

Tratamiento intensivo precoz de la dislipemia postSCA

La experiencia del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz

Dr. Rafael Vázquez García

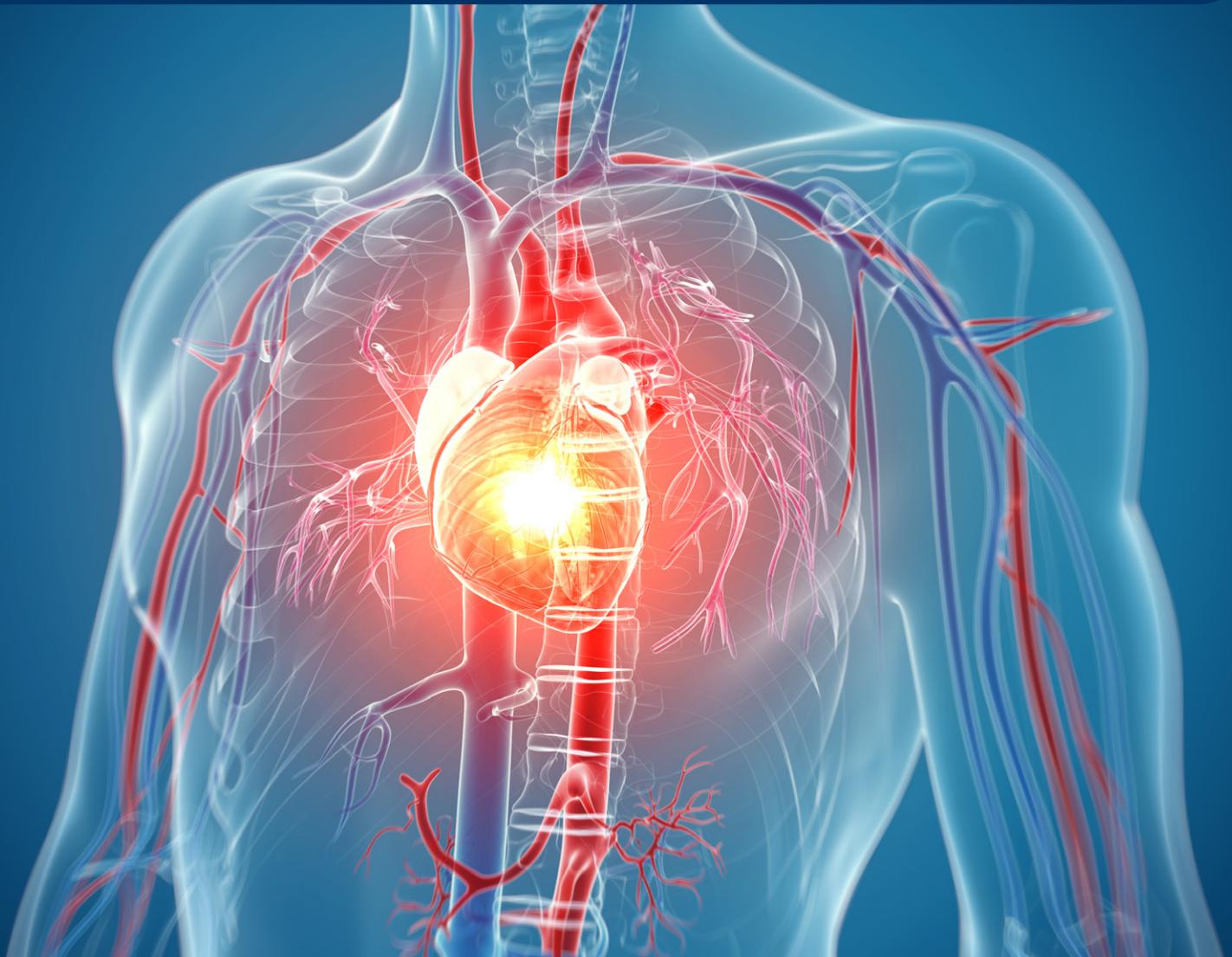
Director UGC de Cardiología, Jefe de Servicio de Cardiología
Hospital Universitario Puerta del Mar

Consulta virtual de lípidos
después de síndrome coronario

Rafael Vázquez García, et al.



Feel the Science.



Título original: Tratamiento intensivo precoz de la dislipemia postSCA. La experiencia del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz.

