

sanofi

Caso 2 

# Paciente joven, SCC y arteriopatía periférica

————— Caso clínico real —————

pulse<sup>®</sup>

Powered by Sanofi

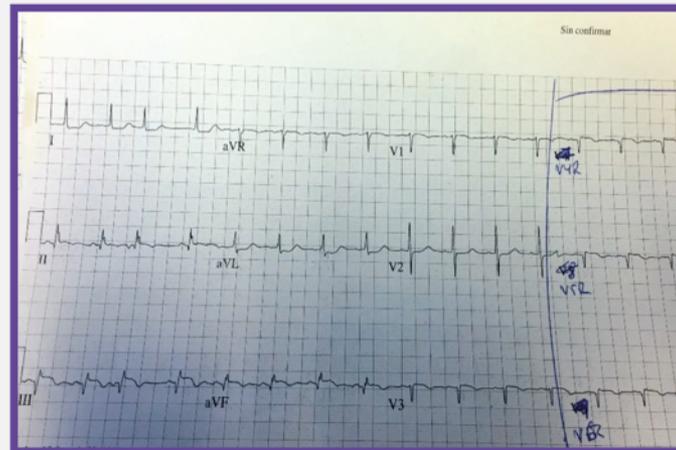
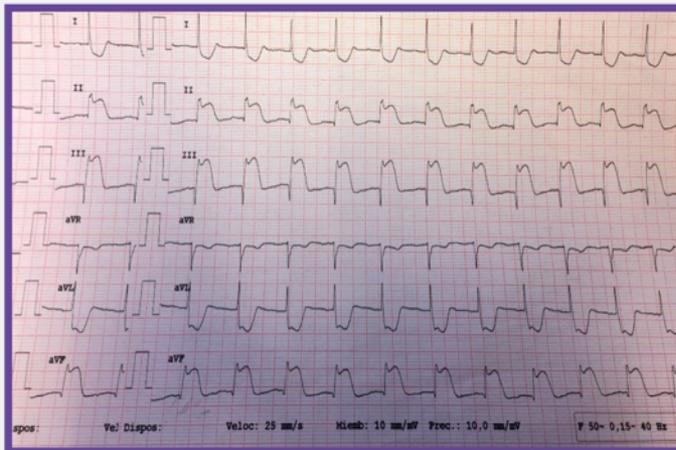


# Antecedentes

- ❖ **Hombre de 51 años**
- ❖ Factores de riesgo cardiovascular: dislipemia, hipertensión arterial, Exfumador
- ❖ **Claudicación intermitente** desde 2012, en seguimiento por cirugía vascular

## Cardiopatía isquémica

- **2013: Infarto agudo de miocardio inferior**
  - **Oclusión trombótica de la arteria coronaria derecha**
  - **Angioplastia primaria: implante de stent en coronaria derecha**



