

“Hay muchos factores atribuibles al desarrollo de la enfermedad aterosclerótica y a los eventos cardiovasculares, sin embargo la dislipidemia parece ser uno de los mas importantes (probablemente el de mayor peso como se describió en el estudio INTERHEART). La forma de enfocar y tratar las dislipidemias ha cambiado en los últimos años y actualmente se dispone de una gran cantidad de evidencia que nos demuestra que entre mas bajo se logre llevar el colesterol LDL se presentan menos eventos cardiovasculares y a su vez se describe una seguridad adecuada sin aumentar eventos adversos de forma significativa. Es importante recordar que no solo se debe tratar un numero o cifra determinada de colesterol sino que se debe enfocar a los pacientes y definir la estrategia de manejo según el riesgo cardiovascular calculado para cada uno. Esta guía es muy clara y detallada en la importancia de lograr metas y en esta nueva Puesta se redactaron los principales aspectos”.

Esta Nueva puesta al día cuenta con 2 volúmenes de alto interés: Guías europeas 2019 de Diabetes y Guías europeas 2019 de Dislipidemias.

“Agradecimiento especial a los Dres. Carlos Sanchez y Diego Rojas por su participación en esta nueva puesta al día”

Esta sección ha crecido de forma importante en participación y esperamos continúe en aumento.

“La actualización en Cardiología es un trabajo y una responsabilidad de todos”.

PUESTA AL DÍA EN CARDIOLOGÍA- 16 de Octubre de 2019- Boletín 130- Volumen 2

Lo nuevo y mas importante de las Guías 2019 de la Sociedad Europea de cardiología para el manejo de las dislipidemias: La modificación de los lípidos para reducir riesgo cardiovascular

2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk

- Autor de la puesta:

Dr. Diego Alejandro Rojas Pardo. MD. Especialista en Medicina Interna y Cardiología – Fundación Clínica Shaio - Universidad el Bosque - Docente de cátedra de la Universidad de la Sabana. Bogotá, Colombia. Mail: diegorojasp@live.com

Desde la publicación de las últimas guías de dislipidemia del 2016 ha surgido suficiente evidencia que hace necesario actualizarlas. La asociación entre dislipidemia y enfermedad aterosclerótica cardiovascular (EACV) es ampliamente conocida, por ende debe establecerse el riesgo a través de alguna escala por ejemplo el sistema SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation) como lo recomienda la guía europea. La estimación de riesgo está recomendada en pacientes mayores de 40 años aún asintomáticos sin evidencia de enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica (ERC), diabetes mellitus (DM) o hipercolesterolemia familiar (HF). Sin embargo, esta escala no incluye algunos factores significativos para el desarrollo de ECVA como la condición social, obesidad central, sedentarismo, estrés psicosocial, historia familiar de enfermedad prematura, alteraciones psiquiátricas, fibrilación auricular, hipertrofia ventricular, ERC, apnea del sueño e hígado graso no alcohólico. Es de tener en cuenta que las escalas desarrolladas para la población general no se recomiendan para evaluar el riesgo en pacientes con DM o con HF.

