Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):1216

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

RV/D-008 - EFECTIVIDAD Y ADECUACIÓN TERAPÉUTICA TRAS INICIO DE ALIROCUMAB

E. Gallardo Pérez[1], A. Lucas Dato[1], A. Pérez Bernabeu[1], C. Bernal Alcaraz[1], E. Martínez Zerón[1], P. Guevara Hernández[1], I. Mascarell Martínez[2] y J. Cepeda Rodrigo[1]

[1]Medicina Interna, [2]Endocrinología. Hospital Orihuela. Bartolomé (Alicante).

Resumen

Objetivos: Evaluar la efectividad del inhibidor de PCSK9 alirocumab en la práctica clínica diaria y su optimización posológica según objetivos terapéuticos así como analizar su impacto en tratamientos hipolipemiantes concomitante.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó una cohorte de pacientes que estaban recibiendo tratamiento con alirocumab durante el periodo de mayo de 2017 a mayo de 2018, prescritos por los servicios de Endocrinología, Cardiología o Medicina Interna. Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), clínicos (comorbilidades), indicación de prescripción, dosis/posología de alirocumab, tratamiento hipolipemiante al inicio y durante el seguimiento. Los niveles de LDL fueron monitorizados basalmente y a los 6 meses.

Resultados: Incluimos un total de 79 pacientes con una edad media de 56,41 años (DE 13,13) de los cuales 49 eran hombres (62%), 45 hipertensos (57%), 18 diabéticos (22,8%). Respecto al antecedente de evento cardiovascular el 57% había presentado cardiopatía isquémica establecida, el 7,6% arteriopatía vascular y el 10,1% enfermedad cerebrovascular. Al inicio del tratamiento todos tenían un LDL > 100 mg/dl y estaban en tratamiento con las dosis de estatina máxima tolerada: 63% (n = 50) estatinas + ezetimibe; 25,3% (n = 20) estatinas, 7,5% (n = 6) ezetimibe y 3,79% (n = 3) sin tratamiento. De acuerdo con las indicaciones de prescripción, la más frecuente fue cardiopatía isquémica (c-LDL > 100 mg/dl) a dosis máximas de estatinas y ezetimibe (40,5%); seguida de hipercolesterolemia familiar no controlado (c-LDL > 100 mg/dl) a dosis máximas de estatinas y ezetimibe (25,3%); hipercolesterolemia familiar con intolerancia a estatinas (15,2%); cardiopatía isquémica (c-LDL > 100 mg/dl) con intolerancia a estatinas (5,1%) y cardiopatía isquémica junto hipercolesterolemia familiar con LDL > 100 mg/dl (13,9%). Se inició el tratamiento con dosis de 75 mg de alirocumab/2 semanas en 71 pacientes (89,9%) y con 150 mg/2 semanas en 8 pacientes (10,1%). Precisando en el seguimiento aumento de dosis en 18 pacientes (22,8%). Tras inicio de alirocumab se mantuvo triple terapia: iPCSK9 + estatina + ezetimiba en 39,2% pacientes, biterapia: iPCSK9 + estatina en 40,5%, ipcsk9 + ezetimibe en 7,6% y monoterapia con iPSCK9 en 12,7% de los pacientes. Los niveles medios de c-LDL basal fueron de 156’60 mg/dl (DE 48,96), y a las 24 semanas de tratamiento de 86,42 mg/dl (DE 42,24). Reducción media 69,5 mg/dl p < 0,005. Respecto a los tratamientos hipolipemiantes concomitantes, la adición de iPCSK9 permitió la suspensión de algún fármaco hipolipemiante en 19 de los 76 pacientes que estaban en tratamiento con estatina (25%): estatina en 2 pacientes (2,6%); ezetimiba en 17 pacientes (22,3%) y disminución de la dosis de

estatina en 10 pacientes (13,1%). Precisando en el seguimiento intensificación de tratamiento hipolipemiante en tan solo 2 pacientes (2,6%). En el resto se mantuvieron sin cambios.

Discusión: La adición de PCSK9 al tratamiento permitió en casi el 40% de los pacientes que estaban con tratamiento hipolipemiante previo al inicio una modificación en el tratamiento basal como es la reducción o suspensión de algún fármaco hipolipemiante, siendo el tratamiento de mantenimiento más frecuente la doble terapia con iPCSK9 y estatina.

Conclusiones: En pacientes con indicación para inicio de iPCSK9 se evidencia una reducción en casi la mitad de los casos del número de fármacos o de sus dosis para cumplir objetivos de LDLc plasmático tras la adición de alirocumab, permitiendo al año de seguimiento, niveles de LDLc dentro de los objetivos.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.