| Inhibidor de la PCSK9 + estatina de alta intensidad | ≈ 75% |
| Inhibidor de la PCSK9 + estatina de alta intensidad + ezetimibe | ≈ 85% |



Los beneficios del tratamiento para la disminución del LDLc dependen de: la intensidad de la terapia, el nivel basal de LDLc, la reducción absoluta esperada del LDLc y el riesgo basal estimado de ASCVD. Para estimar la reducción absoluta del LDLc que se logrará con el tratamiento, se debe multiplicar el LDLc inicial de un individuo por la reducción proporcional del LDLc esperada con el tratamiento.

Algoritmo de tratamiento para la reducción farmacológica del LDLc



Metas de tratamiento para el LDLc en todas las categorías de riesgo total de enfermedad cardiovascular