Nuevas Categorías de riesgo cardiovascular

Muy alto riesgo	<p>Personas con alguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> * ECVA documentada por clínica o imágenes. ECVA documentada incluido SCA (IM o angina inestable), angina estable, revascularización coronaria (ICP, RVM), ACV o AIT, y enfermedad arterial periférica. ECVA documentada en imágenes incluye aquellos hallazgos que se conocen son predictores de eventos clínicos, tales como placas significativas en angiografía coronaria o TAC coronario (enfermedad coronaria multivaso con dos arterias epicárdicas principales que tengan >50% de estenosis), o en ultrasonido carotideo. * DM con daño de órgano blanco^a, o al menos tres factores de riesgo mayor, o inicio temprano de DM tipo 1 de larga duración (≥20 años). * ERC severa (TFGe <30 ml/min/1.73 m²) * Un puntaje SCORE calculado ≥10% de riesgo a 10 años de ECV fatal. * HF con ECVA o con otro factor de riesgo mayor.
Alto riesgo	<p>Personas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Factores de riesgo aislados marcadamente elevados, en particular CT >310 mg/dl (>8 mmol/L), C-LDL >190 mg/dl (>4.9 mmol/L) o PA ≥180/110 mmHg. * Pacientes con HF sin otros factores de riesgo mayor. * Pacientes con DM sin daño de órgano blanco, con duración de DM ≥10 años u otro factor de riesgo adicional. * ERC moderada (TFGe 30-59 ml/min/1.73 m²). * Un puntaje SCORE calculado ≥5% y <10% de riesgo a 10 años de ECV fatal.
Moderado riesgo	<ul style="list-style-type: none"> * Pacientes jóvenes (DM tipo 1 <35 años, DM tipo 2 <50 años) con duración de DM <10 años sin otros factores de riesgo. Puntaje SCORE calculado ≥1% y <5% de riesgo a 10 años de ECV fatal.
Bajo riesgo	<ul style="list-style-type: none"> * Puntaje SCORE calculado <1% de riesgo a 10 años de ECV fatal.
<p><i>ECVA: enfermedad cardiovascular aterosclerótica, SCA: síndrome coronario agudo, IM: infarto de miocardio, ICP: intervención coronaria percutánea, RVM: revascularización miocárdica, ACV: ataque cerebrovascular, AIT: ataque isquémico transitorio, TAC: tomografía axial computarizada, DM: diabetes mellitus, ERC: enfermedad renal crónica, TFGe: tasa de filtración glomerular estimada, HF: hipercolesterolemia familiar, CT: colesterol total, C-LDL: colesterol de baja densidad, PA: presión arterial.</i></p> <p>^aDaño de órgano blanco definido como microalbuminuria, retinopatía o neuropatía.</p>	

(Modificado y traducido de 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk).

Que plantean de nuevo estas guías: Se favorece el uso de **imágenes diagnósticas para establecer el riesgo cardiovascular**. La evaluación de la placa aterosclerótica (carótida o femoral) con ultrasonografía debe considerarse como un modificador de riesgo en individuos de bajo a moderado riesgo.

- La medición de **calcio coronario** con tomografía debe considerarse como un **modificador de riesgo** de individuos asintomáticos en riesgo bajo o moderado.
- La **medición de lipoproteína a (Lpa)** debe considerarse al menos por una vez en los adultos para identificar aquellos con niveles >180 mg/dl que tendrían un riesgo equivalente de ECVA al que se asocia con HF homocigota.
- **En pacientes con alto riesgo y triglicéridos entre 135-499 mg/dl** a pesar de tratamiento con estatinas, debe considerarse asociar **ácidos grasos poliinsaturados (eicosapentaenoico 2 gm/día)**. **Recomendación basada en el estudio REDUCE-IT.**
- En prevención primaria para individuos con **HF heterocigota y alto riesgo** debe considerarse una reducción ≥50% de la línea de base y un objetivo **LDL <55 mg/dl**).
- El tratamiento con **estatinas** se recomienda para **prevención primaria** de acuerdo al nivel de riesgo en adultos de ≤75 años.
- En pacientes con **DM tipo 2 de muy alto riesgo se recomienda una reducción ≥50% de la línea de base y un LDL objetivo <55 mg/dl**. En aquellos de alto riesgo la recomendación en cuanto a línea de base se mantiene con LDL objetivo <70 mg/dl. Las estatinas se recomiendan en DM tipo 1 en muy alto riesgo.
- Debe considerarse **intensificar la terapia con estatinas antes de introducir terapia combinada**. En caso de no lograr objetivos se recomienda la **combinación estatina y ezetimibe**.

- No se recomienda la terapia con estatinas en mujeres premenopáusicas diabéticas que consideren quedar en embarazo o no tenga anticoncepción adecuada.
- En pacientes con síndrome coronario agudo y que no tengan niveles de LDL en metas a pesar de una dosis máxima tolerada con estatinas y ezetimibe, **debe considerarse adicionar un inhibidor de la PCSK9** (si es posible durante la hospitalización asociada al evento agudo).