Esta publicación no puede ser reproducida ni total, ni parcialmente y en ningún formato, ni electrónico, ni mecánico, incluyendo fotocopias, grabación y cualquier sistema, sin el permiso por escrito de los titulares de copyright.

Tratamiento intensivo precoz de la dislipemia postSCA

La experiencia del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz

Dr. Rafael Vázquez García

Director UGC de Cardiología. Jefe de Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción

La Cardiopatía Isquémica continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en el mundo occidental, a pesar de los avances del tratamiento médico y del intervencionismo coronario¹. Los pacientes que han presentado un Síndrome Coronario Agudo (SCA), tanto si se trata de un episodio de angina inestable o de infarto de miocardio, tienen un riesgo aumentado de eventos cardiovasculares (CV) recurrentes². Los programas multidisciplinarios de Rehabilitación cardiaca, deben iniciarse de forma precoz para corregir rápidamente los factores de riesgo CV (FRCV), introduciendo un estilo de vida más cardiosaludable, que incluya cese del tabaquismo, del sedentarismo y tratamiento de FRCV como la hipertensión arterial, la Diabetes Mellitus y muy especialmente de la hipercolesterolemia³⁻⁸. Un abordaje precoz e integral de los FRCV se asocia a una disminución de la mortalidad y morbilidad cardiovascular³⁻⁸.

El objetivo lipídico en las Guías de Práctica Clínica

De todos los FRCV, la dislipemia tiene un papel preponderante. Las terapias de reducción del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) constituyen la mejor herramienta disponible para la prevención secundaria de los pacientes que han sufrido un SCA. Hasta 2019, el objetivo terapéutico lipídico para los pacientes de muy alto riesgo (como los que han sufrido un SCA) era de cLDL < 70 mg/dl, o bien una reducción del 50% del cLDL⁷. Sin embargo, en las actuales guías europeas de 2019, este objetivo se ha reducido a un cLDL < 55 mg/dl⁸, lo que implica una terapia hipolipemiente más intensiva⁸. A los pacientes con SCA se recomienda que inicien la terapia hipolipemiente de alta intensidad (estatinas y/o tratamiento combinado con ezetimiba) durante los primeros días de la hospitalización por el SCA⁷⁻⁹.

El objetivo lipídico en la realidad asistencial

A pesar de que el control lipídico postinfarto ha mejorado en los últimos años, estudios multicéntricos de prevención secundaria como EUROASPIRE¹⁰ y DA VINCI¹¹, muestran que aún existe un gran margen de mejora. Es más, según un estudio recientemente publicado y realizado en 20 servicios de cardiología de nuestro país, alrededor de un 40% de los pacientes postinfarto no cumplen ni siquiera el objetivo antiguo de cLDL < 70 mg/dl¹². Hay 2 causas principales que justifican este incumplimiento: por un lado, una monitorización insuficiente del perfil lipídico postinfarto y por otro la infrautilización de las terapias hipolipemiantes de alta intensidad, como el tratamiento combinado estatina-ezetimiba y de los inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (iPCSK9), que se ha utilizado marginalmente, según diversas publicaciones de nuestro entorno¹²⁻¹⁴.

Conclusión

- **La intensificación precoz del tratamiento hipolipemiente postSCA, en una consulta monográfica específica, con una mayor utilización del tratamiento combinado de estatinas de alta intensidad y Ezetimibe y una mayor prescripción de iPCSK9, asegura la consecución del objetivo lipídico de cLDL < 55 mg/dl, en la mayoría de los pacientes en los primeros 3 meses postSCA.**

Estrategias para el control lipídico post-SCA

El manejo del control lipídico tras un SCA en nuestro país, se ha realizado como parte de los programas de Rehabilitación cardiaca o mediante revisiones convencionales en Consultas Externas de Cardiología. Ambas estrategias tienen sus limitaciones. Los programas de Rehabilitación Cardiaca frecuentemente se enfrentan con listas de espera, que hacen que su comienzo se demore más de lo aconsejable. Por otro lado, la saturación de las Consultas externas de la mayoría de hospitales, obliga a que las revisiones de un paciente que ha sufrido un SCA no complicado, sean más infrecuentes de lo que deberían. En ambos casos, es muy difícil corregir rápidamente la dislipemia. Es conocido que un cLDL elevado en las primeras semanas post-SCA se asocia con un incremento del riesgo de nuevos eventos isquémicos precoces¹⁵⁻¹⁶, lo que obliga a desarrollar estrategias de control estricto y estrecho seguimiento de estos pacientes, de forma que consigamos el objetivo lipídico de cLDL < 55 mg/dl, en un amplio porcentaje de pacientes, en el menor tiempo posible. Una de estas estrategias es la puesta en marcha de consultas monográficas, enfocadas específicamente a la consecución del objetivo lipídico y que pueden desarrollarse vía telefónica/telemática, de forma paralela y complementaria al seguimiento convencional del paciente en las Consultas Externas de Cardiología y/o en los Programas de Rehabilitación Cardiaca. Nuestro grupo acaba de publicar una estrategia de este tipo que resumimos a continuación en el próximo apartado¹⁷.

