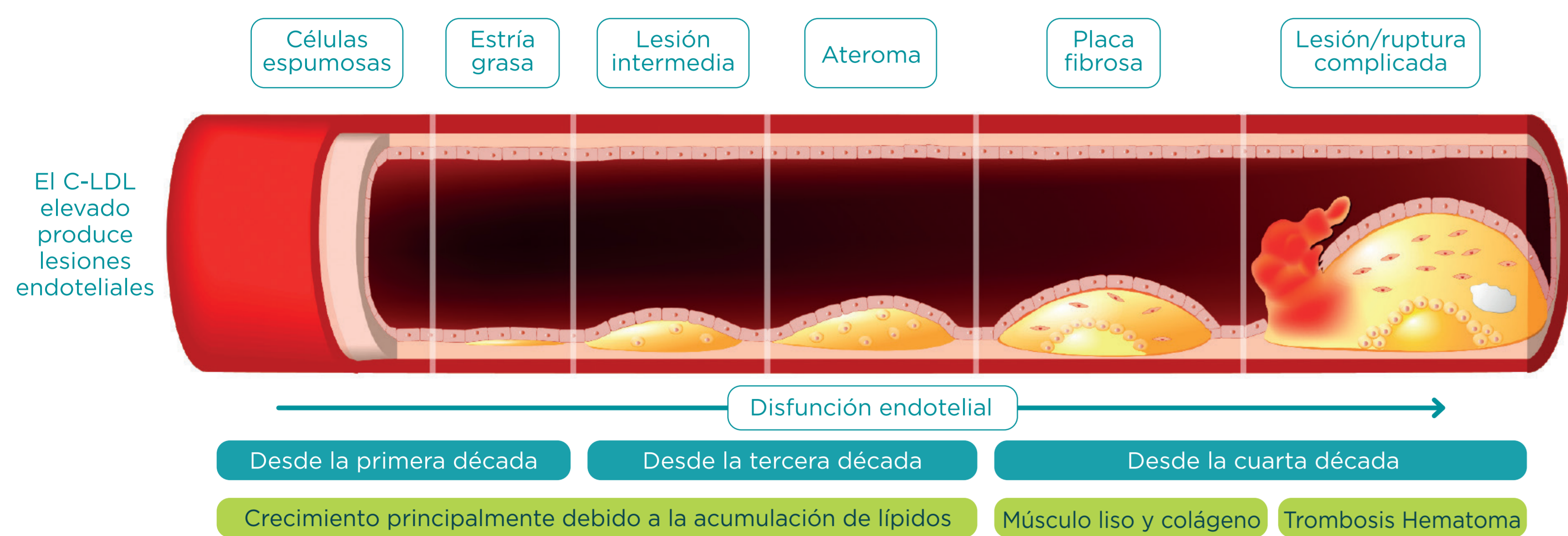


OPTIMIZACIÓN DEL CONTROL LÍPIDO TRAS SCA

Los beneficios de un programa de Rehabilitación Cardíaca

La aterosclerosis producida por un nivel elevado de C-LDL es la causa subyacente de la ECV que empieza en las primeras etapas de la vida.¹⁻³

Figura 1. Evolución a lo largo del tiempo de una placa de ateroma



Las placas inestables o rotas obstruyen la circulación de la sangre y aumentan el riesgo de eventos cardiovasculares; por ello, el tratamiento temprano y agresivo de la aterosclerosis puede reducir el riesgo de eventos CV.^{2,4}

C-LDL = colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad, ECV = enfermedad cardiovascular.

Recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología⁵

Tabla 1. Categorías de riesgo CV

Riesgo	Criterios
Muy alto	<ul style="list-style-type: none"> ECV documentada: IAM, SCA, angina, ictus o AIT, enfermedad arterial periférica, revascularización coronaria o arterial. DM con LOD (p.ej. proteinuria), DM con 3 o más FRCV mayores asociados (tabaquismo, dislipemia e hipertensión), o DM tipo 2 de más de 20 años de duración. ERC estadio IV (TFGe < 30 mL/min/1.73m²). SCORE calculado ≥ 10%. Hipercolesterolemia familiar con ECV o 1 FRCV mayor asociado.
Alto	<ul style="list-style-type: none"> 1 FRCV mayor muy elevado (esto es, dislipemia marcada (Col total >300, LDL >190) o hipertensión severa (180/110 mmHg)). DM con un 1 FRCV mayor o de más de 10 años de duración. ERC estadio III (TFGe 30-59 mL/min/1.73m²). SCORE calculado ≥ 5% y < 10%. Hipercolesterolemia familiar con ECV o sin FRCV.
Moderado	SCORE calculado ≥ 1% y < 5%.
Bajo	SCORE < 1%.

