



CARDIO X CON EXPERTOS
Comité de Cardiopatía Isquémica

Riesgo Residual Cardiovascular: Lípidos, Inflamación y Eventos Recurrentes



Dr. Gerardo Zapata

Jefe de Unidad Coronaria de ICR
Ex presidente de la SCR y la FAC

¿Cómo definimos riesgo residual?

Es la probabilidad persistente de sufrir eventos cardiovasculares en un paciente que ya recibe tratamiento médico optimizado según las guías. En prevención secundaria demuestra que, alcanzar metas estrictas de cLDL, es una condición necesaria pero insuficiente para detener la progresión de la enfermedad.



CARDIO X CON EXPERTOS
Comité de Cardiopatía Isquémica

¿Cuáles son los ejes sobre los cuales deberíamos actuar para disminuirlo?

Deberíamos intervenir sobre 4 frentes: el riesgo inflamatorio, el lipídico no-LDL (Lpa y remanentes), el riesgo metabólico y el trombótico.

En relación al riesgo inflamatorio: ¿qué utilidad clínica tiene la medición rutinaria de PCR ultrasensible tras un SCA?

Aunque las guías actuales no recomiendan su medición de rutina y la mayoría de los pacientes presentan valores normales, aquellos superiores a 2 mg/L a las 4-6 semanas podría fenotipar el riesgo inflamatorio residual, identificando a un subgrupo de mayor riesgo.

En relación a este tópico: ¿cuál es el paciente coronario ideal al cual indicarle colchicina?

Ante la discordancia de la evidencia (COLCOT y LoDoCo2 positivos vs. CLEAR SYNERGY neutro/negativo), no sería el paciente con SCA. El candidato ideal parecería ser aquel con enfermedad coronaria crónica o inflamación vascular persistente ambulatoria (hsCRP >2 mg/L a pesar de estatinas a dosis máximas), con eventos recurrentes.

Con respecto al riesgo residual lipídico, el estudio CLEAR Outcomes evaluó la utilidad del ácido bempedoico en intolerantes a las estatinas. En el paciente que si las tolera pero que no llega a metas de LDL inferiores a 55 mg/dL: ¿qué rol le otorga a la combinación ácido bempedoico con ezetimibe?

Podría considerarse como un escalón oral complementario útil para reducir un 35-40% adicional el cLDL cuando las estatinas solas no alcanzan la meta de menos de 55 mg/dL. Aunque la indicación formal del CLEAR Outcomes es en intolerancia, en la práctica real permite optimizar el perfil lipídico e inflamatorio (baja también la hsCRP) y evitar o diferir el uso de iPCSK9 por barreras de costos o cobertura.



CARDIO X CON EXPERTOS
Comité de Cardiopatía Isquémica

¿Qué hacemos hoy en la consulta ambulatoria con un paciente con c-LDL en objetivo, pero con una Lp(a) de 180 nmol/L, mientras esperamos la llegada de los fármacos específicos (pelacarsen/olpasiran)?

Extremar la agresividad sobre los factores modificables: reducir el c-LDL a niveles más estrictos (<40 mg/dL con ezetimibe o iPCSK9), controlar la presión arterial y optimizar el estilo de vida. Ante un factor genético no modificable en la actualidad, la estrategia es minimizar la exposición al resto de los factores aterogénicos.

¿Qué alternativas tenemos a disposición para mitigar el riesgo residual metabólico?

Los iSGLT2 demostraron reducir eventos cardiovasculares e insuficiencia cardíaca independientemente de la presencia de diabetes, mientras que los análogos GLP-1 (por la evidencia del ensayo SELECT con semaglutida) reducen MACE en pacientes no diabéticos con sobrepeso u obesidad en prevención secundaria.

Luego de un SCA, superado el período de doble antiagregación plaquetaria. ¿Qué perfil de paciente se beneficia con extender la “doble inhibición de la vía trombótica” con Aspirina + Rivaroxabán 2.5 mg c/12 hs (esquema COMPASS) para reducir el riesgo residual isquémico sin asumir un riesgo excesivo de sangrado?

El paciente de muy alto riesgo isquémico, panvascular, y sin antecedentes de sangrado mayor o falla renal severa.