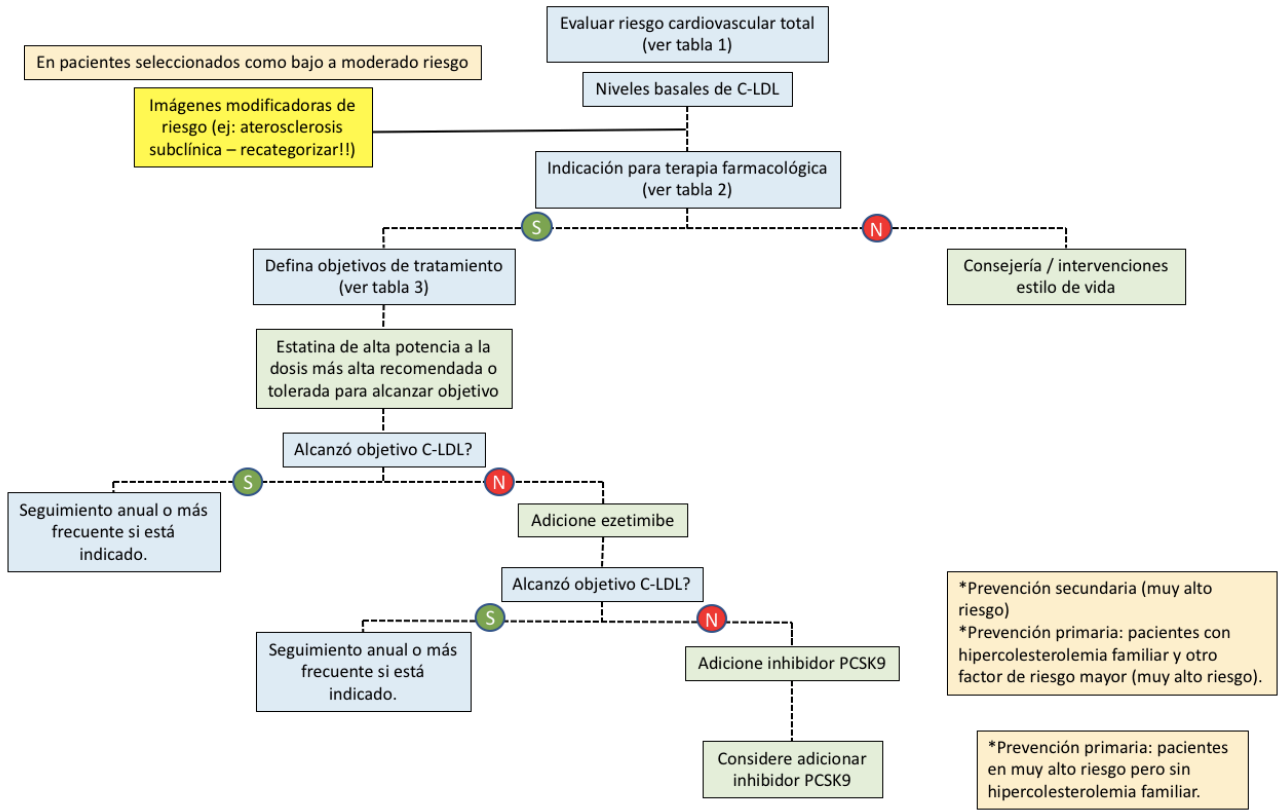
También encontramos cambios en las recomendaciones: Antes se recomendaba la medición de **APoB** como un **marcador alternativo de riesgo especialmente en presencia de triglicéridos altos**. Actualmente la recomendación se mantiene para tamización, diagnóstico y manejo **cuando no está disponible LDL** (incluso sobre medición de HDL) especialmente en triglicéridos altos, DM, obesos o incluso en escenarios donde el LDL es muy bajo.

- En las guías anteriores en caso de no alcanzar metas con estatinas se recomendaba adicionar un inhibidor de la absorción de colesterol, **ahora la indicación es añadir ezetimibe**.
- La **recomendación de usar un inhibidor de la PCSK9** en pacientes de muy alto riesgo para prevención secundaria que están fuera de metas de LDL a pesar de dosis máxima tolerada de estatina y ezetimibe se hace más robusta por **mayor evidencia**.
- En pacientes **ancianos se recomienda iniciar la estatina a dosis bajas** en caso de compromiso renal significativo o potencial interacción farmacológica y titular de manera progresiva hasta alcanzar objetivos.
- *En el caso de síndrome coronario agudo si no se alcanzan los objetivos de LDL con dosis máxima de estatina y ezetimibe **en 4 a 6 semanas se recomienda adicionar inhibidor PCSK 9**.*
- Estas guías reafirman que a mayor riesgo cardiovascular **entre más bajos los niveles de LDL mejor**. Incluso **en pacientes con ECVA que experimentan un segundo evento en menos de 2 años (no necesariamente del mismo tipo del primero) a pesar de adecuada terapia con estatina debe considerarse niveles de LDL <40. Recomendación muy novedosa basada en la evidencia mas reciente en estudios con iPCSK9**

- En resumen las metas de LDL podrían presentarse de esta manera:

Para pacientes con muy alto riesgo sin HF reducir $\geq 50\%$ de la línea de base o LDL <55 mg/dl.
Pacientes con alto riesgo reducir $\geq 50\%$ de la línea de base o LDL <70 mg/dl.
Pacientes con riesgo moderado considerar LDL <100 mg/dl.
Pacientes con bajo riesgo considerar LDL <116 mg/dl.