# Antecedentes

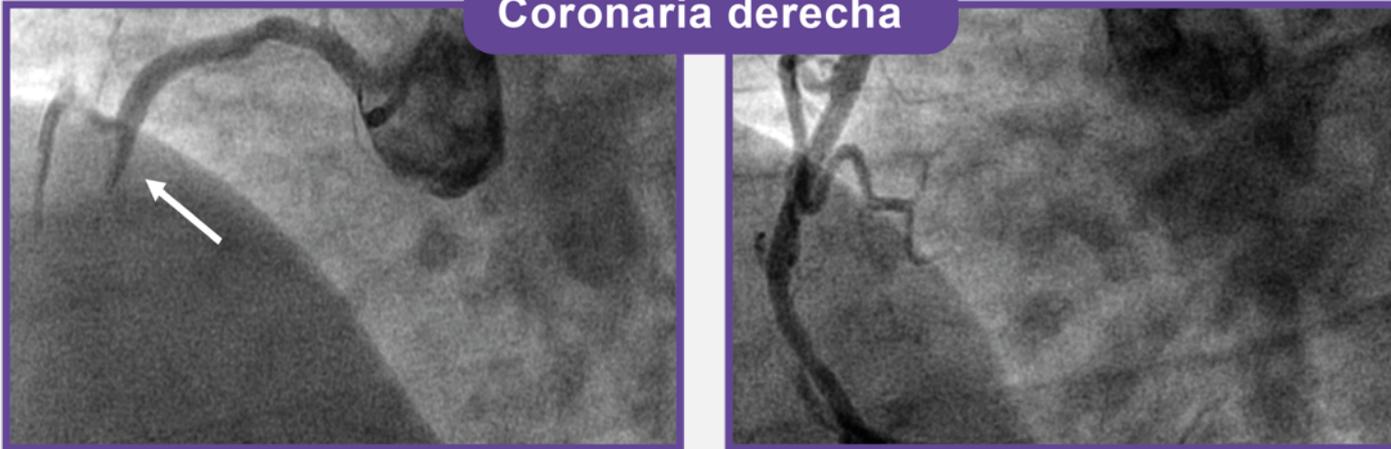
- ❖ **Hombre de 51 años**
- ❖ Factores de riesgo cardiovascular: dislipemia, hipertensión arterial, Exfumador
- ❖ **Claudicación intermitente** desde 2012, en seguimiento por cirugía vascular

## Cardiopatía isquémica

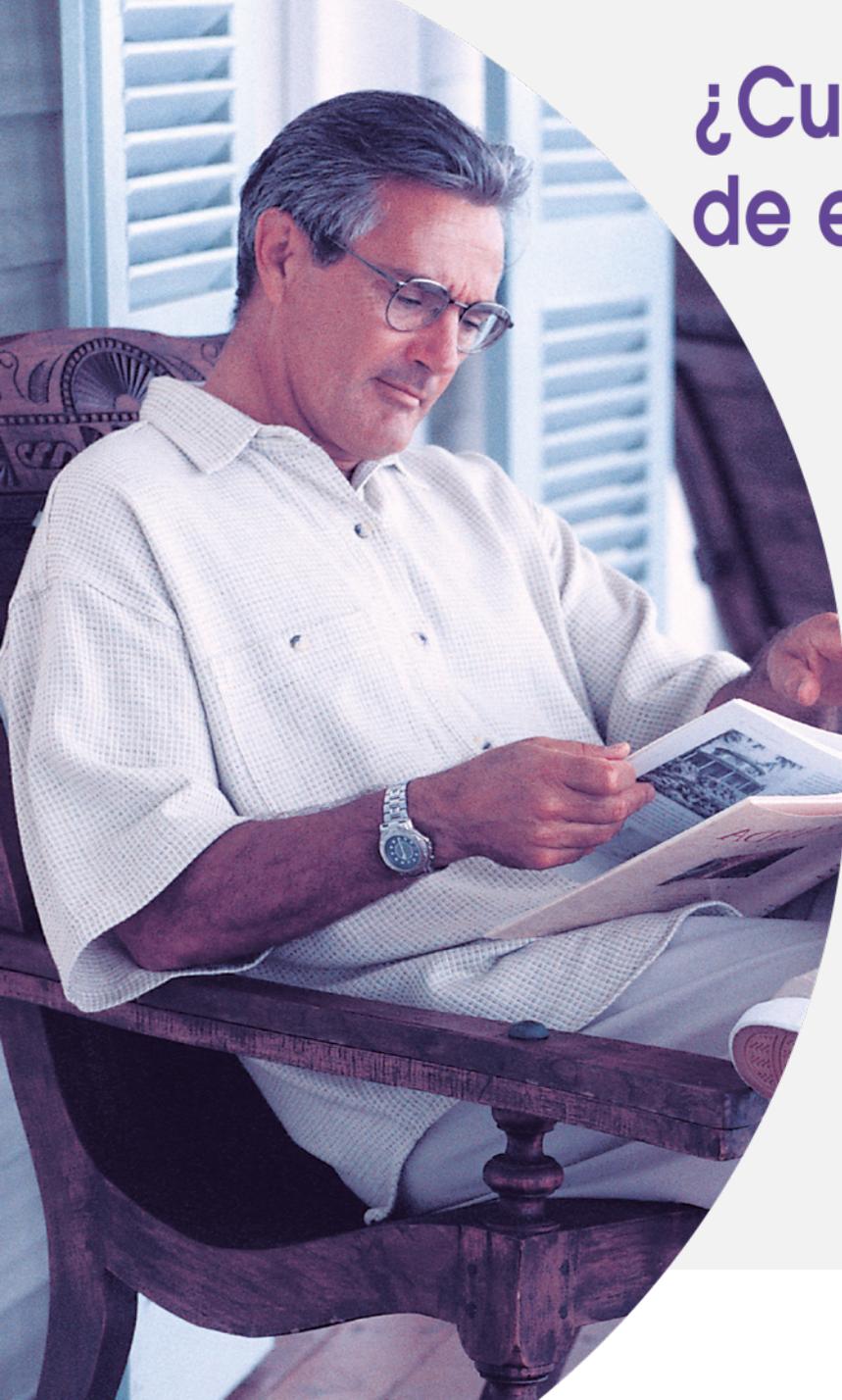
- **2013: Infarto agudo de miocardio inferior**
  - **Oclusión trombótica de la arteria coronaria derecha**
  - **Angioplastia primaria: implante de stent en coronaria derecha**



