

# Prevenir nuevos eventos tras un síndrome coronario agudo

¿Hay que ser estrictos en el control  
del c-LDL?

Caso clínico real

Dr. Marco Paz  
Servicio de Cardiología.  
Hospital Santa Caterina, Girona

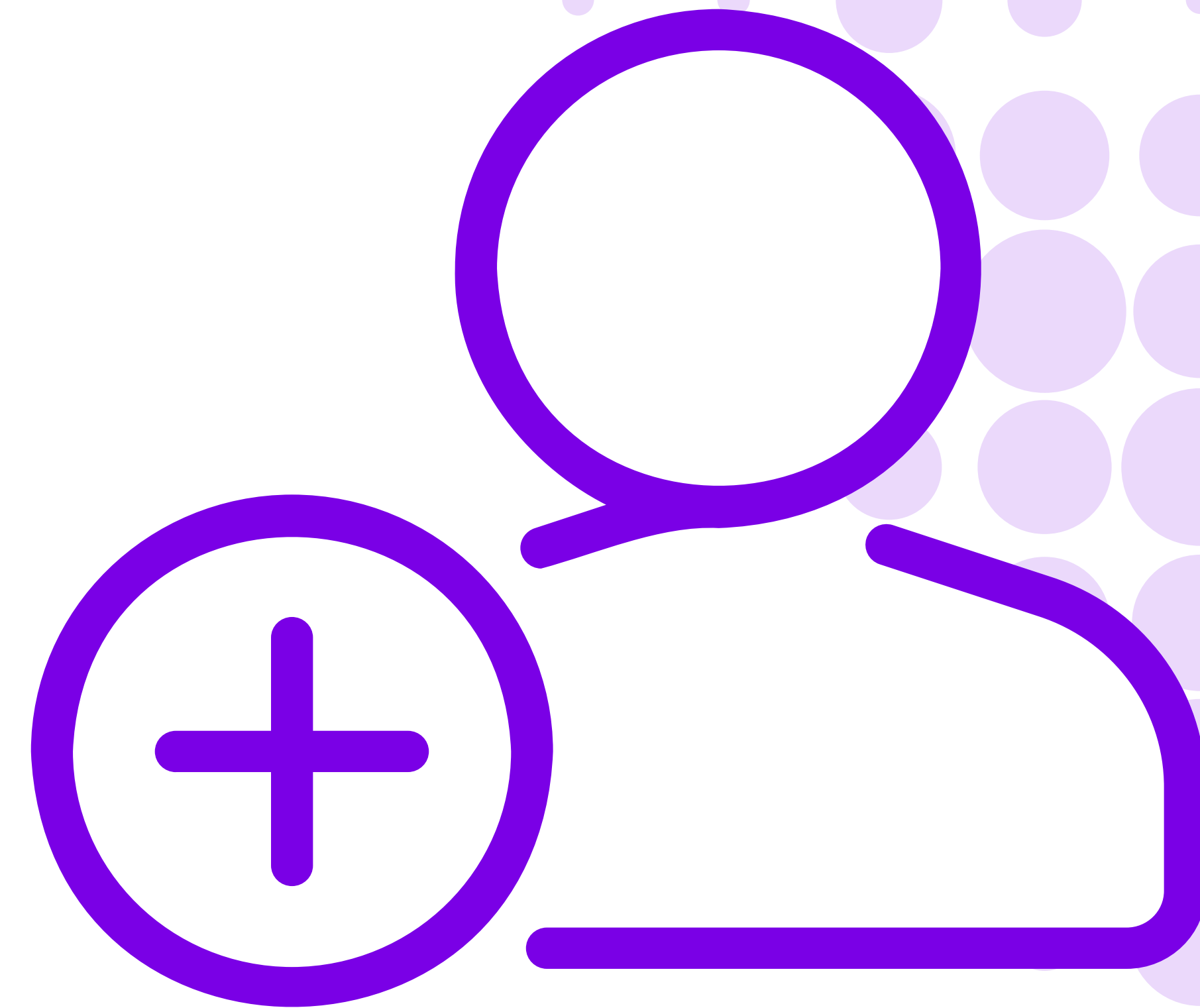


# MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

## Varón de 62 años que reingresa por IAM anterior, Killip 2

### Antecedentes patológicos:

- Antiguo fumador, HTA y dislipemia como factores de riesgo cardiovascular.
- Vasculopatía periférica.
- Síndrome prostático.
- Colectectomía.
- **Cardiopatía isquémica** que debutó 15 meses antes con IAMEST inferior. Se practicó angioplastia primaria sobre oclusión de la arteria coronaria derecha en su tercio medio, con colocación de *stent* fármacoactivo. Quedaron lesiones no significativas del 40 % en descendente anterior proximal y, del 50 %, en circunfleja.
- **No alergias medicamentosas.**
- **Tratamiento habitual:** AAS 100 mg/24 h, enalapril 10 mg/12 h, pentoxifilina 600 mg/12 h, bisoprolol 2,5 mg/24 h, atorvastatina 80 mg/24 h y ezetimiba 10 mg/24 h.



AAS: ácido acetilsalicílico; HTA: hipertensión arterial; IAM: infarto agudo de miocardio; IAMEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.  
Caso clínico proporcionado por el Dr. Marco Paz.