Consulta virtual de lípidos postSCA del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz

La "Consulta Virtual de lípidos post-SCA" comienza en la misma hospitalización del SCA con tratamiento hipolipemiente de alta intensidad y con una solicitud de perfil lipídico al alta del paciente, con seguimientos telefónicos mensuales. Cada mes se valora telemáticamente el perfil lipídico y se escala el tratamiento hipolipemiente hasta alcanzar el objetivo de cLDL < 55 mg/dl, preferentemente en los 3 primeros meses postSCA¹⁷.

Una mayoría de pacientes (56,9%) recibió tratamiento combinado de estatinas y ezetimiba, mientras que un tercio de los mismos (32,4%) recibió estatinas de alta intensidad aisladas y el 10,7% restante recibió alguna modalidad de tratamiento que incluía iPCSK9, junto con estatinas y/o ezetimiba. Las estatinas más usadas fueron Atorvastatina-80 y Rosuvastatina-20, tanto como tratamiento aislado, como combinado, en el 85,2% de los pacientes.

Con esta estrategia conseguimos el objetivo lipídico previo de cLDL < 70 mg/dl en el 95,4% de los casos y el objetivo actual de cLDL < 55 mg/dl en el 81,5% de pacientes; todo ello en un tiempo promedio de sólo 3,2 ± 2,1 meses.

Bibliografía

1. Roger VL. Epidemiology of myocardial infarction. *Med Clin North Am.* 2007 Jul;91(4):537-52; ix.
2. Abu-Assi E, López-López A, González-Salvado V, et al. The risk of cardiovascular events after an acute coronary event remains high, especially during the first year, despite revascularization. *Rev Esp Cardiol Engl Ed.* 2016; 69:11-8.
3. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *J Am Coll Cardiol.* 2016;67:1-12.
4. Pfeffer MA, Braunwald E, Moya LA, et al. Effect of captopril on mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. Results of the survival and ventricular enlargement trial. The SAVE Investigators. *N Engl J Med.* 1992 Sep 3;327(10):669-77.
5. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ.* 2009 May 19;338:b1665.
6. Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2016 Jan 14;37(3):267-315.
7. Catapano AL, Graham I, De Backer G, et al. 2016 ESC/EAS guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J.* 2016;37:2999-3058.
8. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J.* 2020;41:111-88.
9. Ray KK, Cannon CP, McCabe CH, et al. Early and late benefits of high-dose atorvastatin in patients with acute coronary syndromes. *J Am Coll Cardiol.* 2005;46:1405-10.
10. De Backer G, Jankowski P, Kotseva K et al. Management of dyslipidaemia in patients with coronary heart disease: Results from the ESC-EORP EUROASPIRE V survey in 27 countries. *Atherosclerosis.* 2019;285:135-146.
11. Ray KK, Molemans B, Schoonen WM, et al. EU-Wide Cross-Sectional Observational Study of Lipid-Modifying Therapy Use in Secondary and Primary Care: the DA VINCI study. *Eur J Prev Cardiol.* 2020;zwaa047.
12. Anguita M, Gómez Doblas JJ, Barrios V. Grado de control del cLDL tras un síndrome coronario agudo en España. ¿Se utilizan adecuadamente los recursos terapéuticos existentes? *Rev Esp Cardiol.* 2021;74:194-196.
13. Escobar C, Anguita M, Arrarte V, et al. Recomendaciones para mejorar el control lipídico. Documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol.* 2020;73:161-167.
14. Ribas N, Recasens L, Pérez S, et al. Una nueva estrategia para alcanzar los niveles objetivos de colesterol LDL tras un síndrome coronario agudo. *Clin Investig Arterioscler.* 2019;31:93-100.
15. Wiviott SD, Cannon CP, Morrow DA, Ray KK, Pfeffer MA, Braunwald E; PROVE IT-TIMI 22 Investigators. Can low-density lipoprotein be too low? The safety and efficacy of achieving very low low-density lipoprotein with intensive statin therapy: a PROVE IT-TIMI 22 substudy. *J Am Coll Cardiol.* 2005;46:1411-1416. doi: 0.1016/j.jacc.2005.04.064
16. Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al. 2015. ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2016;37:267-315.
17. Vázquez García R, Puche García JE, Mialdea Salmerón D, Bartolomé Mateos D, Delgado Nava W. Consulta virtual de lípidos después de síndrome coronario agudo. *Rev Esp Cardiol.* 2021;73:161-167. DOI: 10.1016/j.recesp.2021.06.007. Disponible online el 7 de Julio de 2021.