- Los pacientes con **IC y ECVA** u otro factor de riesgo mayor se clasifican como muy alto riesgo y aquellos sin enfermedad aterosclerótica y sin factores de riesgo adicionales se clasifican como alto riesgo y los objetivos terapéuticos en cuanto a LDL deben ser como se mencionó previamente.
- Es importante diferenciar entre la miopatía por estatinas y los síntomas musculares asociados a las estatinas dado la discordancia entre la frecuencia de síntomas reportados en estudios clínicos controlados vs. estudios observacionales y basado en esta evaluación debe tomarse conducta con respecto a su continuidad.



Algoritmo para el manejo farmacológico de reducción de colesterol LDL. (Modificado y traducido de 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk).

Estrategias de intervención en función del riesgo cardiovascular y de C-LDL.

Riesgo CV total (SCORE)%	Niveles de C-LDL no tratados						
	<1, bajo riesgo	<55 mg/dl (<1.4 mmol/L)	55 a <70 mg/dl (1.4 a <1.8 mmol/L)	70 a <100 mg/dl (1.8 a <2.6 mmol/L)	100 a <116 mg/dl (2.6 a <3.0 mmol/L)	116 a <190 mg/dl (3.0 a <4.9 mmol/L)	≥190 mg/dl (≥4.9 mmol/L)
Prevención primaria	<1, bajo riesgo	Asesoría estilo de vida	Asesoría estilo de vida	Asesoría estilo de vida	Asesoría estilo de vida	Intervención de estilo de vida. Considere adicionar un fármaco si no hay control	Intervención de estilo de vida e intervención farmacológica.
	Clase ^a /nivel ^b	I/C	I/C	I/C	I/C	I/a/A	I/a/A
	≥1 a <5, o riesgo moderado	Asesoría estilo de vida	Asesoría estilo de vida	Asesoría estilo de vida	Intervención de estilo de vida. Considere adicionar un fármaco si no hay control	Intervención de estilo de vida. Considere adicionar un fármaco si no hay control	Intervención de estilo de vida e intervención farmacológica.
	Clase ^a /nivel ^b	I/C	I/C	I/a/A	I/a/A	I/a/A	I/a/A
	≥5 a <10 o alto riesgo	Asesoría estilo de vida	Asesoría estilo de vida	Intervención de estilo de vida. Considere adicionar un fármaco si no hay control	Intervención de estilo de vida e intervención farmacológica.	Intervención de estilo de vida e intervención farmacológica.	Intervención de estilo de vida e intervención farmacológica.
	Clase ^a /nivel ^b	I/a/A	I/a/A	I/a/A	I/A	I/A	I/A
	≥10 o muy alto	Asesoría estilo de vida	Intervención de estilo de	Intervención de estilo de	Intervención de estilo de	Intervención de estilo de	Intervención de estilo de

	riesgo debido a una condición de riesgo		vida. Considere adicionar un fármaco si no hay control	vida e intervención farmacológica.	vida e intervención farmacológica.	vida e intervención farmacológica.	vida e intervención farmacológica.
	Clase ^a /nivel ^b	Ila/B	Ila/A	I/A	I/A	I/A	I/A
Prevención secundaria	Muy alto riesgo	Intervención de estilo de vida. Considere adicionar un fármaco si no hay control	Intervención de estilo de vida e intervención farmacológica.	Intervención de estilo de vida e intervención farmacológica.	Intervención de estilo de vida e intervención farmacológica.	Intervención de estilo de vida e intervención farmacológica.	Intervención de estilo de vida e intervención farmacológica.
	Clase ^a /nivel ^b	Ila/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A
<p>CV: cardiovascular, C-LDL: colesterol de baja densidad, SCORE: Systematic Coronary Risk Estimation. ^aClase de recomendación. ^bNivel de evidencia</p>							

(Modificado y traducido de 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk).