Tabla 2. Estrategias de intervención en función del riesgo cardiovascular total y de los niveles de cLDL no tratados

Riesgo	Niveles de LDL (mg/dL)					
	<55	55 a 69	70 a 99	100 a 115	116 a 189	>190
Prevención primaria	Bajo	Estilo de vida	Estilo de vida	Estilo de vida	Estilo de vida	Estilo de vida, fármaco si no control
	Medio	Estilo de vida	Estilo de vida	Estilo de vida	Estilo de vida, fármaco si no control	Estilo de vida y fármacos
	Alto	Estilo de vida	Estilo de vida	Estilo de vida, fármaco si no control	Estilo de vida y fármacos	Estilo de vida y fármacos
Secundaria	Muy alto	Estilo de vida, fármaco si no control	Estilo de vida, fármacos	Estilo de vida y fármacos	Estilo de vida y fármacos	Estilo de vida y fármacos
	Muy alto	Estilo de vida, fármaco si no control	Estilo de vida y fármacos	Estilo de vida y fármacos	Estilo de vida y fármacos	Estilo de vida y fármacos

Tabla 3. Intensidad del tratamiento hipolipemiante y eficacia en el manejo de la hipercolesterolemia

Tratamiento	Reducción promedio del LDL
Estatina de moderada intensidad	30%
Estatina de alta intensidad	50%
Inhibidor de PCSK9	60%
Estatina de alta intensidad + inhibidor de la absorción de colesterol	65%
Estatina de alta intensidad + Inhibidor de PCSK9	75%
Estatina de alta intensidad + inhibidor de la absorción de colesterol + Inhibidor de PCSK9	85%