## Coronaria derecha

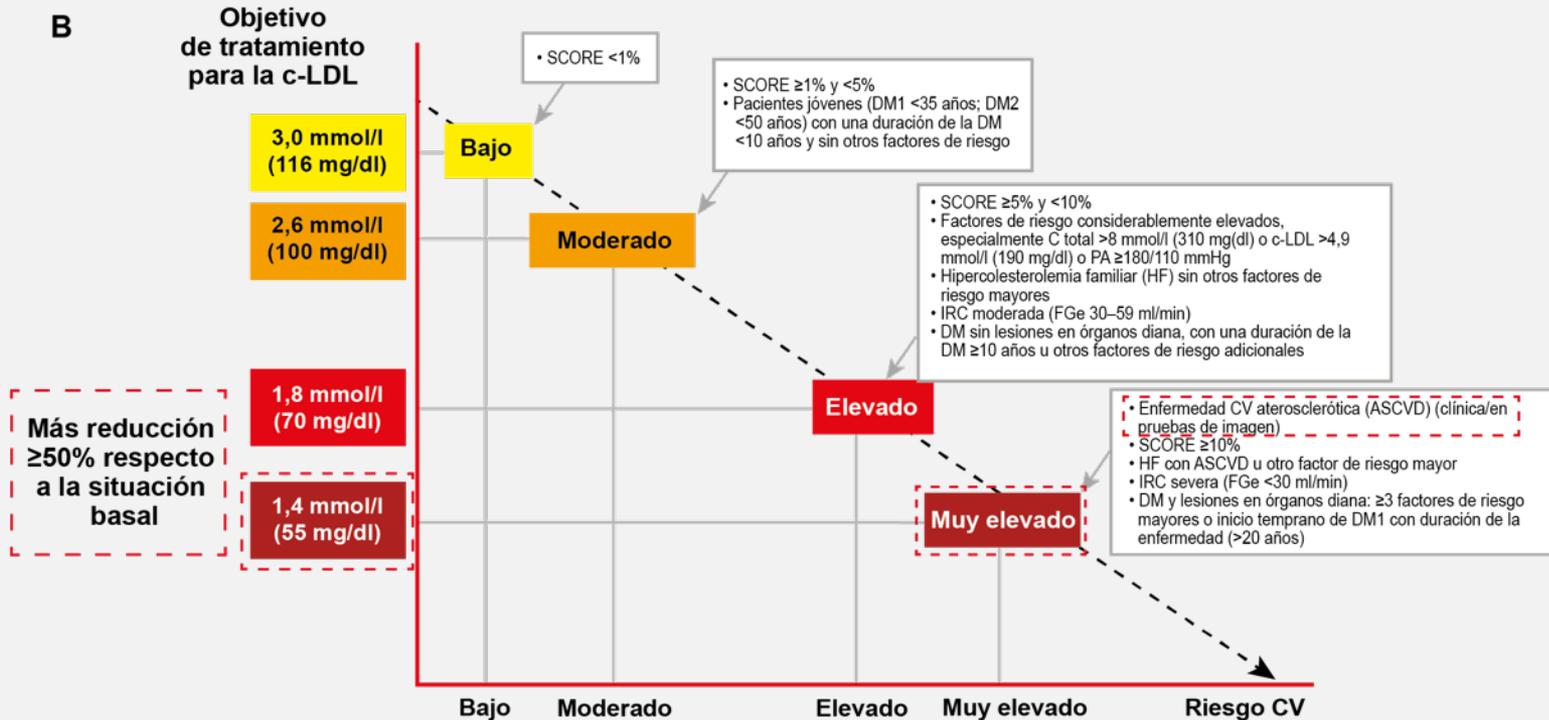


# ¿Cuál es el objetivo de c-LDL de este paciente?



- Con c-LDL = 95 está bien porque está asintomático y es una enfermedad de 1 vaso
- c-LDL menor de 55 mg/dL y  $\geq 50\%$  de reducción con respecto al nivel basal
- c-LDL menor de 70 mg/dL y  $\geq 50\%$  de reducción con respecto al nivel basal
- c-LDL menor de 40 mg/dl y  $\geq 50\%$  de reducción con respecto al nivel basal

# ¿Cuál es el objetivo de c-LDL de este paciente?



- El ser un paciente con ECVA, el objetivo de c-LDL es de **menos de 55 mg/dL** junto a, al menos, una **reducción del 50%** con respecto al nivel basal

# Tratamiento al alta en noviembre 2013

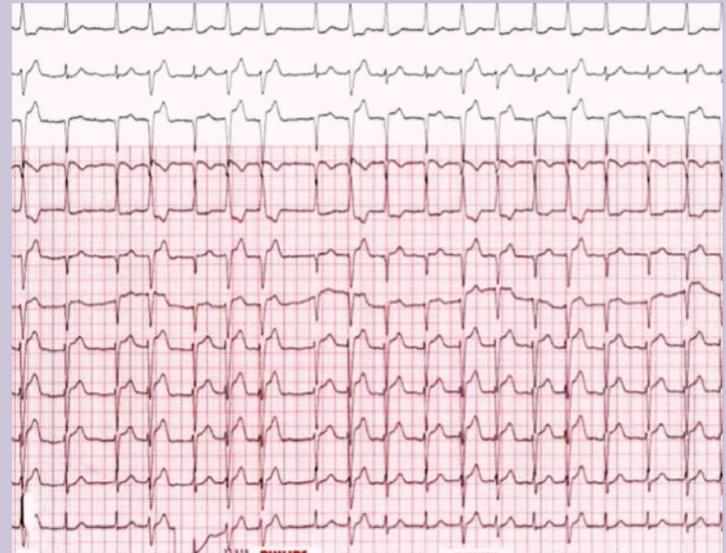
- AAS 100 mg y Ticagrelor 90 mg c 12 horas
- Atorvastatina 80 mg- Al mes su MAP baja a 40 mg por mialgias (durante
- 2014 se intenta aumentar de nuevo, sin éxito quedándose
- con la dosis de 40 mg
- Bisoprolol 2,5 mg
- Amlodipino 5 mg
- Enalapril 10 mg
- Omeprazol 20 mg

Se da de alta en noviembre de 2014 a su MAP



## ❖ Episodio de FA paroxística noviembre 2021

- AAS 100 mg: se retira
- Atorvastatina 40 mg
- Bisoprolol 2,5 mg (se aumenta a c12h)
- Amlodipino 5 mg
- Enalapril 10 mg
- Se inicia Rivaroxabán de 20 mg ante CHADS2VASC 2 y se solicita CVE ambulatoria al mes del inicio de la anticoagulación ya que la FA es de origen indeterminado
- Se solicita analítica de control

