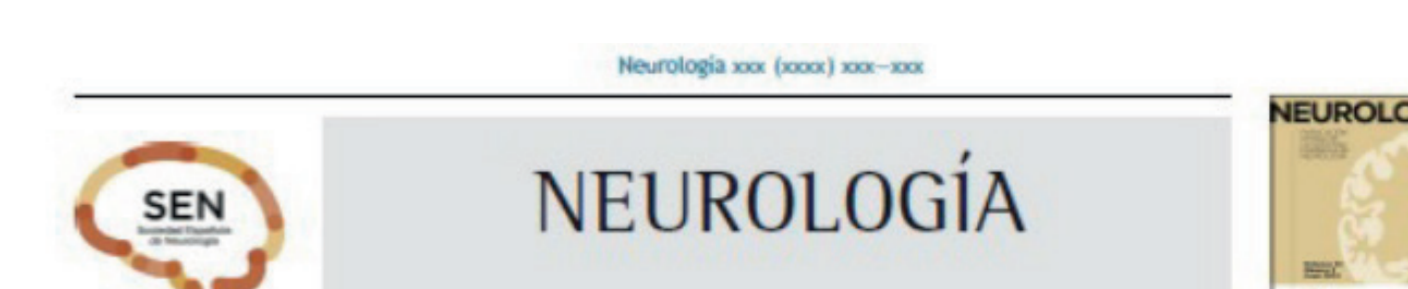


MANEJO LIPÍDICO EN LA UNIDAD DE ICTUS

La Prevención Secundaria en la ruta del paciente con Ictus Isquémico



DOCUMENTO DE CONSENSO
Inhibidores de la proproteína convertasa subiltilisina/kexina tipo 9 (iPCSK9) en la prevención secundaria de episodios vasculares en pacientes con ictus isquémico: Documento de consenso y aplicaciones prácticas
A. Gil-Núñez^{1,2}, J. Masjuan³, J. Montaner⁴, M. Castellanos⁵, T. Segura⁶, P. Cardona⁷, J.L. Tembl⁸, F. Purroy⁹, J. Armentia¹⁰ y E. Palacios¹¹

Estudio DA VINCI

Do European patients with cerebrovascular disease receive optimal lipid-lowering therapy and achieve LDL-C goals? Results from the DA VINCI study

KK Ray,¹ M Feudjo Tepie,² AL Catapano,³ P Giovvas,⁴ S Bray,⁵ J Masjuan,⁶ N Poulter¹

¹Imperial College London, London, UK; ²Amgen Ltd, Uxbridge, UK; ³University of Milan and IRCCS MultiMedica, Milan, Italy; ⁴Amgen (Europe) GmbH, Rotkreuz, Switzerland; ⁵Amgen Ltd, Cambridge, UK; ⁶Hospital Ramón y Cajal, Madrid, Spain

Introducción

Para los pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida (ECVA), las guías de dislipidemia de la ESC/EAS de 2016 recomiendan un objetivo de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (cLDL) de menos de 1,8 mmol/L, o una reducción del 50% desde el inicio;¹ este objetivo se redujo a 1,4 mmol/L y a una reducción del 50% desde el valor inicial en las guías de la ESC/EAS de 2019.²

Métodos

El estudio transversal DA VINCI reclutó a 5888 pacientes a los que se les prescribió THL para la prevención primaria o secundaria de ECVA en 18 países europeos.³ La variable principal fue la consecución de objetivos de cLDL de la guía de la ESC/EAS de 2016 mientras los pacientes recibían THL estable (sin cambios en la dosis o frecuencia durante los 28 días anteriores). También se evaluó el cumplimiento de objetivos de las guías de 2019. Aquí, informamos de datos de pacientes que están siendo tratados por enfermedad cerebrovascular.

Había 1136/2794 (41%) pacientes en tratamiento por enfermedad cerebrovascular en el grupo con ECVA.³

La mayoría de los pacientes con enfermedad cerebrovascular tuvieron un ictus isquémico previo (895/1136 [79%]) o un accidente isquémico transitorio (215/1136 [20%]).

Fig 1. Uso de THL en pacientes con enfermedad cerebrovascular (n=751).