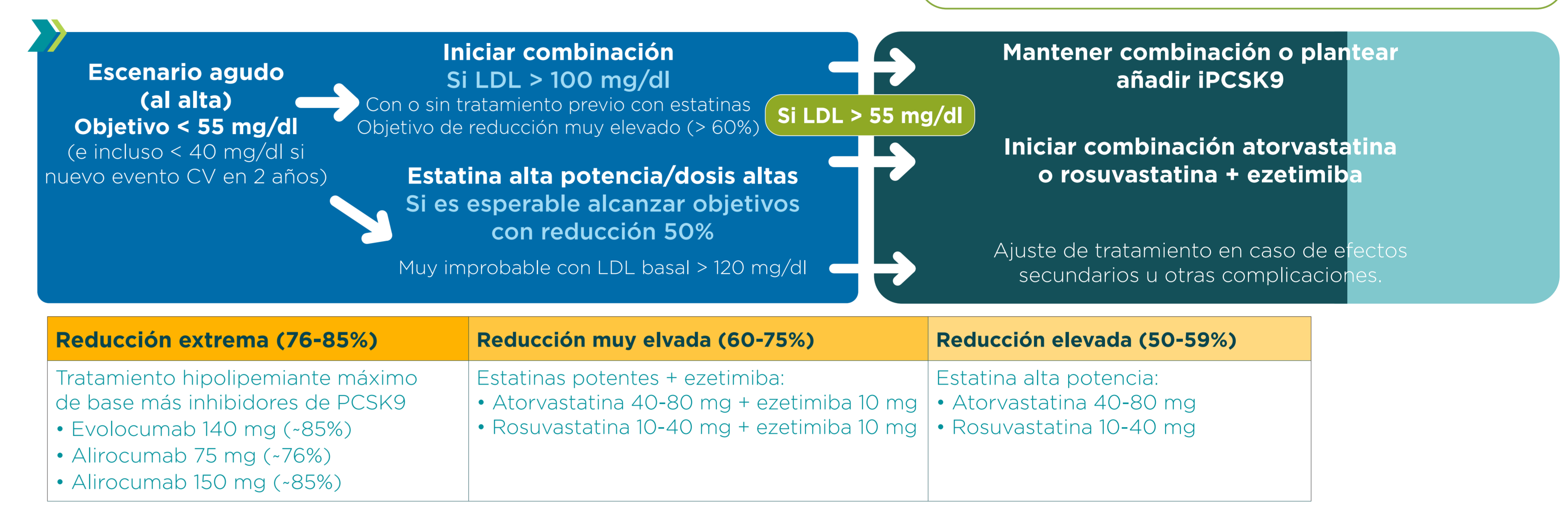
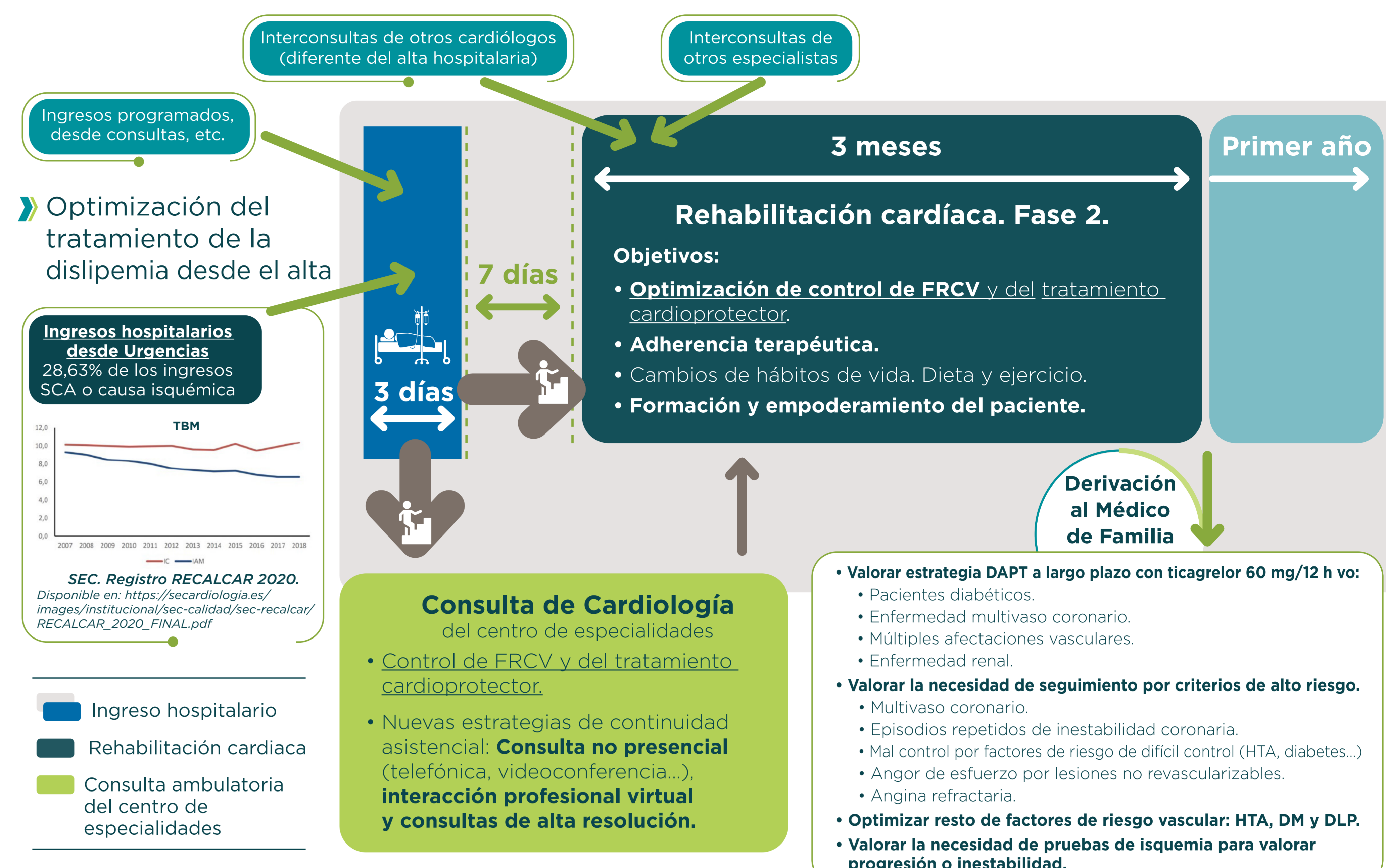
Documento de Consenso de la Sociedad Española de Cardiología⁶

Recomendaciones para mejorar el control lipídico. Documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología SEC

- Los ensayos clínicos con fármacos para disminuir el colesterol aterogénico, con estatinas combinadas con ezetimiba, e inhibidores de la proteína PCSK9, han demostrado de forma fehaciente que **cuanto más bajo e valor de cLDL conseguido con el tratamiento, mayor el efecto preventivo de la enfermedad CV aterosclerótica**
- Las guías también **destacan la urgencia** con que dichos objetivos han de lograrse, ya que **cuanto antes se consiguen mayor es el beneficio preventivo**. Así, con referencia al cLDL del paciente con enfermedad CV aterosclerótica, cabe aplicar el aforismo <<Cuanto más bajo y cuanto antes, mejor>>
- La Sociedad Europea de Cardiología recomienda que los pacientes con síndrome coronario agudo **inicien lo antes posible un tratamiento con estatinas de alta potencia** y ello con independencia de los valores LDL del paciente
- La falta de **consecución de los objetivos lipídicos es preocupante** porque se relaciona directamente con la alta incidencia de recurrencias de la enfermedad CV aterosclerótica y **conlleva un alto coste económico y social**

Optimización del control lipídico tras SCA

Flujo de pacientes entre el servicio de cardiología y atención primaria



Elaborado por: Vicente Arrarte. Hospital General Universitario de Alicante. Escobar C, et al. Recomendaciones para mejorar el control lipídico. Documento de consenso de la SEC. Rev Esp Cardiol. 2020;73(2):161-167.