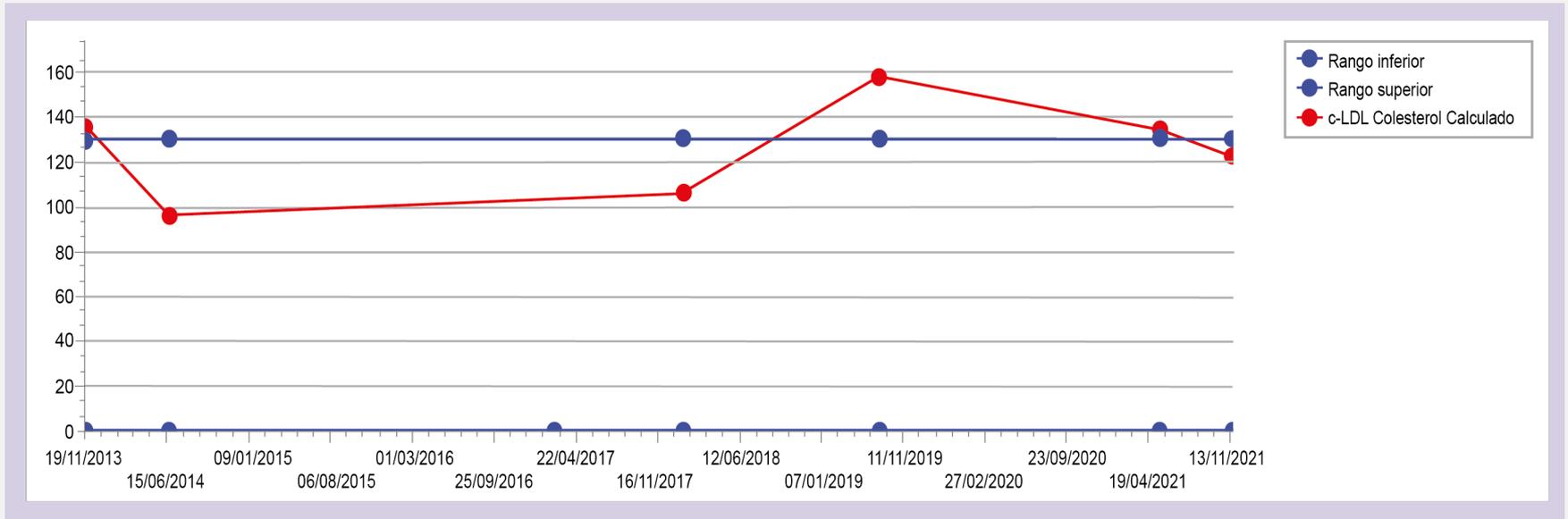


# Resumen de la situación actual

- Seguimiento irregular
- Episodios de dolor torácico con ergometría negativa durante 2013-2014
- Remitido a consulta de cardiología por FA de inicio indeterminado
  - Se añade anticoagulación al tratamiento
  - Se reevalúan los factores de riesgo cardiovascular

- Colesterol 182 mg/dL
- HDL Colesterol 40 mg/dL
- c-LDL 123 mg/dL
- Apolipoproteína B 104 mg/dL
- Lipoproteína (a) 53 mg/dL
- Triglicéridos 134 mg/dL
- HbA1c 5,8 %