# EVOLUCIÓN CARDIOLÓGICA TRAS PRIMER INGRESO

Tras el primer ingreso por IAM inferior, en su evolución cardiológica destacaba:

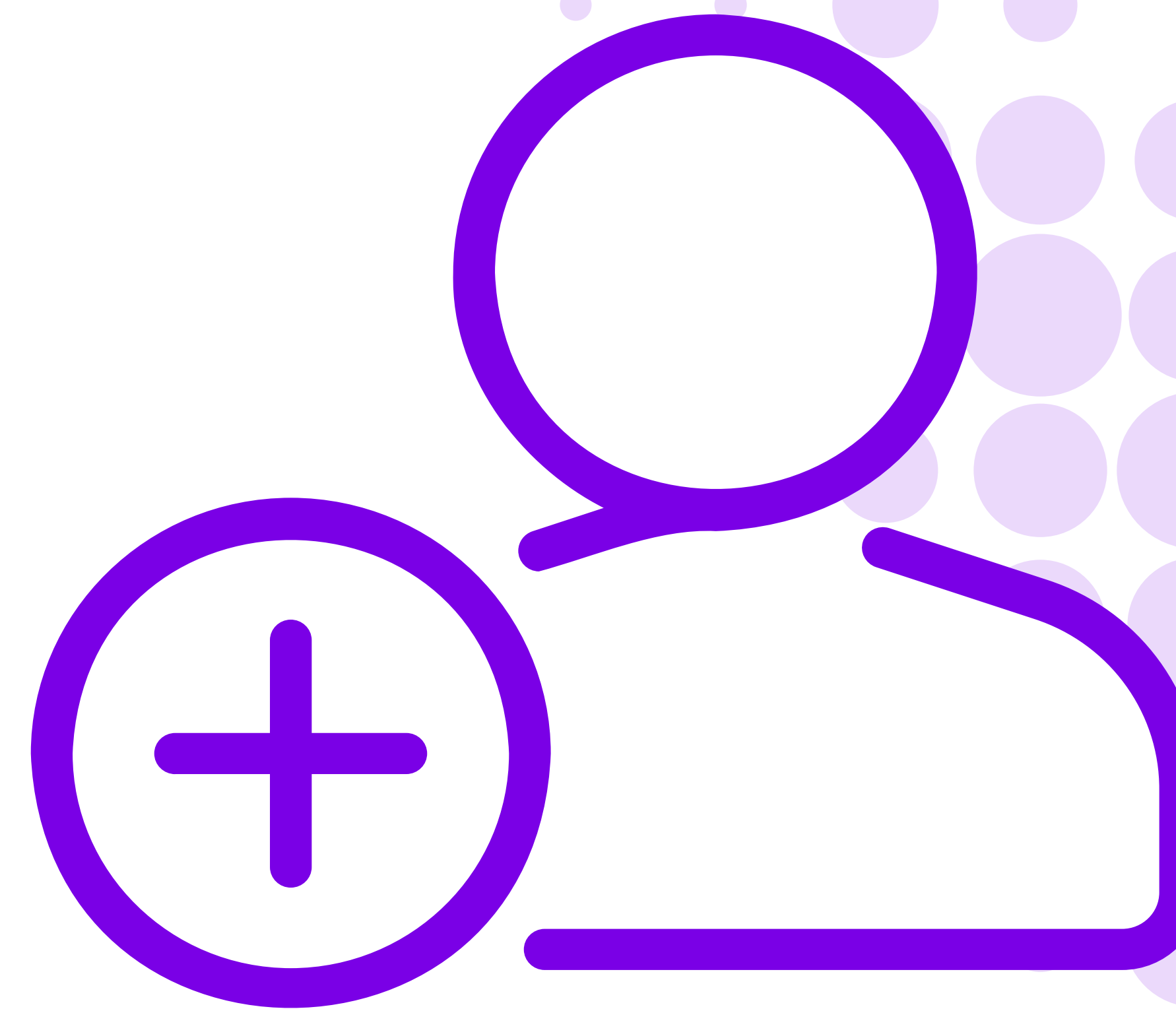
- El paciente no pudo participar en el programa de rehabilitación cardíaca por motivos laborales.
- La fracción de eyección del ventrículo izquierdo tras el IAM fue del 58 %, a pesar de aquinesia inferobasal.
- Se mantuvo doble antiagregación con ticagrelor 90 mg/12 h y AAS 100 mg/24 h durante 1 año.

Los sucesivos controles del perfil lipídico mostraron:

- **3 meses tras IAM:** colesterol total 163 mg/dL, c-HDL 47 mg/dL, c-LDL 99 mg/dL y TG 87 mg/dL.
- **6 meses tras IAM:** colesterol total 124 mg/dL, c-HDL 39 mg/dL, c-LDL 71 mg/dL y TG 72 mg/dL.
- **1 año tras IAM:** colesterol total 148 mg/dL, c-HDL 39 mg/dL, c-LDL 92 mg/dL y TG 81 mg/dL de bifurcación DA-diagonal.

El caso se presentó en otro centro para inicio de iPCSK9, siendo rechazado.

