

## **GUIAS PARA EL MANEJO DEL COLESTEROL DEL COLEGIO AMERICANO DE CARDIOLOGÍA (ACA) Y DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DEL CORAZON (AHA) 2018.**

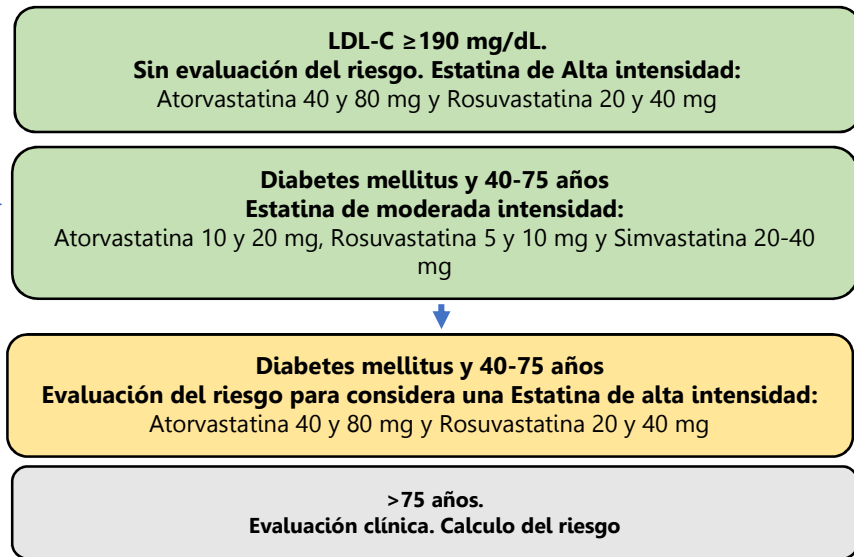
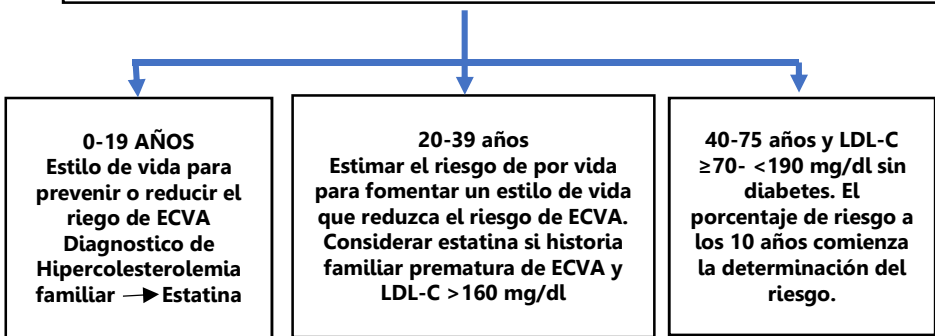
Las guías del 2018 enfatizan en la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) a través del manejo de lípidos.

Los 10 puntos importantes serían:

- 1.- En todos los individuos, potenciar un estilo de vida cardiosaludable a lo largo de su vida
- 2.- En pacientes con ECVA clínica, reducir el colesterol (LDL-C) con las estatinas de alta intensidad o las estatinas máximo toleradas para disminuir el riesgo ECVA
- 3.- En ECVA de muy alto riesgo, use un umbral de LDL-C de 70 mg/dl para considerar la adición de otros fármacos (ezetimiba) a las estatinas
- 4.- En pacientes con hipercolesterolemia primaria severa (LDL-C  $\geq$  190 mg/dL) sin el cálculo del riesgo ECVA de diez años, comenzar la terapia de alta intensidad con estatinas
- 5.- En pacientes de 40 a 75 años de edad con diabetes mellitus y un nivel de LDL-C  $\geq$  70 mg/dl, inicie estatinas de intensidad moderada sin calcular el riesgo ECVA de 10 años
- 6.- En adultos de 40 a 75 años de edad evaluados para la prevención primaria de ECVA, se debe evaluar riesgo para pacientes antes de comenzar la terapia con estatinas.
- 7.- En adultos de 40 a 75 años de edad sin diabetes mellitus y con niveles de LDL-C  $\geq$  70 mg/dl, y un riesgo de ECVA de 10 años de  $\geq$  7,5%, inicie una estatina de intensidad moderada si las opciones de tratamiento favorecen la terapia con estatinas.
- 8.- En adultos de 40 a 75 años de edad sin diabetes mellitus y un riesgo a 10 años de 5%-19,9%, los factores que aumentan el riesgo favorecen el inicio del tratamiento con estatinas.
- 9.- En adultos de 40 a 75 años de edad sin diabetes mellitus y con niveles de LDL-C  $\geq$  70 mg/dl-89 mg/dl, y un riesgo ECVA de 10 años de  $\geq$  7.5%-19,9%, si la decisión sobre el tratamiento con estatinas es incierta, considere la medición del cociente albumino/creatinina (CAC).
- 10.- Evaluar la adherencia y la respuesta porcentual a los medicamentos de reducción de LDL-C y los cambios de estilo de vida con la determinación de lípidos entre la 4ª a 12ª semanas después del inicio o ajuste de la dosis de estatina, repitiéndose cada 3 a 12 meses según sea necesario