# Perfil lipídico: c-LDL



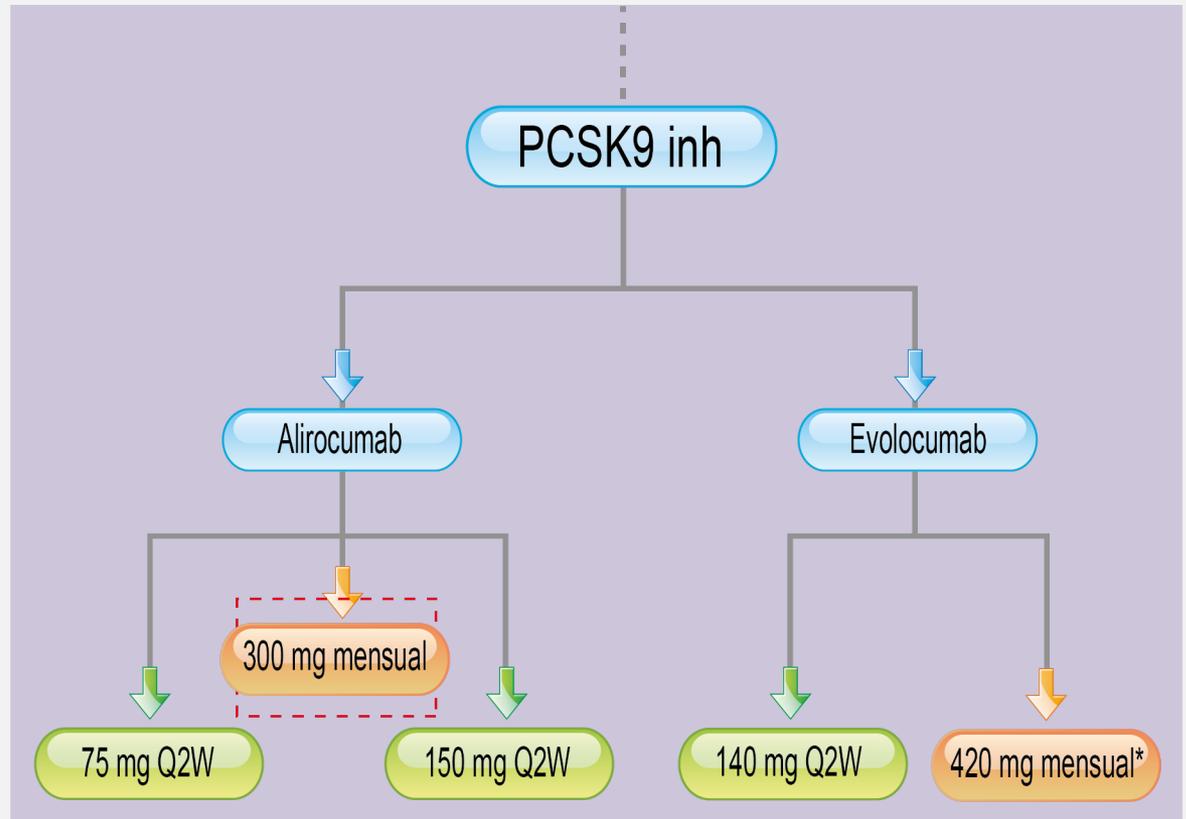
E	Resultado	Rango referencia	Muestra	Toma/Extracción
	123 mg/dL	< 130	Suero	17/11/2021 9:43:49
↑	134 mg/dL	< 130	Suero	14/05/2021 9:33:42
↑	158 mg/dL	< 130	Suero	31/05/2019 9:58:21
	106 mg/dL	< 130	Suero	15/01/2018 9:57:07
	96 mg/dL	< 130	Suero	18/06/2014 9:23:36
↑	135 mg/dL	< 130	Suero	19/11/2013 7:43:58

# Se trata de un paciente con seguimiento irregular, de alto riesgo y que queremos una reducción extrema de c-LDL, ¿Qué opción terapéutica elegirías?

- Añadiría Ezetimibe 10 mg
- Cambiaría a Pitavastatina por la intolerancia a estatina
- Dado que desde 2014 está con c-LDL por encima de 100, es un paciente de alto riesgo, joven, y queremos una reducción extrema elegiría un iPCSK9 (de posología lo más cómoda posible)
- Intentaría cambiarle a Rosuvastatina 20 mg

# Individualización del iPCSK9

- ❖ Dentro de este grupo terapéutico, **hay diferentes opciones para individualizar el tratamiento**, en función del porcentaje de reducción necesario para alcanzar el objetivo y el **perfil de paciente**<sup>1</sup>.
- ❖ **Estudio SYDNEY:** se puede administrar alirocumab 300 mg en una única inyección mensual<sup>2</sup>.



