Prevent The Event

Manejo de pacientes con **enfermedad arterial coronaria (EAC): enfoque en el control del c-LDL**

La enfermedad arterial coronaria (EAC) se define como un proceso patológico caracterizado por la acumulación de placas ateroscleróticas en las arterias epicárdicas. Incluye diversas condiciones, tales como:[1]

- Pacientes con angina estable.
- Pacientes después de procedimientos electivos de revascularización coronaria, como la intervención coronaria percutánea (ICP) o el injerto de derivación de la arteria coronaria (IDAC).
- Pacientes con enfermedad coronaria significativa sin revascularización previa, evidenciada por:
  - ≥70% de estenosis en al menos una arteria coronaria.
  - ≥50% de estenosis en la arteria coronaria principal izquierda.
  - Enfermedad obstructiva en tres vasos (>70%).

16% La cardiopatía isquémica representa el **16% de todas las muertes a nivel mundial.**[7*]

La presencia de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) junto con EAC aumentó el riesgo de un evento cardiovascular (CV) en un 28% en comparación con aquellos sin diabetes, según el estudio CLARIFY.[8]

La diabetes es un factor de riesgo bien establecido para la cardiopatía isquémica, y la EAC es responsable del 40-80% de las muertes en pacientes con DM2.[1]

Nuevas guías Las nuevas guías de la ESC 2024 para el manejo de síndromes coronarios crónicos han sido publicadas recientemente y pueden descargarse aquí.

Estas guías presentan los siguientes pasos para el manejo del síndrome coronario crónico (SCC), incluida la EAC.[4]

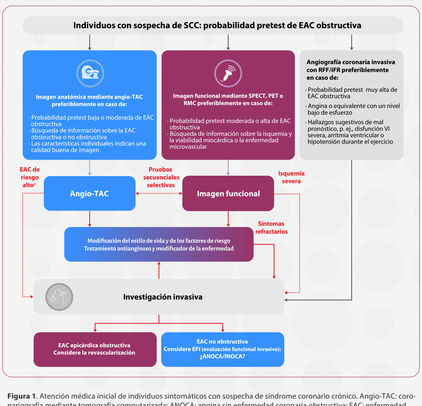

Figura 1. Atención médica inicial de individuos sintomáticos con sospecha de síndrome coronario crónico. Angio-TAC: coronariografía mediante tomografía computarizada; ANOCA: angina sin enfermedad coronaria obstructiva; EAC: enfermedad arterial coronaria; Eco: ecocardiografía; EFI: evaluación funcional invasiva; iFR: índice diastólico instantáneo sin ondas; INOCA: isquemia sin enfermedad coronaria obstructiva; PET: tomografía por emisión de positrones; RMC: resonancia magnética cardiaca; SCC: síndrome coronario crónico; SPECT: tomografía computarizada por emisión de fotón único; VI: ventrículo izquierdo. Tenga en consideración la disponibilidad de las pruebas, la experiencia del centro y las características individuales de los pacientes al seleccionar las pruebas no invasivas. En la tabla 6 se encuentra información sobre la selección de pruebas de primera línea para sujetos con sospecha de SCC. aEAC de riesgo alto: EAC obstructiva con riesgo alto de eventos por la detección mediante angio-TAC de estenosis ≥ 50% de tronco común izquierdo; enfermedad de tres vasos con estenosis severas (diámetro de estenosis ≥ 70%); enfermedad de uno o dos vasos que afecta a segmentos proximales de la DA con estenosis severas. Considere el uso de imagen funcional o pruebas invasivas.

a EAC de alto riesgo: EAC obstructiva con alto riesgo de eventos adversos identificada mediante angio-TAC: Estenosis ≥ 50% del tronco común izquierdo; Enfermedad de tres vasos con estenosis severa (≥70% de diámetro); Enfermedad de uno o dos vasos, incluyendo la descendente anterior proximal con estenosis severa. Se recomienda considerar imágenes funcionales o investigación invasiva.

Los pacientes con EAC, con o sin DM2, tienen un riesgo CV muy alto[‡]. Estos pacientes requieren un enfoque holístico y multifactorial para su prevención y tratamiento.

Reducir los niveles elevados de factores causales de riesgo cardiovascular (CV), tales como:[5]

c-LDL
Objetivo: Ver más abajo.

Presión arterial
Objetivo: PAS (presión arterial sistólica) entre 120–129 mmHg.[1]

HbA_1c
Objetivo: <7,0% (53 mmol/mol).

Reducir los niveles de c-LDL representa el objetivo principal para disminuir el riesgo cardiovascular.[5]

De acuerdo con las guías de dislipidemia ESC/EAS 2019 y las guías ESC 2024 para síndromes coronarios crónicos, todos los pacientes con EAC tienen los siguientes objetivos de c-LDL:[4,5]

Una reducción de c-LDL de ≥50% respecto al nivel basal[‡] y un objetivo de c-LDL de <55 mg/dL (<1,4 mmol/L) son recomendados.