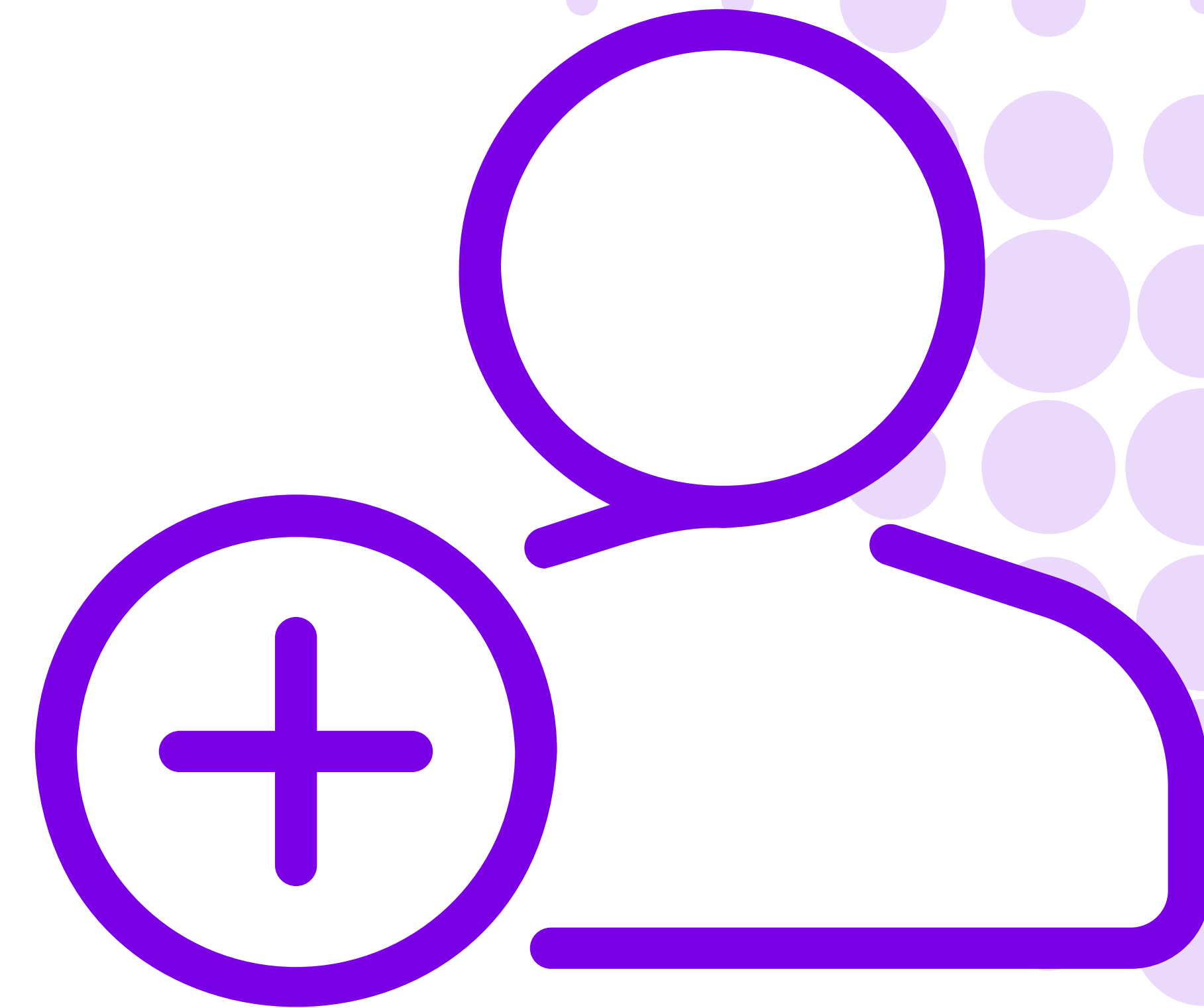
AAS: ácido acetilsalicílico; c-HDL: colesterol HDL; c-LDL: colesterol LDL; IAM: infarto agudo de miocardio; iPCSK9: inhibidores de proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9; TG: triglicéridos.  
Caso clínico proporcionado por el Dr. Marco Paz.