Metas de tratamiento y objetivos para prevención de enfermedad cardiovascular

Tabaquismo	No exposición a tabaco en ninguna forma.
Dieta	Dieta saludable baja en grasas saturadas enfocada en granos integrales, vegetales, frutas y pescado.
Actividad física	3.5 a 7 horas de actividad física vigorosa moderada por semana o 30 a 60 minutos la mayoría de los días.
Peso corporal	IMC 20-25 Kg/m ² y perímetro abdominal <94 cm (hombres) y <80 cm (mujeres).
Presión arterial	<140/90 mmHg
C-LDL	<p>Muy alto riesgo en prevención primaria o secundaria: Un regimen terapéutico que logre $\geq 50\%$ de reducción de C-LDL de su basal y un C-LDL <55 mg/dl (<1.4 mmol/L). No uso actual de estatina: es probable que requiera estatina de alta intensidad como terapia de reducción de LDL. Tratamiento actual para disminuir LDL: se requiere un incremento de la intensidad de la terapia. Alto riesgo: un régimen terapéutico que logre $\geq 50\%$ de reducción de C-LDL basal y un C-LDL <70 mg/dl (<1.8 mmol/L). Riesgo moderado: Objetivo <100 mg/dl (<2.6 mmol/L). Bajo riesgo: Objetivo <116 mg/dl (<3.0 mmol/L).</p>
Colesterol no HDL	Objetivos secundarios de colesterol no HDL son >85, 100 y 130 (>2.2, 2.6 y 3.4) para muy alto, alto y moderado riesgo respectivamente.
ApoB	Objetivos secundarios de ApoB son <65, 80 y 100 mg/dl para muy alto, alto y moderado riesgo respectivamente.
Triglicéridos	No es objetivo, pero <150 mg/dl (<1.7 mmol/L) indican bajo riesgo y niveles más altos hacen necesario evaluar otros factores de riesgo.
Diabetes	HbA1C: <7% (<53 mmol/L)

(Modificado y traducido de 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk).

Conclusiones finales: Está ampliamente demostrado en la evidencia la importancia del manejo apropiado de las dislipidemias ya sea como prevención primaria o secundaria y el impacto en el desarrollo de ECVA. Es clave la tarea del clínico desde el médico general hasta el especialista, se deben detectar tempranamente los pacientes con alto riesgo cardiovascular y categorizarlos para establecer de manera apropiada el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Invitamos a profundizar en el conocimiento de estas guías con el fin de lograr estos objetivos y vencer en la batalla contra la enfermedad aterosclerótica cardiovascular.

Referencia:

2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk

[Eur Heart J](#). 2019 Aug 31. pii: ehz455.

doi: [10.1093/eurheartj/ehz455](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455).

Autores:

[Mach F](#), [Baigent C](#), [Catapano AL](#), [Koskinas KC](#), [Casula M](#), [Badimon L](#), [Chapman MJ](#), [De Backer GG](#), [Delgado V](#), [Ferenc BA](#), [Graham IM](#), [Halliday A](#), [Landmesser U](#), [Mihaylova B](#), [Pedersen TR](#), [Riccardi G](#), [Richter DJ](#), [Sabatine MS](#), [Taskinen MR](#), [Tokgozoglul L](#), [Wiklund O](#); [ESC Scientific Document Group](#).

[Link: https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of](https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of)

EDITOR:

- **Osmar Alberto Pérez Serrano. MD.**
- Especialista en Cardiología, y Medicina Interna, Universidad el Bosque, Fundación Clínica Shaio, Bogotá
- Médico y cirujano de la Universidad el Bosque, Bogotá
- Miembro de Número de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular
- Miembro del Capítulo de Falla Cardíaca, Trasplante Cardíaco e Hipertensión Pulmonar de la Sociedad Colombiana de Cardiología
- ESC (European Society of Cardiology) Professional Member
- Miembro Asociado de la Sociedad Española de Cardiología (SEC).
- Master- Postgrado Universitario en proceso en Insuficiencia Cardíaca, Universidad Rey Juan Carlos , Madrid España, IMAS y Sociedad Española de Cardiología (SEC).
- Master Universitario en proceso Epidemiología y Salud Pública, Universidad Internacional de Valencia, España
- Cardiólogo clínico, Fundación Clínica Shaio
- Cardiólogo del Instituto de Investigación Clínica Endocare, Bogotá
- Miembro del grupo de Investigación clínica, Fundación Clínica Shaio
- Coordinador de la Sección: “Puesta al Día” de la SCC
- Profesor asociado de la Universidad El Bosque