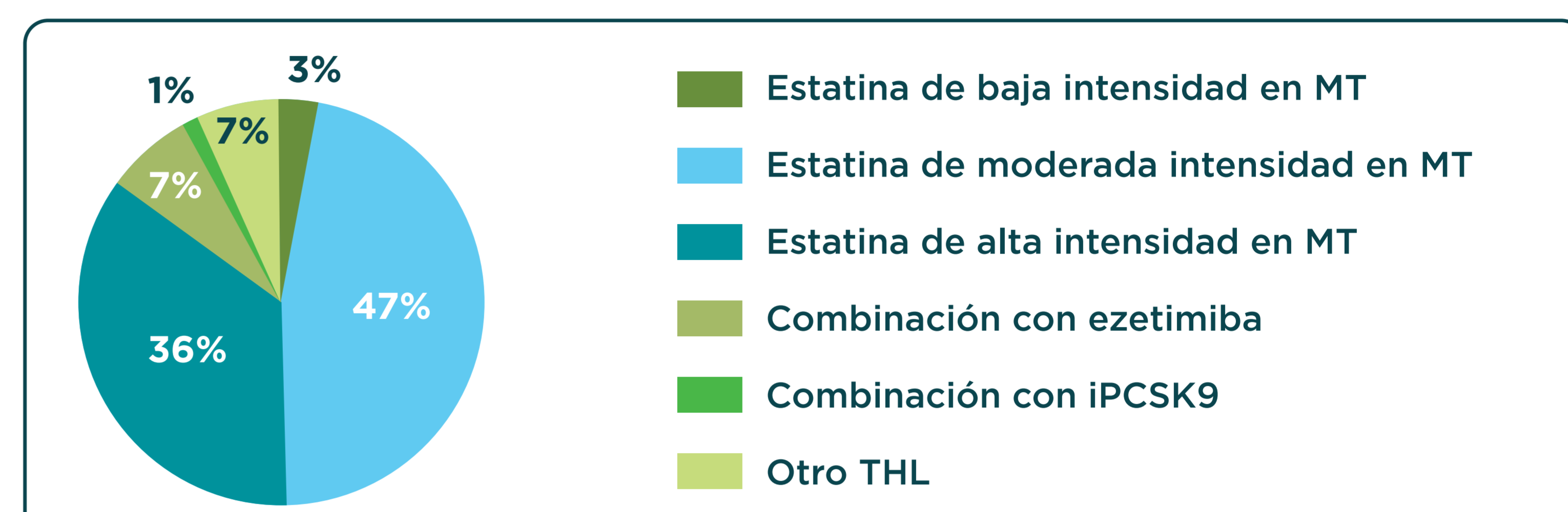
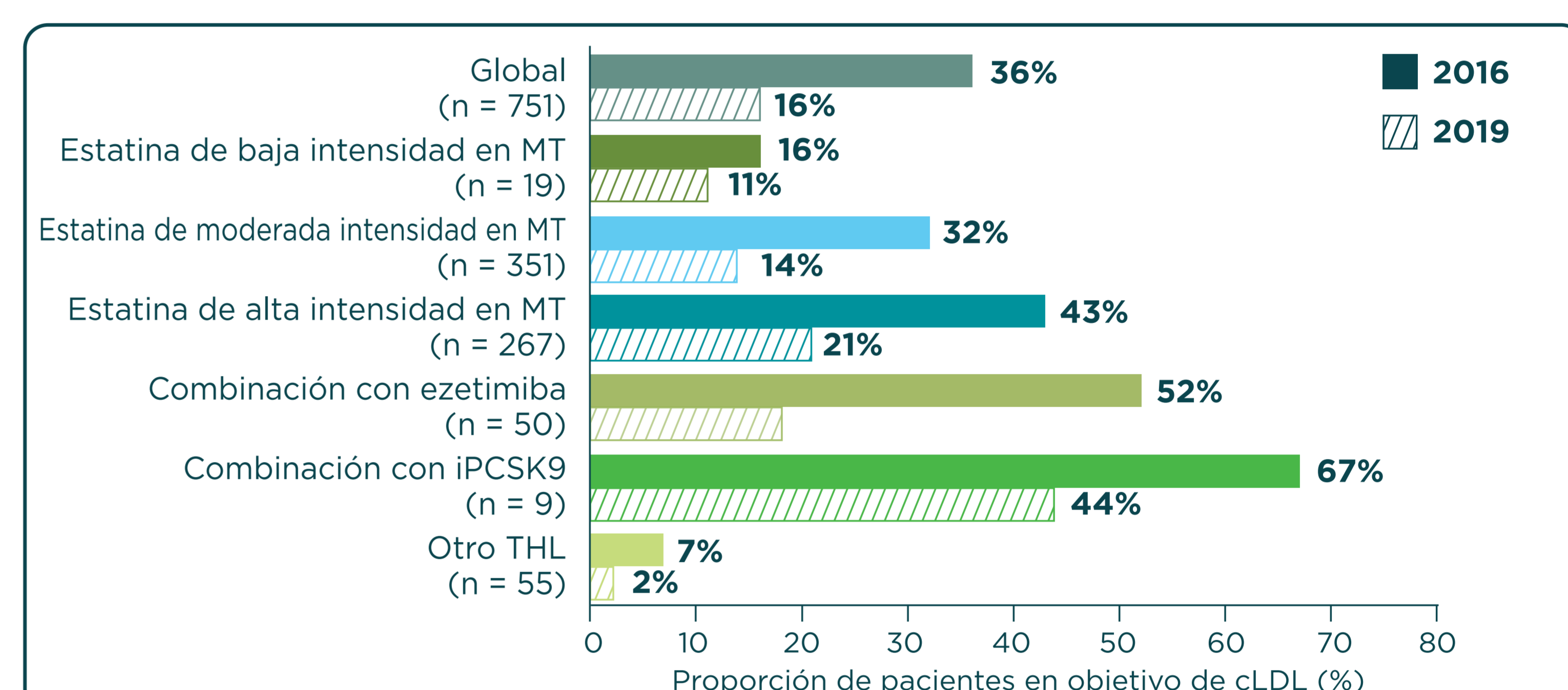