# REINGRESO POR IAM

## Evolución del reingreso

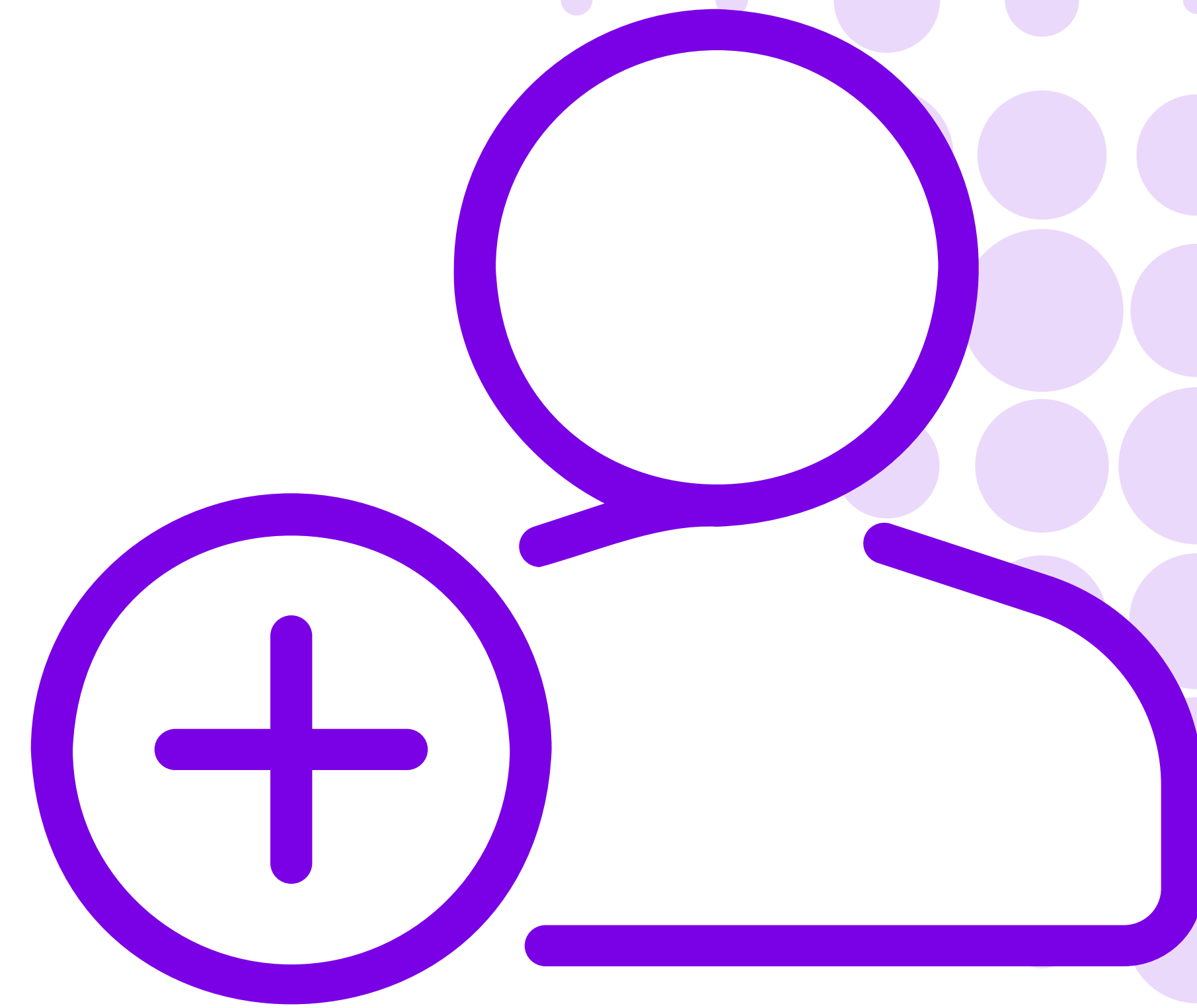
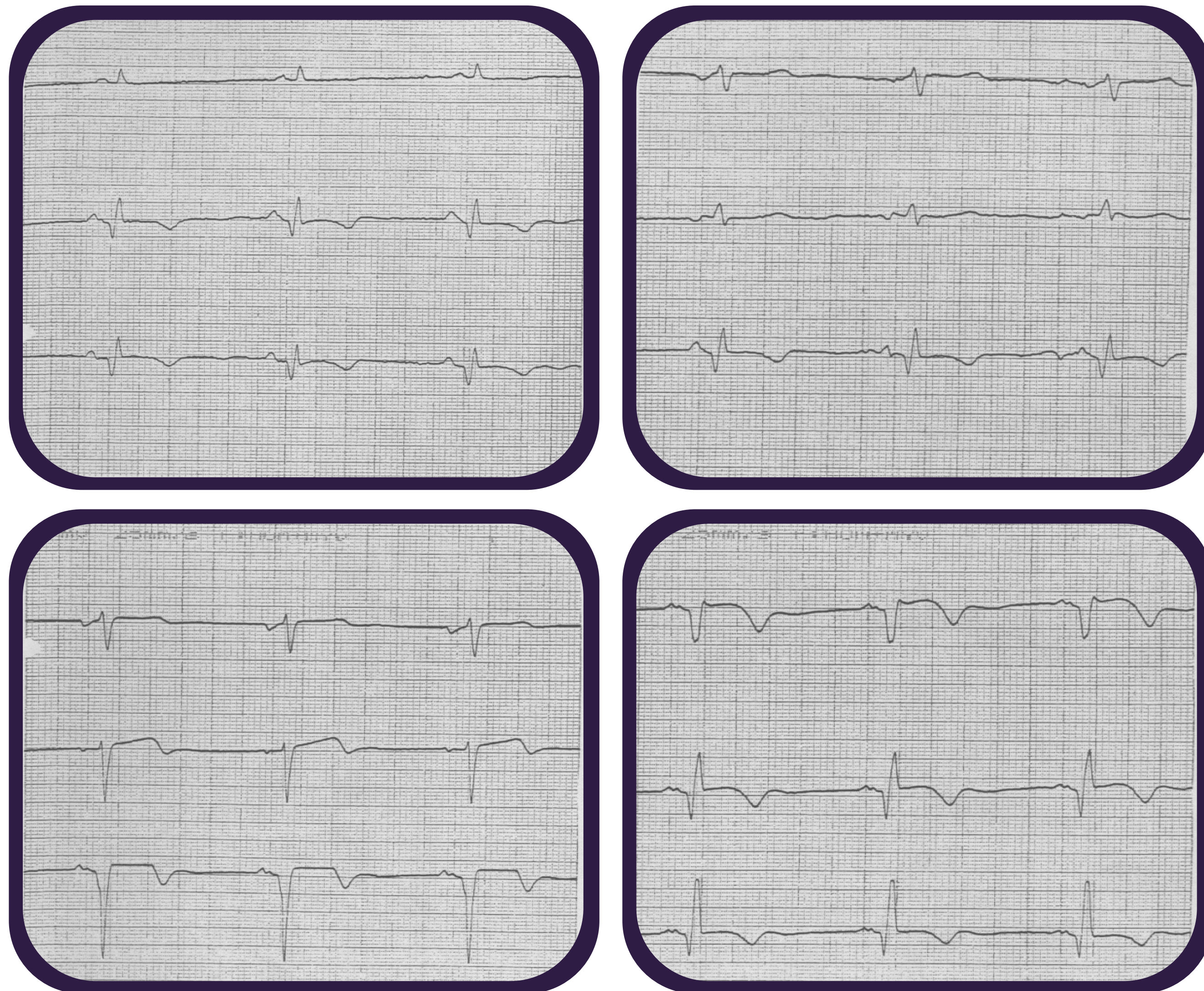
- El paciente reingresa por cuadro de dolor prolongado de 2 horas de evolución, con signos en el ECG de lesión subepicárdica anterior.
- Se practicó coronariografía urgente que mostró oclusión de la arteria descendente anterior en su tercio medio, sobre la que se realizó angioplastia y colocación de *stent* fármaco activo. Quedaron lesiones del 40 % en la CD distal y del 60 % en la circunfleja proximal.
- El ecocardiograma previo al alta mostró un ventrículo izquierdo no dilatado con fracción de eyección ligeramente reducida (43 %) por aquinesia inferobasal e hipoquinesia septoapical.
- Fue dado de alta en tratamiento con AAS 100 mg/12 h, ticagrelor 90 mg/12 h, enalapril 10 mg/12 h, bisoprolol 5 mg/24 h, rosuvastatina 40 mg/24 h, ezetimiba 10 mg/24 h y pentoxifilina 600 mg/12 h.



