

Recomendaciones de ACC/AHA vs. ESC/EAS en relación con el c-LDL para reducir el riesgo residual en la ECVA: un estudio de simulación de DA VINCI

Vallejo-Vaz AJ, et al. *Cardiovasc Drugs Ther.* 2022.

sanofi

MENSAJES CLAVE

Este estudio de simulación de DA VINCI identificó diferencias notables entre las guías de la ESC/EAS de 2019 y las de la ACC/AHA de 2018 en su enfoque clínico del tratamiento hipolipemiante en pacientes con ECVA. El estudio también identificó que:



Cerca del **80 al 85%** de los pacientes* recibían una **terapia hipolipemiante en monoterapia**

El porcentaje de pacientes que alcanzó los objetivos de ACC/AHA de 2018 (<70 mg/dL) vs. los de la ESC/EAS de 2019 (<55 mg/dL) fue del **39% vs. 19%**



La consecución del **c-LDL <70 mg/dL fue más probable en pacientes que recibieron tratamiento combinado con ezetimiba o un iPCSK9 vs. pacientes en monoterapia con estatinas**



En aquellos pacientes con **c-LDL ≥70 mg/dL**, que necesiten alcanzar niveles de **c-LDL <70 mg/dL, <55 mg/dL y <40 mg/dL, se necesitaría una reducción media del c-LDL del 26%, 42% y 58%** respectivamente



En pacientes con **c-LDL ≥70 mg/dL vs. <70 mg/dL**, el riesgo estimado de sufrir episodios CV a los **10 años fue del 32% vs. 35%**[†]



Alcanzar los objetivos de la ACC/AHA de 2018 o de la ESC/EAS de 2019 resultó en RRA simulados de **4% y 6%**, respectivamente



Para poder implementar las directrices, sería necesario **aumentar el uso de terapias combinadas**



El **riesgo residual** entre los pacientes con ECVA que reciben estatinas podría **mitigarse si se cumplieren las recomendaciones de la ESC/EAS de 2019[†]**

Se espera que los objetivos más estrictos de la ESC/EAS de 2019 aporten mejores resultados médicos vs. el enfoque de ACC/AHA de 2018

POR QUÉ ES IMPORTANTE

Las recomendaciones relacionadas con el c-LDL difieren entre el enfoque de las guías ACC/AHA de 2018 y las ESC/EAS de 2019 para los pacientes con ECVA.

Las guías de la ACC/AHA de 2018 recomiendan una reducción a objetivo del **c-LDL < 70 mg/dL**, en pacientes con un riesgo muy elevado.



Las guías de la ESC/EAS de 2019 recomiendan un objetivo más estricto del **c-LDL de <55 mg/dL**.

Utilizando la cohorte del estudio DA VINCI, se simuló el grado de riesgo que podría mitigarse al adoptar los enfoques recomendados por la ACC/AHA de 2018 vs. la ESC/EAS de 2019 en relación con el c-LDL.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio de simulación de DA VINCI. Los métodos y resultados principales del estudio DA VINCI pueden consultarse en el enlace: [DA VINCI](#).



RESULTADOS EVALUADOS

- Uso del tratamiento hipolipemiante en las poblaciones
- Control del c-LDL en pacientes con ECVA establecida y estratificado por tipo de ECVA[†]
- Pacientes con c-LDL > 70 mg/dL vs. consecución del c-LDL < 55 mg/dL
- Pacientes que alcanzan c-LDL < 40 mg/dL
- Implicaciones de la práctica actual y la consecución del objetivo del c-LDL en el riesgo CV futuro

RESULTADOS CLAVE

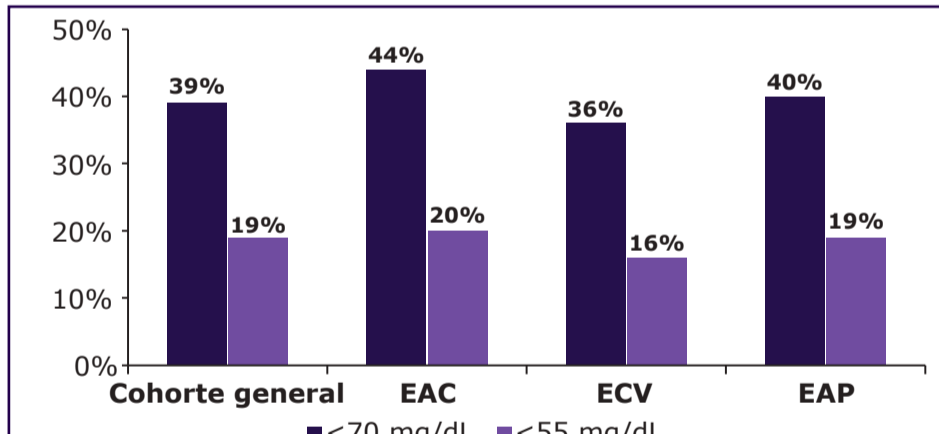


En total, **2039 pacientes con ECVA** (23% con EAC; 37% con ECV y 40% con EAP) (recibían tratamiento **hipolipemiante estabilizado en el momento de la medición del c-LDL**).

