

EL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE DEBE INSTAURARSE PRONTO Y DEBE SER POTENTE. ANÁLISIS SWEDEHEART. ESC 2024

Autor: Marcos García Aguado (Cardiólogo en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid)

Fecha de publicación: 04/09/2024

Patología: Cardiopatía isquémica / Categoría: Novedades

Tiempo de lectura: 3 minutos



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

“El análisis del registro SWEDEHEART concluye que el inicio temprano de un tratamiento hipolipemiante potente se asocia a una reducción significativa de eventos adversos cardiovasculares y mortalidad en el paciente con infarto agudo de miocardio. Cuanto más intenso y pronto, mejor”

Los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida deben tener concentraciones de c-LDL < 55 mg/dl (y reducciones mayores del 50% respecto a basal), y si son de riesgo extremo < 40 mg/dl (según consenso de expertos).

Las últimas evidencias científicas han apuntado la teoría lipídica. Los fármacos que consiguen reducciones importantes de los niveles basales de c-LDL reducen la morbimortalidad cardiovascular.

La tendencia actual de las estrategias terapéuticas se resume en la frase “cuanto más pronto e intenso, mejor”. Cada vez es más habitual empezar la estrategia terapéutica con tratamientos potentes y combinados, tal y como ya había recomendado la [Sociedad Europea de Aterosclerosis](#).

En el congreso 2024 de la **Sociedad Europea de Cardiología** celebrado en **Londres (Europa)** se ha presentado un nuevo análisis del registro **[SWEDEHEART](#)**, que valora el papel de la intensificación de la terapia hipolipemiante en pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio.

ANÁLISIS DEL SWEDEHEART

Es un estudio observacional que incluyó un total de 56.262 pacientes con infarto de miocardio procedentes del registro **SWEDEHEART**, con una mediana de edad de 64 años y predominio de hombres (*26% mujeres*). Se evaluaron los niveles de colesterol no HDL (*que incluye las lipoproteínas aterogénicas que contienen apolipoproteína B*) y se observó que los pacientes que consiguieron niveles más bajos (*a los 2 meses y al año de la inclusión*) presentaron una reducción significativa de eventos cardiovasculares (*RR 0,80 con IC 95% 0,68-0,92 para MACE y RR 0,74 con IC 95% 0,61-0,90 para infarto agudo de miocardio*), con un seguimiento medio de 5,4 años.

También se analizó la magnitud del cambio de los niveles de colesterol no HDL respecto a basal. Aquellos pacientes con (*a los 2 meses y año de la inclusión*) los mayores porcentajes de reducción presentaron una reducción significativa de eventos cardiovasculares (*28% de MACE*).

Los tratamientos combinados (*estatinas de alta intensidad + ezetimiba*) facilitaron la consecución de objetivos, con reducciones de colesterol no HDL potentes y rápidas.

Los pacientes con reducciones tempranas e intensas de los niveles de colesterol no HDL tuvieron la tasa de eventos adversos más baja.

Es decir, un tratamiento precoz e intenso hipolipemiante se traduce en mejores resultados en salud cardiovascular, “salva vidas”, por lo que la terapia en escalones recomendada por las guías de práctica clínica (*aunque con matices*) no parece la estrategia más adecuada para los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida.

METAANÁLISIS

También se ha presentado un metaanálisis de 11 estudios con más de 100.000 pacientes incluidos, que ha analizado la terapia hipolipemiante combinada desde el inicio, concluyendo que es más efectiva para la consecución de los objetivos de colesterol aterogénico y reducir la tasa de eventos cardiovasculares, tanto la mortalidad por todas las causas como la cardiovascular y el MACE, sin aumento de eventos adversos ni tasa de abandonos en comparación con la monoterapia con estatinas.

CONCLUSIÓN

Cada vez disponemos de más evidencia científica que asocia el tratamiento hipolipemiante intenso y precoz con una reducción de eventos cardiovasculares en los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida. En base a esta evidencia, es lógico plantear la hospitalización como una gran oportunidad para iniciar una terapia intensa hipolipemiante, en muchos casos mediante la combinación de fármacos, lo que nos permitiría sortear las dificultades del seguimiento ambulatorio posterior (*relacionados con el cumplimiento terapéutico del paciente o las deficiencias del propio sistema sanitario*).

Esta evidencia unida a la seguridad de los niveles bajos de c-LDL, permite respaldar un cambio de estrategia terapéutica, abandonando la tradicional en escalones. Ahora bien, es importante valorar que potencia hipolipemiante requerimos para decidir la mejor terapia, buscando no solo la consecución de objetivos de c-LDL, sino también la reducción de morbimortalidad cardiovascular, que, entre otras cosas, depende de la magnitud del efecto. La combinación de fármacos con diferentes vías de acción (*estatina con **ezetimiba**, estatina con inyectables -inhibidores de PCSK-9 o inclisirán-, ezetimiba con inyectables o **estatinas+ezetimiba+inyectables***) reducen de forma potente el c-LDL, facilitando la consecución de objetivos y reduciendo la morbimortalidad cardiovascular. Disponemos de estudios que demuestran sus beneficios (*estudios **RACING** -con **estatina** combinada con **ezetimiba**-; estudio [VICTORION-INITIATE](#) - con **inclisirán** y **estatinas**- o un [estudio reciente pero de simulación](#) con **estatina** y **ácido bempedoico**). La combinación de estatinas y [ácido bempedoico](#) no ha demostrado reducir la morbimortalidad cardiovascular, además, la reducción de colesterol no HDL es discreta, en parte porque actúan en la misma vía de acción (*en puntos distintos*). El **ácido bempedoico** si ha demostrado beneficios a nivel de **morbilidad** cuando se administra como **alternativa** a las estatinas en pacientes con intolerancia a las **estatinas**.*

No debemos olvidar como medimos los niveles de c-LDL. Cuando los niveles son bajos, fórmulas como la de [Friedewald](#) no estimarían [adecuadamente](#) sus concentraciones. Además, la colesterolemia se reduce temporalmente tras un evento coronario agudo.



Ilustración 1. Estudio SWEDEHEART. Congreso Europeo de Cardiología. 2024. CARPRIMARIA

REFERENCIAS

[European Heart Journal 01 septiembre 2024](#)

OTROS ARTÍCULOS DE CARPRIMARIA RELACIONADOS

[Ácido bempedoico y estudio CLEAR-OUTCOMES. Una mirada crítica](#)

[¿Medimos adecuadamente el colesterol en sangre de nuestros pacientes?](#)

[¿Cómo medir el colesterol LDL?](#)

[La estrategia del “inclisiran primero” es más eficaz en la reducción del c-LDL que el tratamiento habitual](#)