MENSAJES PARA RECORDAR

- Las terapias de reducción del cLDL constituyen la mejor herramienta para la prevención secundaria de los pacientes que han sufrido un SCA.³⁻⁸
- Estas terapias comienzan con una dieta y un estilo de vida cardiosaludables. Además, contemplan el tratamiento farmacológico con estatinas, ezetimiba y los iPCSK9. Este arsenal terapéutico se verá ampliado próximamente con otros fármacos como el ácido bempedoico y el Inclisiran.⁷⁻⁸
- Todos los pacientes que han sufrido un SCA pertenecen, por definición al grupo de “muy alto riesgo” y el objetivo lipídico en ellos es lograr un cLDL < 55 mg/dl. En los pacientes que han sufrido un segundo evento CV mientras que estaban en tratamiento con dosis máximas toleradas de estatinas, el objetivo lipídico es cLDL < 40 mg/dl.⁷⁻⁸
- Los estudios de prevención secundaria nos demuestran que estos objetivos no se cumplen en un amplio porcentaje de pacientes. Es más, cerca de la mitad de los pacientes postSCA, no cumplen ni el objetivo antiguo de cLDL < 70 mg.¹⁰⁻¹⁴
- Un cLDL elevado en las primeras semanas post-SCA se asocia con un incremento del riesgo de nuevos eventos isquémicos precoces. Por ello, se necesitan estrategias que permitan alcanzar el objetivo lipídico en el menor tiempo posible.¹⁵⁻¹⁶
- Los fármacos hipolipemiantes disponibles actualmente para el tratamiento de la dislipemia en el SCA y en el Síndrome Coronario Crónico (SCC), son los mismos: estatinas, ezetimiba y los iPCSK9. Lo que diferencia el tratamiento hipolipemiente del SCA y del SCC son los tiempos hasta la consecución del objetivo lipídico. En el SCC podemos ir escalando progresivamente el tratamiento hipolipemiente, mientras que en el SCA es preferible partir de un tratamiento intensivo precoz (desde el mismo momento de la hospitalización por el SCA).^{7,8,15,16}
- En la mayoría de los casos, el paciente debe ser dado de alta del SCA con estatinas de alta intensidad (Atorvastatina-40/80 mg o Rosuvastatina-20 mg), asociadas a Ezetimibe-10 mg.^{7,8,17}
- Junto al informe de alta se le entregará al paciente una solicitud de analítica (que incluya perfil lipídico y bioquímica hepática), para que le sea extraída al mes postSCA. Deben implementarse estrategias que aseguren que el cLDL sea monitorizado cada mes, con el reajuste de tratamiento hipolipemiente correspondiente, para lograr que el objetivo lipídico de cLDL < 55 mg/dl se alcance en los primeros 3 meses postSCA, en la mayoría de pacientes. Una de estas estrategias es la Consulta Virtual de lípidos postSCA.¹⁷
- Si el objetivo de cLDL < 55 mg/dl no es alcanzado tras el tratamiento combinado de estatinas de alta intensidad y ezetimiba, debe añadirse un iPCSK9. También debe añadirse en casos de intolerancia o contraindicación a estatinas. En los casos de SCA acontecidos en pacientes que ya estaban en tratamiento con dosis máximas toleradas de estatinas y ezetimiba, le adición del iPCSK9 debe realizarse durante la hospitalización por el SCA.^{7,8}
- Resumen final: La intensificación precoz del tratamiento hipolipemiente postSCA con una mayor utilización del tratamiento combinado de estatinas de alta intensidad y Ezetimibe y una mayor prescripción de iPCSK9, asegura la consecución del objetivo lipídico de cLDL < 55 mg/dl, en la mayoría de los pacientes en los primeros 3 meses postSCA.¹⁷