

Uso óptimo del tratamiento hipolipemiante (THL) después de síndrome coronario agudo (SCA)

Artículo de opinión avalado por el International Lipid Expert Panel (ILEP)

MENSAJES CLAVE



Las recomendaciones incluyen **una vía de tratamiento principal (diagnóstico y estratificación/THL orientado a objetivos/soporte y seguimiento)**, junto con vías especiales para algunos escenarios específicos de la práctica clínica.

POR QUÉ ES IMPORTANTE



Este artículo de opinión **complementa las guías existentes sobre el control lipídico en pacientes después de un SCA** y propone **enfoques prácticos para mejorar el acceso/adherencia a los THL** en estos pacientes.

ASPECTOS CLAVE



VÍA PRINCIPAL

- ▶ La vía principal para un THL óptimo tras SCA incluye lo siguiente:
 - **Diagnóstico y estratificación**
 - **THL orientado a objetivos:** Enfoque de THL orientado a objetivos en tres fases
 - **En los pacientes tratados con estatinas con cLDL <100 mg/dL**, la estatinoterapia debe intensificarse hasta la dosis máxima tolerada. En los pacientes sin tratamiento previo con estatinas con cLDL <120 mg/dL, se debe iniciar tratamiento con atorvastatina o rosuvastatina a dosis alta (reducción de <50 % para alcanzar el objetivo [objetivo de cLDL: <55 mg/dL]; para ambos casos).
 - **En los pacientes tratados con estatinas con cLDL 100-300 mg/dL o en pacientes sin tratamiento previo con estatinas con cLDL 120-300 mg/dL**, el tratamiento con la dosis máxima tolerada de estatinas debería combinarse con ezetimiba (reducción del 50-80 % para alcanzar el objetivo [objetivo de cLDL: <55 mg/dL]).
 - **En cualquier paciente con cLDL >300 mg/dL en el momento del ingreso**, podría iniciarse en el hospital tratamiento triple (tratamiento con dosis máxima tolerada de estatina + ezetimiba + iPCSK9) (reducción de >80 % para alcanzar el objetivo [objetivo de cLDL: <55 mg/dL]).
 - **Después de la visita de seguimiento a las 4-6 semanas**, se debe intensificar el tratamiento (según la necesidad), para alcanzar el objetivo en los niveles de cLDL; un seguimiento menos frecuente es aceptable después de alcanzar el objetivo en los niveles de cLDL.
 - **Soporte y seguimiento**
 - Para maximizar la adherencia al tratamiento, el seguimiento y la intensificación del THL, se debe utilizar un informe de alta normalizado.



VÍAS ESPECIALES

- ▶ Recomendaciones de tratamiento para los pacientes que requieren vías especiales (identificadas durante el diagnóstico y estratificación):
 - **Pacientes considerados de riesgo CV «extremadamente alto»:** se debe contemplar el THL doble inicial inmediato (dosis máxima tolerada de estatina + ezetimiba [objetivo de cLDL: <40 mg/dL]). Se puede recetar un iPCSK9 en el seguimiento, si no se ha alcanzado el objetivo.
 - **En los pacientes con intolerancia total a estatinas:** el tratamiento debe continuar inmediatamente con THL no estatinico; en caso de intolerancia parcial a estatinas, se debe considerar el inicio temprano de THL adicionales + dosis baja de estatina para alcanzar el objetivo de cLDL de <55 mg/dL.
 - **Si no se alcanza el objetivo de cLDL a pesar de recibir la dosis máxima tolerada de estatina y ezetimiba en el periodo prehospitalario:** se debe contemplar el inicio de iPCSK9 durante la hospitalización.

Bibliografía:

Banach M. Penson PE. Vrablc M. Bunc M. Dyrbus K Fedacko J. et al. Optimal use of lipid-lowering therapy after acute coronary syndromes: A Position Paper endorsed by the International Lipid Expert Panel (ILEP). Pharmacol Res. 2021;188:105409. doi: 10.1018/j.phrs.2021.105409. Epub ahead of print. PMID: 33807285.