# PREVENCIÓN PRIMARIA

**Prevención primaria**  
**Evaluar el riesgo en cada grupo.**  
**Destacar la adherencia a un estilo de vida saludable**



**POTENCIADORES DEL RIESGO DE ECVA**

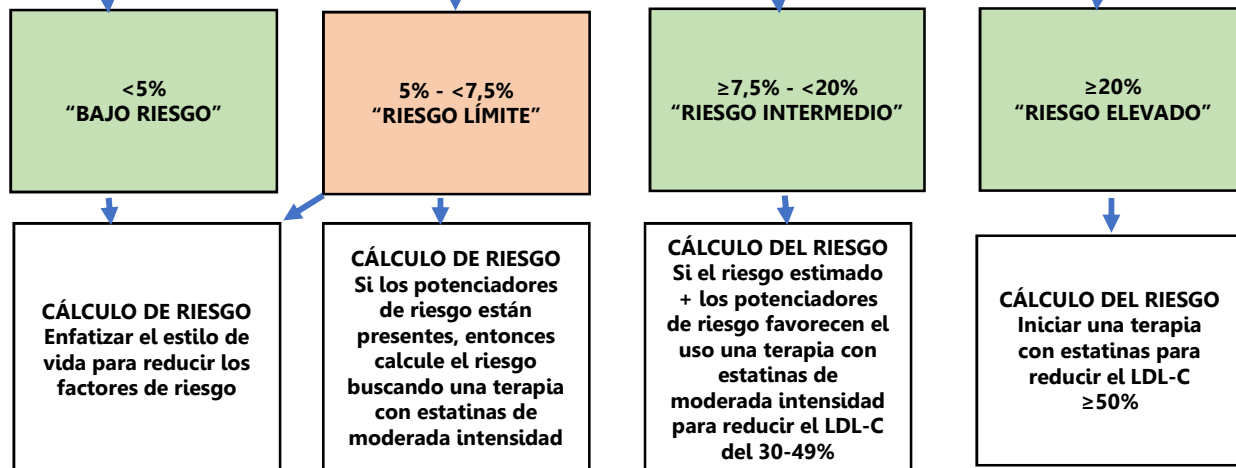
- Historia familiar de ECVA prematura
- Elevación del LDL-C ≥ 160 mg persistente
- Enfermedad renal crónica
- Síndrome metabólico
- Condiciones específicas de la mujer (Preeclampsia, menopausia prematura)
- Enfermedades inflamatorias (Especialmente artritis reumatoidea, psoriasis, VIH)
- Etnia (Ancestros Surasiáticos)

**Lípidos/marcadores biológicos**

- Elevación de los TG ≥ 175 mg persistente

**En individuos seleccionados si determinamos**

- Proteína C reactiva de alta sensibilidad ≥ 2,5 mg/L
- Niveles de Lp(a) > 50 mg/dL
- ApoB ≥ 130 mg/dL
- Índice tobillo-brazo < 0.9