\*Administrado mediante 3 plumas precargadas consecutivas en un plazo de 30 min

Figura adaptada de:

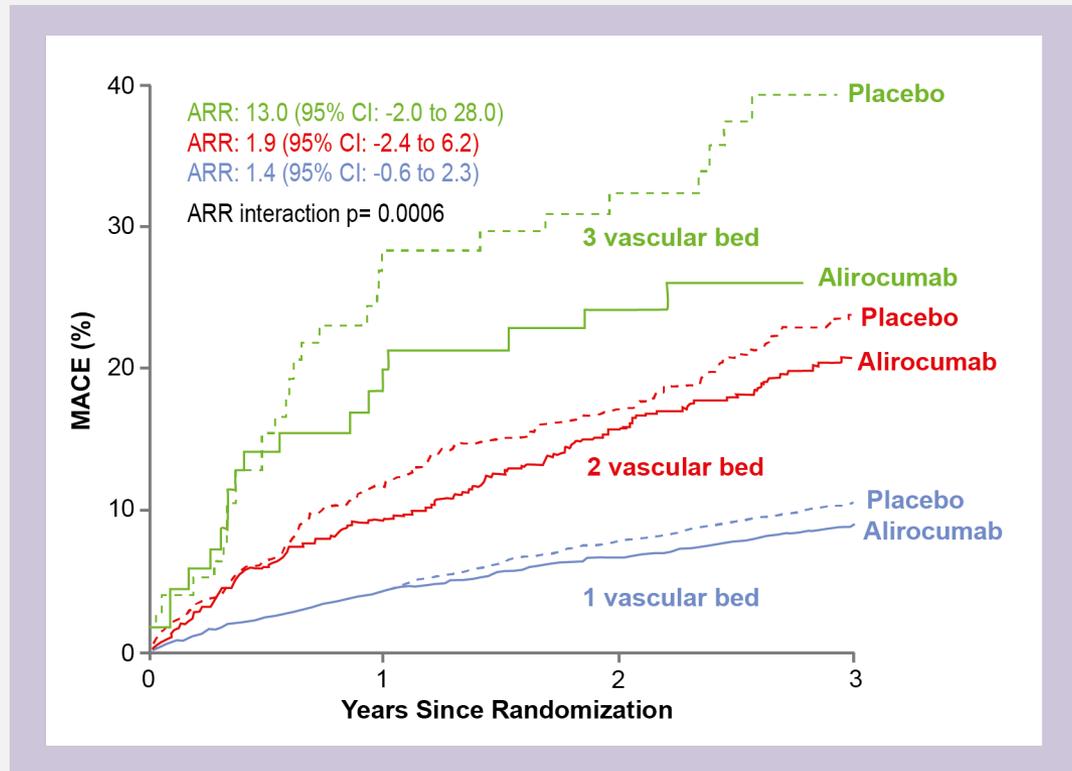
Ficha técnica de alirocumab (Praluent®)

Ficha técnica de evolocumab (Repatha®)

# Y además...

## Odyssey outcomes - Subanálisis paciente polivascular

- ❖ Los pacientes con enfermedad polivascular constituyen un **subgrupo fácilmente identificable con un alto riesgo absoluto de MACE y muerte.**
- ❖ El gran beneficio absoluto de la inhibición de la PCSK9 con alirocumab, cuando se añade al tratamiento con estatinas de alta intensidad, **es un beneficio potencial para este grupo de pacientes.**