AAS: ácido acetilsalicílico; CD: coronaria derecha; ECG: electrocardiograma; IAM: infarto agudo de miocardio.  
Caso clínico proporcionado por el Dr. Marco Paz.

# REINGRESO POR IAM

## Evolución del reingreso



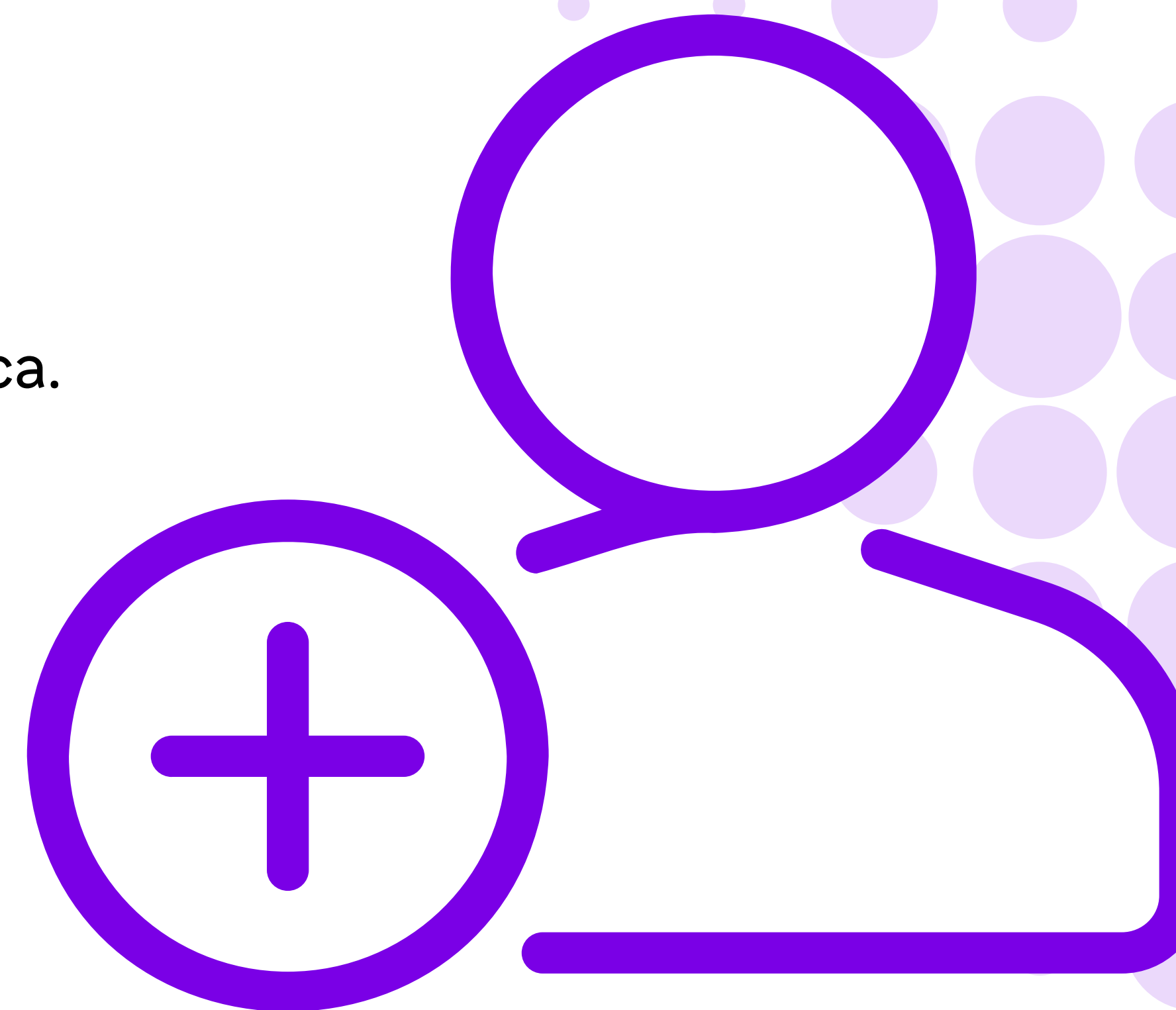
**IAM:** infarto agudo de miocardio.  
Caso clínico proporcionado por el Dr. Marco Paz.

# EVOLUCIÓN

## Control ambulatorio en consulta de cardiología

### Control en consulta de cardiología 2 meses tras el alta:

- Asintomático.
- En programa de rehabilitación cardiaca.
- Mismo tratamiento, con buena tolerancia.
- Exploración física: PA 128/74 mmHg, FC 56 lpm. Sat O<sub>2</sub> basal 98 %. Ruidos cardiacos rítmicos. No soplos ni signos de insuficiencia cardiaca.
- Aporta analítica en la que el control lipídico muestra colesterol total 143 mg/dL, c-HDL 48 mg/dL, c-LDL 82 mg/dL y TG 66 mg/dL.
- Electrocardiograma: ritmo sinusal a 60 lpm. Necrosis inferior y anterolateral antiguas.
- Se presenta el caso para evaluar inicio de tratamiento con iPCSK9.



**c-HDL:** colesterol HDL; **c-LDL:** colesterol LDL; **FC:** frecuencia cardiaca; **iPCSK9:** inhibidores de proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9;

**lpm:** latidos por minuto; **PA:** presión arterial; **TG:** triglicéridos.

Caso clínico proporcionado por el Dr. Marco Paz.



