

Congreso Europeo de Cardiología

#SIAC_ESC21



GUIAS EUROPEAS 2021 DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

DISLIPIDEMIA

Las guías ratifican de manera rotunda el papel causal del Colesterol LDL (C-LDL), así como de todas las lipoproteínas que contienen apo-B, en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) este hecho se demuestra más allá de cualquier duda por distintos niveles de evidencia, estudios genéticos, observacionales e intervencionistas, todos coinciden en ratificar que el colesterol es necesario y prácticamente imprescindible para que se genere y progrese la ECVA. De allí que el concepto de que mientras más bajo es mejor sigue teniendo total vigencia

El efecto del C-LDL, sobre el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) parece estar determinado por dos variables muy bien definidas: tanto por el nivel basal como por la duración total de la exposición de la pared arterial a niveles elevados de C-LDL, de allí se desprende que es absolutamente mandatorio lograr las metas de C-LDL, no sólo mientras más bajo mejor, sino mientras más rápido mejor.

Los argumentos que soportan esta aseveración en las guías europeas de prevención cardiovascular 2021 son los siguientes:

1. La disminución prolongada del C-LDL se asocia con una reducción robusta, consistente y contundente del riesgo de ECVA en todo el rango de poblaciones estudiadas (prevención primaria, secundaria, mayores o menores de 65 años, hombres o mujeres, con diabetes mellitus, post accidente cerebro vascular, post infarto al miocardio), y los resultados de los estudios clínicos aleatorizados indican sin ninguna duda que la disminución del C-LDL reduce el riesgo de ECV de forma segura, incluso logrando niveles muy bajos de C-LDL [por ejemplo, C-LDL <1,4 mmol / L (55 mg / dL)].
2. La reducción relativa del riesgo de nuevos ECV es proporcional al tamaño absoluto del cambio en el C-LDL, independientemente del fármaco o fármacos utilizados para lograr dicho cambio. Es decir, a mayor reducción de C-LDL independientemente de como se logre, mayor la reducción del riesgo.
3. El beneficio absoluto de reducir el C-LDL depende del riesgo absoluto de ECVA y la reducción absoluta del C-LDL, por lo que incluso pequeñas reducciones del valor absoluto de C-LDL impacta favorablemente en un paciente de alto o muy alto riesgo.
4. El colesterol representado en las lipoproteínas de no alta densidad (C-no HDL) incluye a todas las lipoproteínas aterogénicas (es decir aquellas que contienen apo-B), y se calcula de manera muy sencilla: colesterol total – C-HDL = C-NO HDL. La relación entre el C-No HDL y el riesgo CV es tan importante y directa como la relación con el C-LDL.
5. Los niveles C- No HDL contienen, en esencia, la misma información que una medición de la concentración plasmática de apo-B. Por lo que no es necesario medir APOB en la gran mayoría de nuestros pacientes

Para la reducción del C-LDL hasta los valores ideales propuestos hoy en día por las distintas sociedades científicas, incluyendo a la SIAC, se debe pensar cada vez más en la necesidad de combinaciones de drogas.

Siempre se debe iniciar con estatinas como primera elección, ezetimibe y, si es necesario y costo efectivo, sobre todo en nuestros pacientes Latino Americanos, se puede utilizar, inhibidores de PCSK9. Es muy importante discutir estas opciones con los pacientes y que la decisión de utilizar o no estas terapias sea compartida con ellos.

Esta aproximación terapéutica disminuirá el riesgo de ASCVD proporcionalmente a la reducción absoluta de C-LDL.

Cuando no se puedan alcanzar los objetivos de C-LDL de acuerdo con el nivel de riesgo, la recomendación de las guías europeas, son similares a nuestras recomendaciones en las guías Latino Americanas de Riesgo Residual, trate de reducir el C-LDL en un $\geq 50\%$ y luego esfuércese por reducir otros factores de riesgo como parte de un proceso de toma de decisiones compartido con el paciente.

El C-HDL se asocia inversamente con el riesgo de ECV. Los niveles muy altos de C-HDL pueden indicar un menor riesgo de ECV. A pesar de este concepto muy bien conocido, no hay ninguna evidencia, ni proveniente de estudios de aleatorización mendeliana, o de ensayos aleatorizados, que hayan demostrado que el aumento del C-HDL plasmático con medidas farmacológicas reduzca el riesgo de ECV. Sin embargo, C-HDL es un biomarcador útil para refinar la estimación del riesgo cardiovascular.

A continuación, les presentamos las nuevas recomendaciones de las guías europeas de prevención cardiovascular en relación con el manejo del riesgo asociado con la dislipidemia.

En pacientes con ECVA establecida, reducir el C-LDL a una meta de < 55 mg/dl o al menos un 50% de reducción del nivel basal es recomendable	I
En pacientes aparentemente saludables $<$ de 70 años con riesgo muy alto, reducir el C-LDL a una meta de 55 mg/dl o al menos un 50% de reducción del nivel basal es recomendable	IIa
En pacientes aparentemente saludables $<$ de 70 años con riesgo alto, reducir el C-LDL a una meta de $<$ 70 mg/dl o al menos un 50% de reducción del nivel basal es recomendable	IIa
En pacientes con riesgo alto o muy alto, con valores de triglicéridos $>$ 135 mg/dl a pesar de estar recibiendo terapia con estatinas a dosis adecuadas y estar cumpliendo de forma adecuada los cambios terapéuticos de estilo de vida la indicación de ácidos	IIb

grasos omega 3 (icosapentil etil 4 gramos al día) en combinación con estatinas debe ser considerado	
En pacientes de 70 años de alto riesgo, el uso de estatinas puede ser	IIB
En pacientes < de 40 años con DM tipo 1 o tipo 2 con evidencia de daño a órgano blanco y / o C_LDL > a 100 mg/dl el uso de estatinas debe ser considerado (a menos que este planeado un embarazo)	IIB
En pacientes en prevención primaria, sin hipercolesterolemia familiar, en quienes no se logre la meta de C-LDL a pesar de utilizar dosis máximas de estatinas, la indicación de ezetimibe o PCSK) debe ser considerada	IIB

Autor/es:



Dr. Carlos Ignacio Ponte-N.

Directivo SIACPREVENT

Coordinador programa UPCM

Directivo Sociedad Venezolana de Cardiología

Miembro principal del Board de la International *Atherosclerosis Society* - Capítulo Las Américas

Miembro del Board Editorial Revista JACC en español

Twitter: @DrPontecarlosi