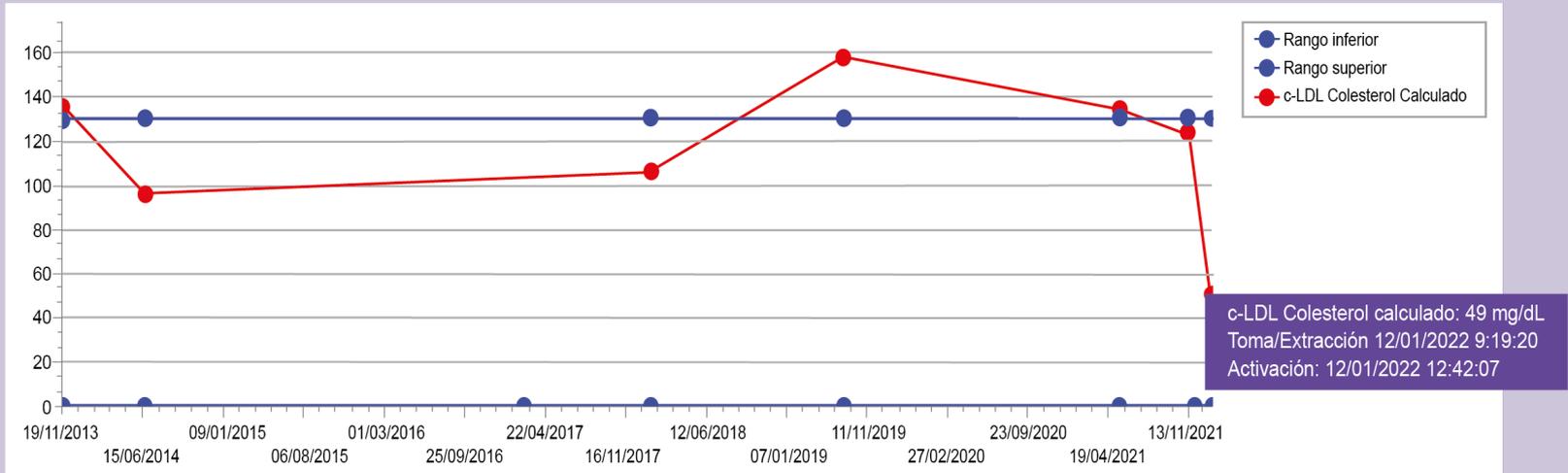


Curva Kaplan-Meier para los resultados de MACE en pacientes con enfermedad arterial en, respectivamente, (1) EAC sin EAP ni ECeV, (2) EAC y EAP o ECeV, o (3) EAC y EAP y ECeV.

# Y además...

• Enero 2022

22.12 se inicia Alirocumab 300 mg



E	Resultado	Rango referencia	Muestra	Toma/Extracción
	49 mg/dL	< 130	Suero	12/01/2022 9:419:20
	123 mg/dL	< 130	Suero	17/11/2021 9:43:49
↑	134 mg/dL	< 130	Suero	14/05/2021 9:33:42
↑	158 mg/dL	< 130	Suero	31/05/2019 9:58:21
	106 mg/dL	< 130	Suero	15/01/2018 9:57:07
	96 mg/dL	< 130	Suero	18/06/2014 9:23:36
↑	135 mg/dL	< 130	Suero	19/11/2013 7:43:58

# Mensajes finales

- Los individuos con **ECVA** son de **muy alto RCV**, sus objetivos de **c-LDL** son: **< 55 mg/dL** con una **↓ 50%** respecto al c-LDL
- Contamos con **diferentes opciones dentro del grupo de iPCSK9** que nos permiten **individualizar** el tratamiento.
- Los pacientes con **enfermedad polivascular** son un subgrupo fácilmente identificable con un **alto riesgo absoluto de MACE y muerte** y que, por lo tanto, **pueden obtener un gran beneficio del uso de iPCSK9**.
- El empleo de **alirocumab 300 mg mensual** es una opción de administración cómoda del iPCSK9 y permite una **reducción del c-LDL de alrededor de un ≈55-60%**, que facilitará la consecución de los estrictos objetivos de control lipídico.

Comprometidos con la salud cardiovascular

•  
**Gracias**  
•

**sanofi**