Fig 2. Consecución de objetivos de cLDL de las guías de la ESC/EAS de 2016 y 2019, según THL



RESULTADOS CLAVE Y CONCLUSIONES

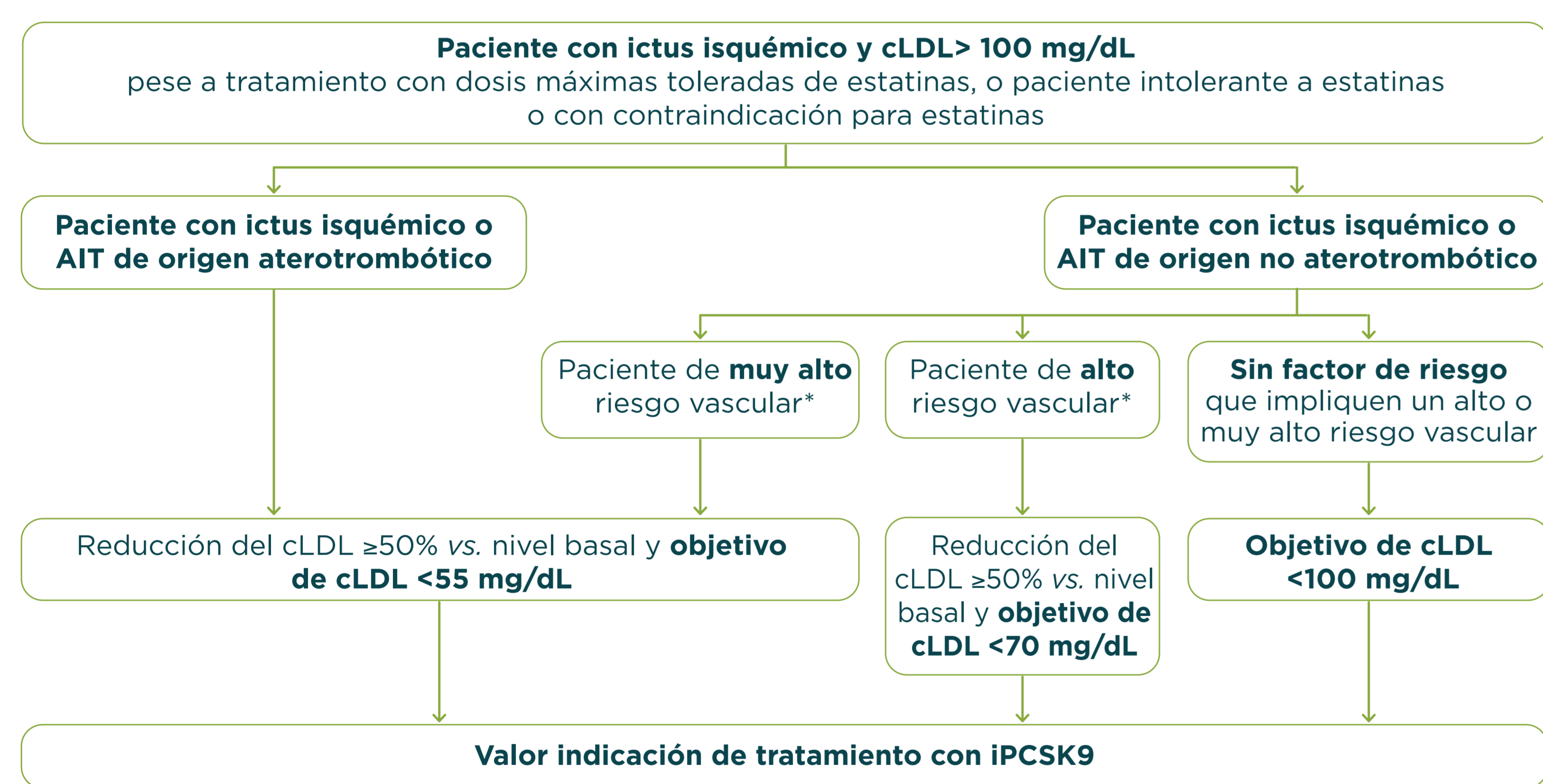
- En pacientes con enfermedad cerebrovascular, existen brechas entre la guía de dislipemias de la ESC/EAS y la práctica clínica en toda Europa, con solo el 36% logrando el objetivo de cLDL de 2016 de menos de 1,8 mmol/l y solo el 36% recibiendo monoterapia con estatinas de alta intensidad.
- Muy pocos pacientes con enfermedad cerebrovascular reciben terapia combinada con ezetimiba (7%) o iPCSK9 (1%).
- La implementación de las guías de la ESC/EAS de 2019 requerirá un cambio de práctica para los pacientes con enfermedad cerebrovascular, con el objetivo de cLDL de 2019 de menos de 1,4 mmol/L siendo alcanzado en solo el 16% de los pacientes.