# RESOLUCIÓN

Se analizó el caso en la comisión de farmacia para la administración de iPCSK9. En el análisis del caso clínico se tuvieron en cuenta los siguientes datos:

- Paciente de 62 años con aterosclerosis clínicamente manifiesta en varios territorios (cardiopatía isquémica y vasculopatía periférica).
- Paciente con 2 eventos coronarios agudos en un año y medio.
- Paciente, por tanto, de muy alto riesgo cardiovascular.
- A pesar del tratamiento con estatinas a altas dosis, en ninguna analítica se alcanza el nivel objetivo marcado por las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (c-LDL <40mg/dL).

Por todo ello, se acordó iniciar tratamiento con alirocumab 300 mg/mes s.c.

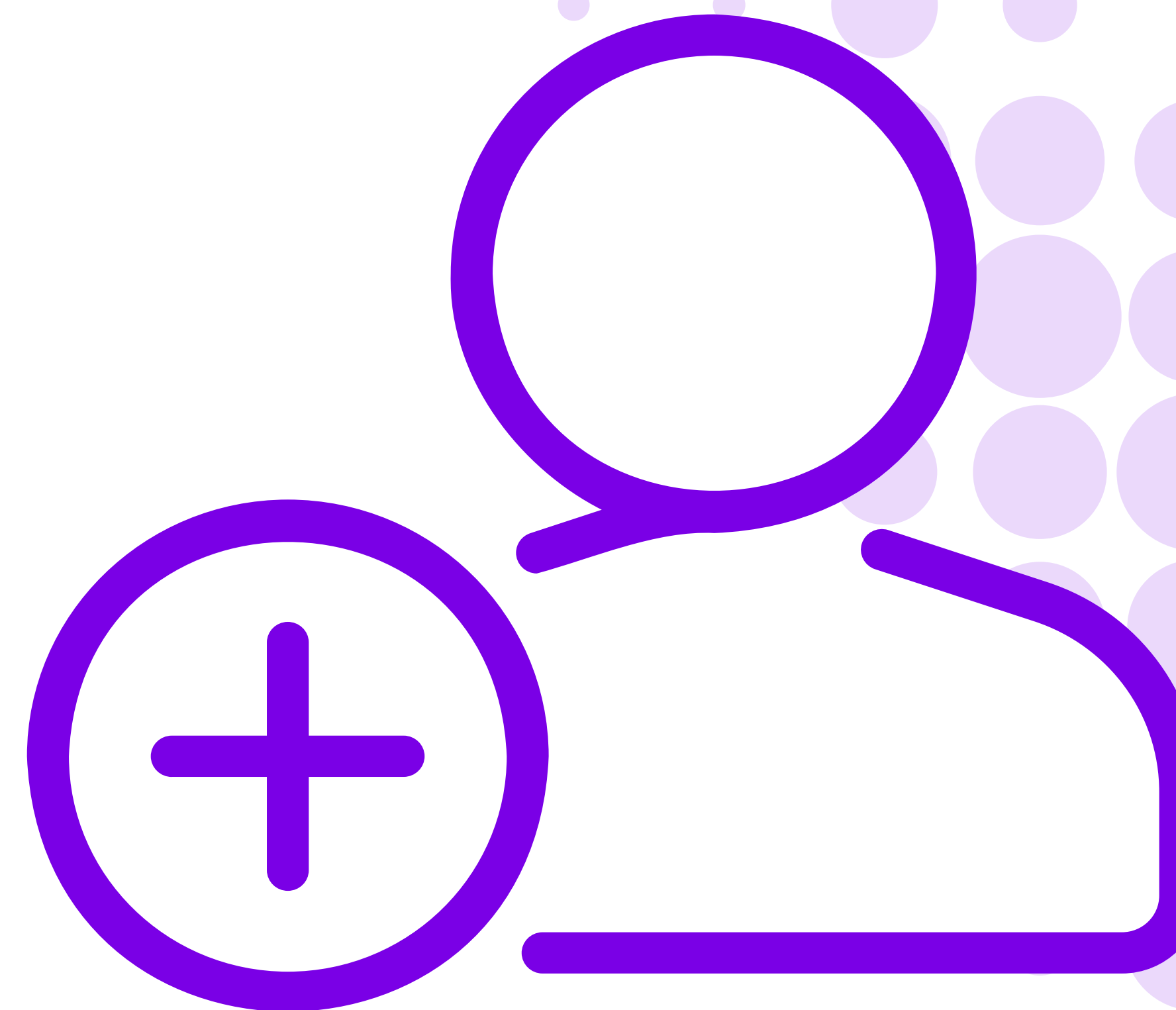
Tras 1 año de tratamiento, en la evolución destaca:

- Paciente clínicamente estable, con ergometría y ecocardiograma de esfuerzo sin signos de isquemia. Buena tolerancia al tratamiento.
- Última analítica con perfil lipídico: colesterol total 101 mg/dL, c-HDL 46 mg/dL, c-LDL 39 mg/dL y TG 80 mg/dL.

c-HDL: colesterol HDL; c-LDL; colesterol LDL; iPCSK9: inhibidores de proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9; s.c.: subcutáneo; TG: triglicéridos.

Mach F, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020 Jan 1;41(1):111-188.