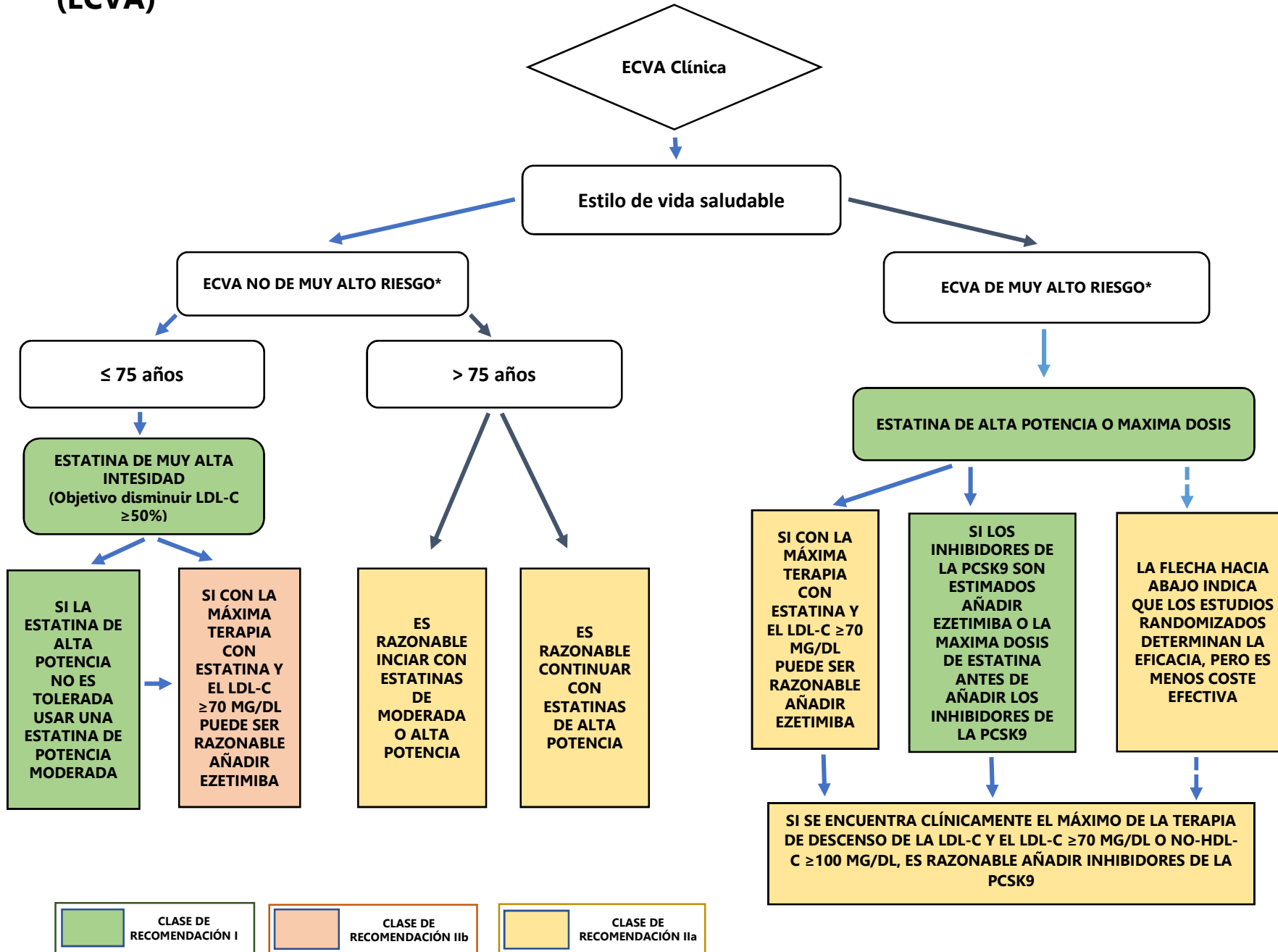


**Si la decisión de riesgo es incierta**  
 Considerar calcular el Cociente albumina creatinina (CAC) en adultos seleccionados.