Prevención SECUNDARIA de episodios vasculares en pacientes con ictus isquémico⁴

Perfiles de paciente y objetivos terapéuticos (cLDL) - Prevención secundaria -		
Pacientes con ictus isquémico o AIT transitorio de origen aterotrombótico*	Riesgo vascular muy alto	Reducción del cLDL \geq 50% y cLDL <55 mg/dl
Pacientes con ictus isquémico o AIT de origen no aterotrombótico y con un perfil de muy alto riesgo vascular*	Riesgo vascular alto	Reducción del cLDL \geq 50% y cLDL <70 mg/dl
Pacientes con ictus isquémico o AIT de origen no aterotrombótico que no presenten un perfil de alto o muy alto riesgo vascular*	No riesgo vascular alto/muy alto	cLDL <100 mg/dl

*Pacientes con cLDL >100 mg/dL a pesar de tratamiento hipolipemiente óptimo, o intolerantes/con contraindicación a las estatinas.

Prevención SECUNDARIA de episodios vasculares con iPCSK9 en pacientes con ictus isquémico⁴



cLDL: Colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; AIT: Ataque isquémico transitorio; iPCSK9: Inhibidores de la proproteína convertasa subiltilisina/kexina tipo 9.

Estrategia en control de lípidos en pacientes con ictus

Antes de prescribir:

- Ver la etiología del ictus.
- Ver si estaba con tratamiento hipolipemiente previamente y que cLDL tenía con esa estrategia.
- Calcular el porcentaje de cLDL que se quiere reducir.
- Edad del paciente.
- Antecedentes de intolerancias a estatinas.

Papel del neurólogo en el control lipídico

- Sería recomendable que las unidades de ictus tuvieran una **mayor implicación en el seguimiento** inicial de la prevención secundaria de los pacientes con historia de ictus o AIT **hasta que se alcance el objetivo terapéutico de cLDL**.
- Es necesario seguir **concienciando** a los neurólogos de la importancia y consecuencias de un nivel elevado de cLDL y de un **buen control lipídico en estos pacientes**.
- Es importante que los especialistas trabajen con la administración de cada centro hospitalario, así como con equipos multidisciplinares y médicos de atención primaria, para **incorporar progresivamente el uso de los iPCSK9 en los protocolos de prevención secundaria** en pacientes con ictus isquémico previo y riesgo vascular elevado.

Conclusiones

Prevención PRIMARIA y SECUNDARIA de ICTUS

- La prevención primaria y secundaria del ictus es fundamental en pacientes con dislipemia o antecedentes de ictus/AIT.
- Los objetivos terapéuticos de cLDL deben establecerse en función del riesgo vascular.
- En general:
 - Riesgo muy alto → <55 mg/dl y reducción \geq 50%.
 - Riesgo alto → <70mg/dl y reducción \geq 50%.
 - Iniciar estatinas y añadir consecutivamente ezetimiba e iPCSK9 si no se alcanzan objetivos.
 - Añadir ácidos grasos omega-3 si persisten cifras de triglicéridos elevadas.
- Sería recomendable que el neurólogo realizara el seguimiento del control lipídico hasta alcanzar el objetivo terapéutico.

Bibliografía:

1. Catapano AL, et al. Eur Heart J. 2016;37(39):2999-3058. 2. Mach F, et al. Eur Heart J. 2020;41(1):111-188. 3. Ray KK, et al. Eur J Prev Cardiol. 2021;28(11):1279-1289. 4. Gil-Núñez A, et al. Neurología. 2020;50(213-4853(20):30433-3