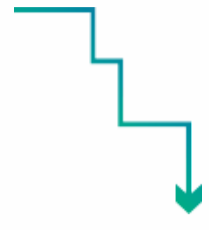


El manejo del colesterol de lipoproteínas de baja densidad en los pacientes con enfermedad de las arterias coronarias

MENSAJES CLAVE



Las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de 2019 recomiendan una estrategia de intensificación gradual de la reducción de colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), comenzando con estatinas en monoterapia



La estrategia recomendada por los autores (en esta editorial) para evitar la inercia terapéutica en el manejo del c-LDL en los pacientes con enfermedad de las arterias coronarias (EAC) incluye:

- Terapia dual desde el inicio para maximizar el tratamiento a bajo coste en los pacientes con c-LDL basal > 100 mg/dl
- Maximizar las dosis de estatina y/o añadir ezetimiba para los pacientes que han tomado estatinas con anterioridad
- Adición de inhibidor de proproteína convertasa subtilisina/kexina 9 (PCSK9) si el abordaje terapéutico no es suficiente

POR QUÉ ES IMPORTANTE



La reducción rápida y eficiente de la concentración de c-LDL es una parte fundamental del manejo terapéutico de los pacientes con EAC crónica o aguda.



Con el aumento de los episodios de EAC, es fundamental optimizar todos los aspectos del tratamiento médico, incluido fijar un objetivo potente y prevenir los acontecimientos adversos.



El momento obvio para abordar la reducción del c-LDL e intentar alcanzar los objetivos recomendados es durante la hospitalización inicial para la revascularización

ASPECTOS CLAVE



DATOS DE APOYO

- ▶ La adición temprana de ezetimiba y un inhibidor de PCSK9, alirocumab o evolocumab, a las estatinas de alta intensidad ofreció más beneficios al reducir aún más la concentración de c-LDL.
- ▶ El uso de estatinas de alta intensidad en el momento del alta después de un infarto agudo de miocardio se correlaciona con menos complicaciones cardiovasculares graves (CCG) a los 5 años
- ▶ La estatinoterapia de alta intensidad redujo significativamente las concentraciones de c-LDL y CCG después de un síndrome coronario agudo (SCA) en comparación con la estatinoterapia estándar
- ▶ Entre los pacientes con SCA, solo el 18 % alcanzaban los objetivos lipídicos de la ESC de 2019 a 1 mes utilizando estatinas de alta intensidad en monoterapia; el 46 % de los pacientes que recibían estatinas de alta intensidad con ezetimiba alcanzaron el nivel de c-LDL de <55 mg/dl con concentraciones basales de c-LDL >100 mg/dl



LA ESTRATEGIA INICIAL DE TRATAMIENTO PARA EVITAR LA INERCIA TERAPÉUTICA EN EL MANEJO DEL C-LDL ENTRE LOS PACIENTES CON EAC

- ▶ Para pacientes que no reciben estatinas en el momento del diagnóstico
 - c-LDL < 55 mg/dl: estatina de intensidad moderada o alta
 - c-LDL 55–100 mg/dl: estatina de la intensidad más alta tolerada
 - c-LDL 101–190 mg/dl: estatina de la intensidad más alta tolerada + ezetimiba
 - c-LDL > 190 mg/dl: estatina + ezetimiba + contemplar inhibidor de PCSK9 + cribado de posible hiperlipidemia hereditaria
- ▶ Para pacientes que sí reciben estatinas en el momento del diagnóstico
 - c-LDL < 55 mg/dl: estatina de intensidad moderada o alta
 - c-LDL 55–190 mg/dl: aumentar la estatina a la intensidad más alta tolerada + ezetimiba
 - c-LDL > 190 mg/dl: estatina + ezetimiba + contemplar inhibidor de PCSK9 + cribado de posible hiperlipidemia hereditaria
- ▶ Si el abordaje terapéutico no es suficiente para alcanzar el objetivo de la ESC, añadir ezetimiba y PCSK9i cuando sea necesario a las 4 - 8 semanas después del inicio del tratamiento.

Bibliografía:

Bergerot C, Angoulvant D, Lemesle G, Barone-Rochette G, Mewton N, Mach F. It's never too early to beat your low-density lipoprotein cholesterol. Arch Cardiovasc Dis. 2021;114(1):1–3. doi: 10.1016/j.acvd.2021.01.001. PMID: 33509745