Síndrome Coronario Crónico

Organización para continuar una adecuada optimización del tratamiento de la dislipemia



Elaborado por: Vicente Arrarte. Hospital General Universitario de Alicante.

Conclusiones

10 acciones a tomar

- Añadir **doble antiagregación** tras un SCA e individualizar entre 1 mes y más allá de un año según riesgo-beneficio.
- Añadir **estatina de alta intensidad** para conseguir los objetivos de reducción de al menos el 50% del valor basal (dosis altas (40/80 de atorvastatina o 20/40 de rosuvastatina)) y un valor inferior a 70mg/dl.
- Añadir **IECA, o ARA II en su defecto**, tras un SCA sin contraindicaciones.
- Añadir **betabloqueantes tras SCA**, es especial en diabéticos o ante FE<40% o IC concomitante.
- Añadir **epirenona en pacientes con FE<35% o insuficiencia cardíaca**.
- Tratar a los **pacientes diabéticos tras SCA con medicamentos que reduzcan eventos cardiovasculares (añador ISGLT2 o aGLPI siempre que sea posible)**.
- Ayudar al **abandono del tabaco**.
- Reducir al mínimo (que hayan demostrado reducción de eventos cardiovasculares) el **número de tomas y pastillas** de principios activos, con el uso de combinaciones.
- Remitir inicialmente a todos los pacientes con SCA a un programa de **Rehabilitación Cardíaca** (en centro de salud de forma prioritaria en aquellos con bajo riesgo (en aquellos centros en que esté disponible) y hospitalaria para los de alto riesgo), para valoración durante los primeros meses y planificar abordaje y seguimiento evolutivo en los centros de salud.
- Ayudar al **paciente para que se forme en sus propios cuidados** y administre el control de su enfermedad, de acuerdo con los consejos de los profesionales.

10 acciones a evitar

- Suspender estatinas por la aparición de **mialgias o molestias inespecíficas** con CK o enzimas hepáticas sin elevación marcada (x3, del basal estimado).
- Decantarse por la **inercia terapéutica** en LDL por encima de 70 mg/dl manteniendo estatinas sin modificaciones (debe plantearse combinaciones o añadir ezetimibe o IPCSK9 al tratamiento según los casos).
- Continuar **tratamiento antiagregación** porque **tenía un buen control de glicada**, aunque tomara medicación sin evidencia de beneficio cardiovascular (sulfonilureas, por ejemplo), en lugar de cambiar a SGLT2 o aGLPI.
- Retirar **doble antiagregación para una extracción dental**. Solo retirar uno de los dos si el riesgo-beneficio es favorable (evitar antes de 6 meses del evento).
- Usar **AINES o inhibidores de la COX2**, pues **aumentan el riesgo de eventos**.
- Usar **anticagregantes con ticagrelor o preasugrel** mientras el riesgo-beneficio sea desfavorable (plantear clopidogrel como terapia triple o dual).
- Usar **calcioantagonistas DHP, antiarrítmicos (flecainida, propafenona...)** o doxazosina tras SCA con FE deprimida o IC.
- Mantener **medicaciones sin evidencia demostrada** en prevención cardiovascular o inadecuadas (fibratos junto a estatinas, por triglicéridos entre 150-200 mg/dl, por ejemplo), por haber sido prescrito por otros médicos.
- Derivar desde el **médico de familia al cardiólogo, o viceversa, la responsabilidad de la atención y cambios terapéuticos de los principales factores de riesgo** (tratar según recomendaciones sin duplicar la atención).
- Dar de **alta del hospital o de una consulta sin una coordinación adecuada** entre cardiólogo y médico de familia (pérdida de la continuación asistencial con frases como "control por médico de familia" o "control por cardiólogo de zona")

Consejos de la unidad de RC. Hospital General Universitario de Alicante.

Bibliografía: 1. Pepine, et al, 1998. 2. Ross, et al, 1999. 3. Stary HC, et al, 1995. 4. Okazaki, et al, 2004. 5. Mach F, et al, 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41(1):111-188 6. Escobar C, et al, 2020