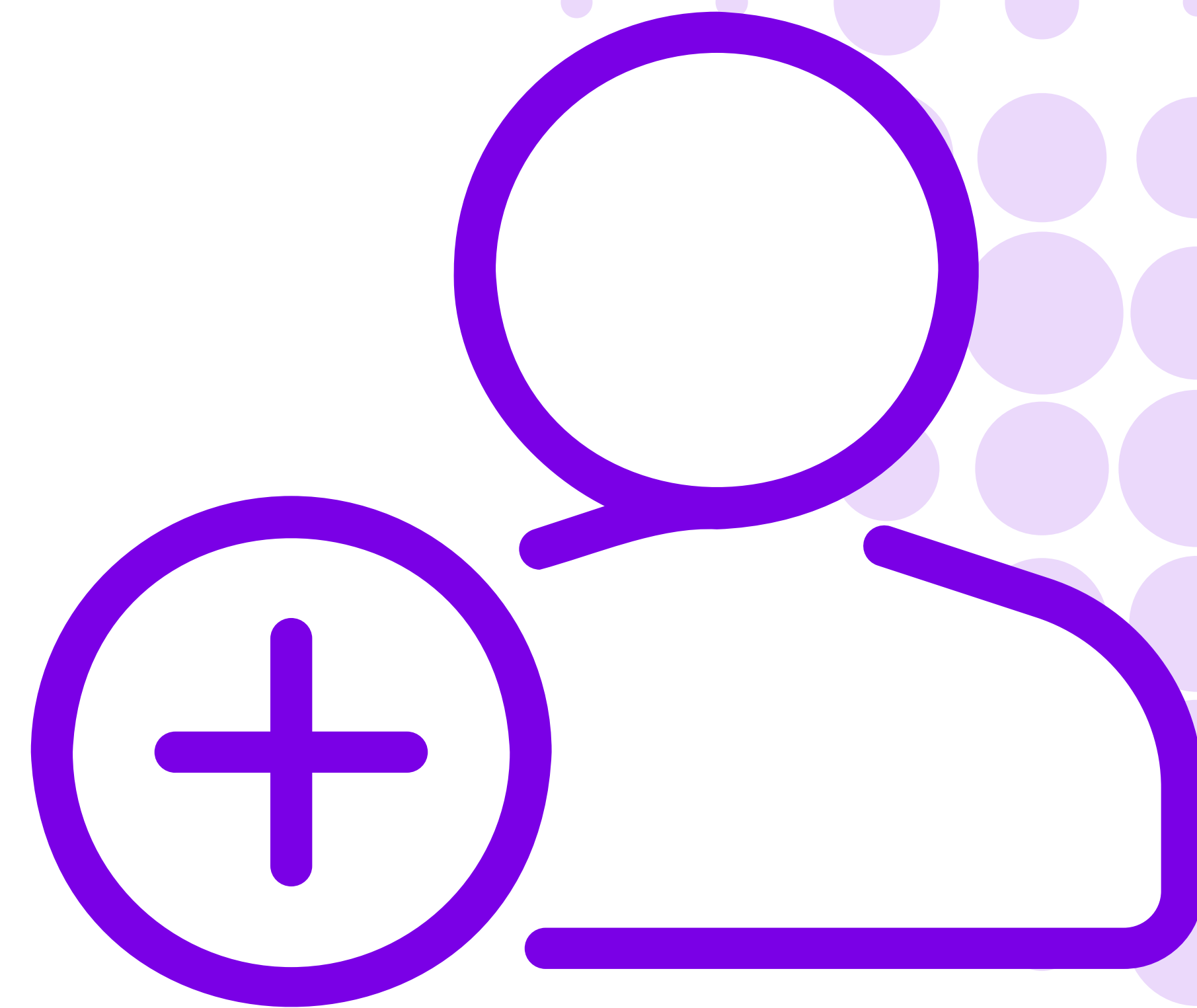
Caso clínico proporcionado por el Dr. Marco Paz.



# DISCUSIÓN

## Elementos clave del caso clínico

- Se trata de un paciente de muy alto riesgo cardiovascular, debido a su vasculopatía periférica y, además, tras sufrir el primer síndrome coronario.
- A pesar de ello, ninguna de las sucesivas determinaciones del perfil lipídico alcanzó los objetivos recomendados por las guías (c-LDL <55 mg/dL), lo que conllevó un aumento del riesgo de nuevos eventos.
- Resulta llamativo que no se utilizara todo el arsenal terapéutico para reducir el nivel de c-LDL.
- En la evolución clínica, se objetiva una progresión de la lesión de la arteria descendente anterior, lo que provocó un segundo síndrome coronario.
- Tras el segundo evento y el tratamiento con alirocumab, se consigue, por fin, el adecuado control lipídico y la estabilidad clínica.



c-LDL; colesterol LDL.

Mach F, *et al.* 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020 Jan 1;41(1):111-188.

Caso clínico proporcionado por el Dr. Marco Paz.