- CAC = 0 (Bajo riesgo, considerar una no estatina, a no ser que sea diabético, historia familiar de enfermedad coronaria prematura o fumador activo)
- CAC= 1-99 favorece el uso de estatina (Especialmente si > 55 años)
- CAC = 100 o + y/o ≥75% del percentil, iniciar terapia con estatina

CLASE DE RECOMENDACIÓN I
CLASE DE RECOMENDACIÓN IIb
CLASE DE RECOMENDACIÓN IIa

# PREVENCIÓN SECUNDARIA en pacientes con Enfermedad Aterosclerótica Cardiovascular (ECVA)



## ESTATINAS

ESTATINAS	ALTA INTENSIDAD	MODERADA INTENSIDAD	BAJA INTENSIDAD
<p>Descenso de LDL-C</p> <p>Las respuestas individuales al tratamiento con estatinas variaron en los ECA y se debe esperar que varíen en la práctica clínica.</p>	≥50%	30-49%	<30%
	<p><b>Atorvastatina 80 mg (40 mg</b> con evidencia en un solo estudio randomizado)</p> <p><b>Rosuvastatina 20 mg (40 mg)</b></p>	<p><b>Atorvastatina 10 mg (20 mg)</b></p> <p><b>Rosuvastatina 10 mg (5 mg)</b></p> <p>Simvastatina 20-40 mg (La de 80 mg no esta recomendada por la FDA para inicio o ajuste porque incrementa el riesgo de miopatía o rabdomiólisis)</p> <p>El % de reducción de LDL-C con atorvastatina, rosuvastatina, simvastatina, se estimaron utilizando la base de datos VOYAGER. Las reducciones para fluvastatina, Lovastatina, Pitavastatina, pravastatina, se identificaron de acuerdo con la ficha técnica para adultos con hipertipidemia, hipercolesterolemia primaria y dislipidemia mixta</p>	Simvastatina 10 mg
	---	<p><b>Pravastatina 40 mg (80 mg)</b></p> <p><b>Lovastatina 40 mg (80m)</b></p> <p>Fluvastatina 80 mg</p> <p><b>Fluvastatina 40 mg (Dos veces al día)</b></p> <p>Pitavastatina 1-4 mg</p>	<p><b>Pravastatina 10-20 mg</b></p> <p><b>Lovastatina 20 mg</b></p> <p>Fluvastatina 20-40 mg</p>

## INDICACIONES DE TRATAMIENTO CON LOS INHIBIDORES DE LA PCSK9

ENFERMEDAD	PACIENTES CON ECVA, HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA (HFHe) O HOMOCIGOTA (HFHo)
Requisitos para tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>La decisión de iniciar el iPCSK9 dependería de alcanzar los niveles de específicos del LDL-C en situaciones que aumenten el riesgo ECVA o en presencia de ECVA.</li> <li>Los iPCSK9 se inician asociadas a la dosis máximo de estatinas tolerada con o sin ezetimiba.</li> <li>Los iPCSK9 se inician en pacientes con intolerancia a las estatinas para alcanzar los niveles de específicos de LDL-C en situaciones que aumentan el riesgo de ECVA o en presencia de ECVA.</li> </ul>
Valores de lípidos en ECVA para iniciar el tratamiento	Estable con factores de riesgo y en el LDL-C > 70 mg/dL o non-HDL-C 100 mg/dL
Valores de lípidos en HFHe para iniciar el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>De 40 años a 79 años y factores de riesgo ECVA controlados, con LDL-C ≥ 190 mg/dL, y LDL-C ≥ 100 mg/dL o non-HDL-C ≥ 130 mg/dL con estatina ± ezetimibe.</li> <li>De 40 a 79 años y factores de riesgo ASVCD incontrolados, LDL-C ≥ 190 mg/dL, y LDL-C ≥ 70 mg/dL o no-HDL-C ≥ 100 mg/dL con estatina ± ezetimibe.</li> <li>De 18 a 39 años con los factores de riesgo ASVCD incontrolados, LDL-C ≥ 190 mg/dL, y LDL-C ≥ 100 mg/dL o non-HDL-C ≥ 130 mg/dL con estatina ± ezetimibe.</li> </ul>
Valores de lípidos en HFHo para iniciar el tratamiento	LDL-C > 70 mg/dL o no-HDL-C ≥ 100 mg/dL con estatina ± ezetimibe.

Adaptado de:

2018 ACC/AHA/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/ APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2018; Nov 10: [Epub ahead of print].

Hyperlipidemia: Management with Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin Type 9 (PCSK9) Inhibitors. Muhammed Shahreyar, MD, Salem A. Salem, MD, Mannu Nayyar, MD, Lekha K. George, MD, Nadish Garg, MD, and Santhosh K.G. Koshy, MD, MBA. *JABFM* July–August 2018 Vol. 31 No.4: 628-634. doi: 10.3122/jabfm.2018.04.170447