Para pacientes **con riesgo cardiovascular muy alto** (incluidos aquellos con EAP y DM2) que no logran su objetivo de c-LDL con la dosis máxima tolerada de estatinas y ezetimiba, se recomienda **la combinación con un inhibidor de PCSK9**.[1]

Recomendaciones para la reducción farmacológica del c-LDL[5]

Paso 1 I A
Se recomienda prescribir una estatina de alta intensidad hasta la dosis máxima tolerada para alcanzar los objetivos establecidos según el nivel de riesgo específico.

Paso 2 I B
Si no se logran los objetivos con la dosis máxima tolerada de estatina, se recomienda la combinación con ezetimiba.

Paso 3 I A
Para la prevención secundaria, en pacientes con riesgo muy alto que no logran alcanzar su objetivo con la dosis máxima tolerada de estatina y ezetimiba, se recomienda la combinación con un inhibidor de PCSK9.

Adaptado de Virints et al., 2024, y Mach et al., 2020.[4,5]

Se debe evaluar la respuesta del paciente a la terapia entre las 6-8 semanas después de iniciarla.[2]

Prevenir el primer evento en pacientes con EAC, con o sin DM2.[¥]

* El término "cardiopatía isquémica estable" a menudo se utiliza como sinónimo de SCC e incluye una variedad de condiciones que resultan en un desequilibrio entre el suministro y la demanda de oxígeno miocárdico.[6]

† Siempre que el tratamiento antihipertensivo sea bien tolerado.

‡ El término "basal" se refiere al nivel de c-LDL en una persona que no está tomando medicamentos para reducir el c-LDL. En personas que ya toman medicamentos para reducir el c-LDL, los niveles basales proyectados (sin tratamiento) deben estimarse en función de la eficacia promedio de los medicamentos utilizados o de la combinación de ellos.[5]

¥ Prevención del primer evento CV clínico en pacientes con EAC y DM2 sin eventos CV clínicos previos.

CLARIFY es un registro observacional de pacientes con SCC, llevado a cabo en 45 países desde 2009 hasta 2010; el seguimiento fue de 5 años. Los síndromes coronarios crónicos se definieron por ≥ 1 de los siguientes criterios: infarto de miocardio previo, evidencia de estenosis coronaria >50%, isquemia miocárdica sintomática, procedimiento de revascularización previo.[8]

Abreviaturas:

EAP: Enfermedad Arterial Periférica. **ANOCA:** Angina con arterias coronarias no obstructivas; **ATC:** Angiografía por tomografía computarizada; **CMR:** Resonancia magnética cardiaca; **CV:** Cardiovascular; **DM2:** Diabetes mellitus tipo 2; **EAC:** Enfermedad arterial coronaria; **EAS:** Sociedad Europea de Aterosclerosis; **ECHO:** Ecocardiografía; **ESC:** Sociedad Europea de Cardiología; **FFR:** Reserva de flujo fraccional; **HbA_1c:** Hemoglobina glucosilada; **ICFT:** Pruebas funcionales coronarias invasivas; **ICP:** Intervención coronaria percutánea; **IDAC:** Injerto de derivación de la arteria coronaria; **INOCA:** Isquemia con arterias coronarias no obstructivas; **iPCSK9:** Inhibidor de la proprotein convertasa subtilisina/kexina tipo 9; **LAD:** Arteria descendente anterior izquierda; **PAS:** Presión arterial sistólica; **PET:** Tomografía por emisión de positrones; **SCC:** Síndromes coronarios crónicos; **SPECT:** Tomografía computarizada por emisión de fotón único.

Referencias:

1. Marx N, Federici M, Schütt K, et al. Guías ESC 2023 para el manejo de enfermedades cardiovasculares en pacientes con diabetes: Desarrolladas por el grupo de trabajo sobre manejo de enfermedades cardiovasculares en pacientes con diabetes de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). **Eur Heart J**. 2023;44:39)-4043 -4140.
2. Organización Mundial de la Salud. Las 10 principales causas de muerte. 2020. Disponible en: https://www.who.int/-news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death. Consultado: abril de 2025.
3. Mak K, Vidal-Petiot E, Young R, et al. Prevalencia de la diabetes y su impacto en eventos cardiovasculares y mortalidad en pacientes con síndromes coronarios crónicos, en múltiples regiones geográficas y etnias. **Eur J Prev Cardiol**. 2021;28:1795–1806.
4. Virints C, Andreotti F, Koskinas KC, et al. Grupo de Documentos Científicos de la ESC. Guías ESC 2024 para el manejo de síndromes coronarios crónicos. **Eur Heart J**. 2024:ehae777.
5. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. Guías ESC/EAS para el manejo de dislipidemias: Modificación de lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. **Eur Heart J**. 2020;41(11:111-188.
6. Dababneh E y Goldstein S. Selección de modalidad de tratamiento para la enfermedad cardiaca isquémica crónica. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): **StatPearls** Publishing. 2023.

MAT-ES-2500161 v1 abril 2025

sanofi