USO DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON ECVA

TIPO DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE	PACIENTES CON TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE (%)
Monoterapia con estatinas	Usado con más frecuencia
Estatinas de intensidad moderada [#] en monoterapia	Osciló entre el 40,4% de los pacientes con EAC y el 48,7% de los pacientes con ECV
Estatinas de alta intensidad [#]	EAC: 51,1%; ECV: 39,7%; EAP: 39,1%
Ezetimiba en combinación con estatinas	EAC: 15,3%; ECV: 6,7%; EAP: 8,2%
iPCSK9 en combinación con estatinas y/o ezetimiba	EAC: 0,4%; ECV: 1,2%; EAP: 1,6%

PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE ALCANZAN NIVELES DE c-LDL



- Fue más probable que los pacientes que recibieron terapia combinada con ezetimiba o un iPCSK9 alcanzaran un nivel de c-LDL <70 mg/dL que en pacientes en monoterapia con estatinas.
- A pesar de usar el iPCSK9 con poca frecuencia, el **58% de los pacientes que reciben iPCSK9 en combinación con otros tratamientos hipolipemiantes han alcanzado un nivel de c-LDL de <55 mg/dL**.

RIESGO RESIDUAL ENTRE LOS PACIENTES

NIVELES DE c-LDL	PACIENTES (%)	NIVEL MEDIO (IQR) DEL c-LDL	PREDICCIÓN DE RIESGO CV MEDIO (IQR) A LOS 10 AÑOS
≥70 mg/dL	61%	93 (81–115) mg/dL	32% (25–43%)
<70 mg/dL**	39%	56 (46–63) mg/dL	35% (26–46%)

REDUCCIÓN DE RIESGO SIMULADA EN PACIENTES CON ECVA ESTABLECIDA (NIVEL DE c-LDL ≥70 mg/dL)

NIVELES DE c-LDL	RIESGO CV MEDIO A LOS 10 AÑOS	RRR MEDIO DE EVENTOS CV	RRA MEDIA DE EVENTOS CV	REDUCCIÓN MEDIA REQUERIDA DEL c-LDL	RA PARA REDUCIR LOS NIVELES DEL c-LDL A 69 mg/dL
<70 mg/dL	28%	14%	4%	26%	24 mg/dL (12–46)
<55 mg/dL	25%	22%	6%	42%	39 mg/dL (27–91)
<40 mg/dL	23%	29%	8%	58%	54 mg/dL (42–76)

Para obtener más información sobre la reducción de riesgo simulada, haga clic en el [hipervínculo](#).

LIMITACIONES



- Más del 90% de los pacientes eran blancos (etnicidad homogénea).
- La simulación podría haber subestimado el riesgo CV y RRA en pacientes de muy alto riesgo.
- El uso del tratamiento hipolipemiante puede variar de un país a otro y es posible que no necesariamente refleje la práctica en otras regiones.
- Los centros del estudio podrían haberse centrado en el control de lípidos y la prevención de eventos cardiovasculares. Por lo tanto, es probable que los hallazgos del estudio presenten un escenario de control mejor que la media.

Para obtener más información, consulte el documento de referencia [Vallejo-Vaz AJ, et al.](#)

* La mayoría de los pacientes con manifestaciones mayores de ECVA

[†] La mayoría de los pacientes con comorbilidades adicionales como diabetes, antecedentes de tabaquismo y mayor uso de tratamientos hipolipemiantes más potentes, incluidas las terapias combinadas.

[‡] En una población como la cohorte DA VINCI

[§] Usar 70 mg/dL como límite para guiar el tratamiento hipolipemiante adicional

[¶] Según las guías de la ESC/EAS de 2019, todos los pacientes tienen un riesgo muy elevado

[#] Con o sin otro tratamiento hipolipemiante

^{||} Intensidad alta/moderada/desconocida

** Presentaban una prevalencia ligeramente mayor de factores de riesgo como antecedentes de tabaquismo y diabetes (50,7%)

ABREVIATURAS:

RRA, reducción del riesgo absoluta; ACC/AHA, American College of Cardiology/American Heart Association; ECVA, enfermedad cardiovascular aterosclerótica; EAC, enfermedad arterias coronarias; ECV, enfermedad cerebrovascular; CV, cardiovascular; ESC/EAS, Sociedad Europea de Aterosclerosis/Sociedad Europea de Cardiología; IQR, recorrido intercuartilico; c-LDL, colesterol de lipoproteínas de baja densidad; LLT, terapia hipolipemiante; iPCSK9, inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9; EAP, enfermedad arterial periférica; RR, reducción del riesgo; RRR, reducción del riesgo relativo.

BIBLIOGRAFÍA:

Vallejo-Vaz AJ, Bray S, Villa G, Brandts J, Kiru G, Murphy J, et al. Implications of ACC/AHA versus ESC/EAS LDL-C recommendations for residual risk reduction in ASCVD: A simulation study from DA VINCI. *Cardiovasc Drugs Ther.* 2022. doi: 10.1007/s10557-022-07343-x. Epub ahead of print. PMID: 35567726.

MAT-ES-2202733 V1 Noviembre 2022