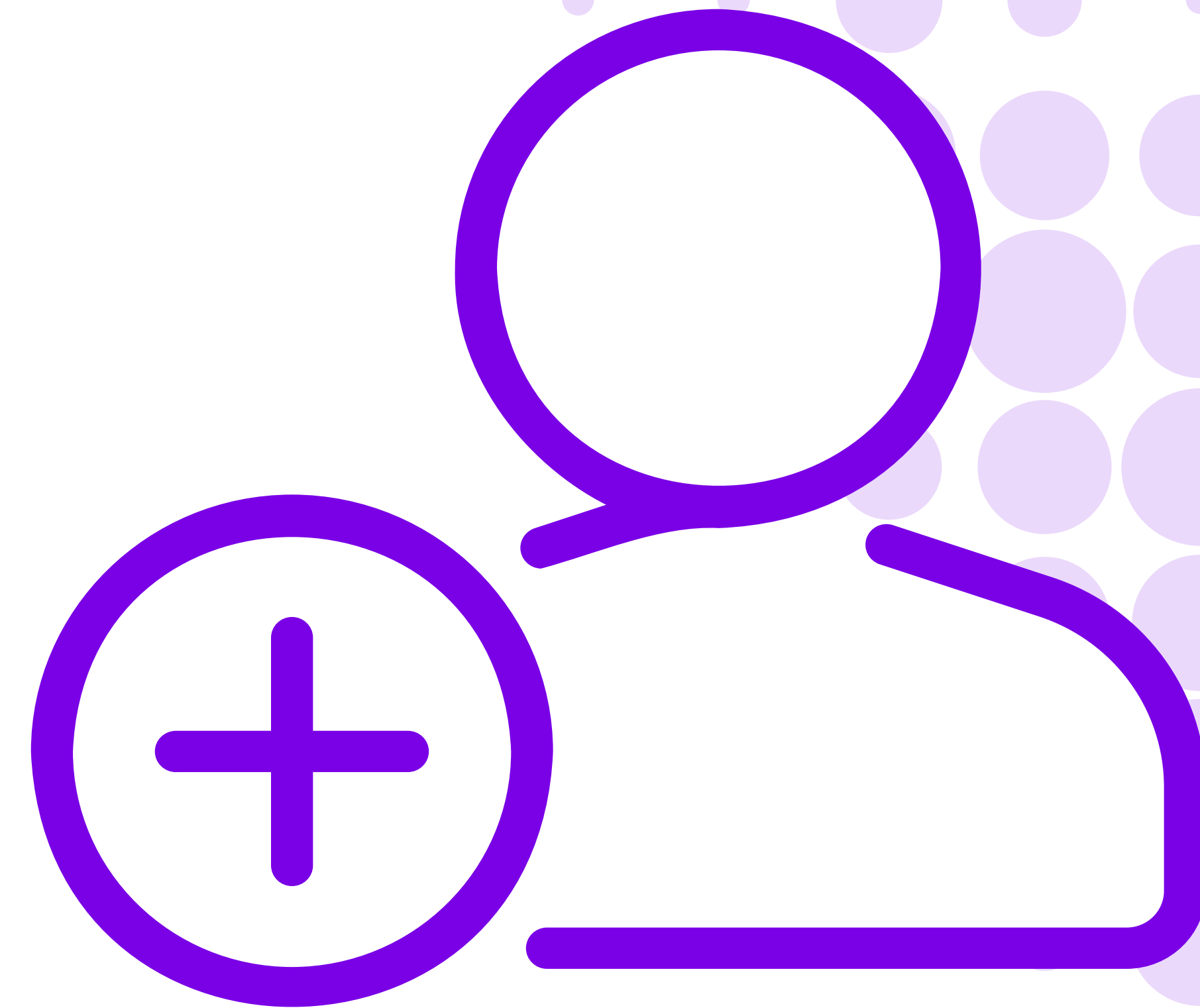




# MENSAJES FINALES

## En conclusión:

- El c-LDL no es solo un biomarcador de riesgo cardiovascular, sino un **factor causal** en la fisiopatología de ECVA.
- Las guías ESC/EAS aconsejan una **reducción de al menos un 50 % y un objetivo de c-LDL <55mg/dL** para los pacientes de muy alto riesgo cardiovascular en prevención secundaria.
- Se puede plantear un objetivo más ambicioso de **c-LDL <40mg/dl** para los pacientes con ECVA y un 2º evento en 2 años.
- Con cada reducción de **1 mmol/L (38,6 mg/dL)** disminuye el riesgo de ECV en un **22 %**.
- En la actualidad disponemos de un arsenal terapéutico suficientemente potente como para alcanzar los objetivos de tratamiento y reducir el riesgo cardiovascular de nuestros pacientes.



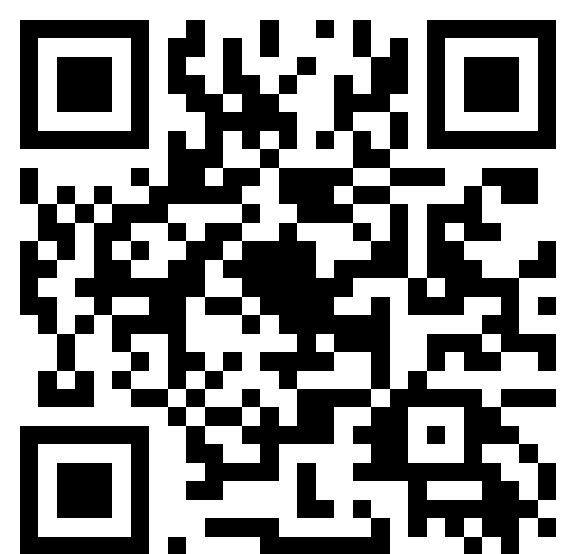
c-LDL: colesterol LDL; ECV: enfermedad cardiovascular; ECVA: enfermedad cardiovascular aterosclerótica; ESC/EAS: European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society.

Mach F, *et al.* 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020 Jan 1;41(1):111-188.

Caso clínico proporcionado por el Dr. Marco Paz.



# PRESENTACIÓN, PRECIO Y CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN



**Praluent 75 mg** pluma precargada, envase de 2 plumas precargadas (CN: 708030.5) P.V.P.: 463,06 €. Medicamento sujeto a prescripción médica. Dispensación hospitalaria. *Puede acceder a la ficha técnica escaneando con su teléfono móvil (smartphone) el código QR.*



**Praluent 150 mg** pluma precargada, envase de 2 plumas precargadas (CN: 708035.0) P.V.P.: 463,06 €. Medicamento sujeto a prescripción médica. Dispensación hospitalaria. *Puede acceder a la ficha técnica escaneando con su teléfono móvil (smartphone) el código QR.*



**Praluent 300 mg** pluma precargada, envase de 1 pluma precargada (CN: 729267.8) P.V.P.: 463,06 €. Medicamento sujeto a prescripción médica. Dispensación hospitalaria. *Puede acceder a la ficha técnica escaneando con su teléfono móvil (smartphone) el código QR.*

# Comprometidos con la salud cardiovascular

