

sanofi

Caso 1



Post-SCA (al alta) en paciente con eventos isquémicos recurrentes

— Caso clínico real —

pulse

Powered by Sanofi



Antecedentes

Hombre de 52 años

Factores de riesgo cardiovascular: dislipemia, hipertensión arterial

Cardiopatía isquémica

2004: Infarto agudo de miocardio anterior

- Oclusión trombótica de arteria coronaria descendente anterior.
- Angioplastia primaria: implante de stent en arteria descendente anterior.

2011: Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST

- Lesión trombótica en arteria descendente posterior.
- Aspiración de trombo en arteria descendente posterior.

2019: Infarto agudo de miocardio inferior, muerte súbita recuperada

- Oclusión trombótica de coronaria derecha proximal.
- Angioplastia primaria: implante de 2 stents en coronaria derecha.
- Árbol coronario muy ectásico y con aneurismas.
- Ecocardi: fracción de eyección del ventrículo izquierdo conservada.
- Estudio de trombofilia: negativo.
- Posible síndrome de Kawasaki.

Antecedentes

Hombre de 52 años

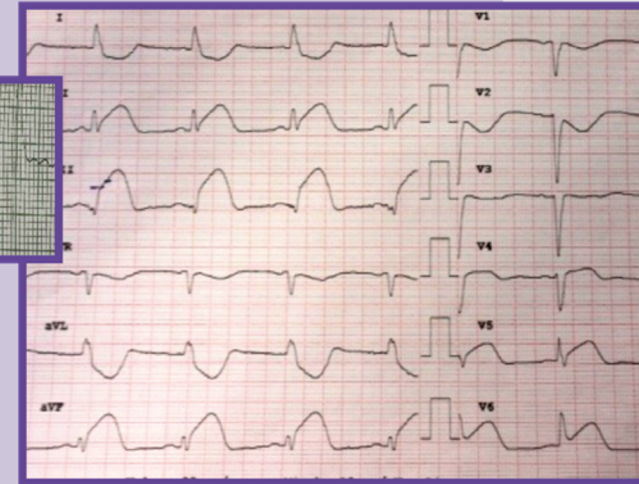
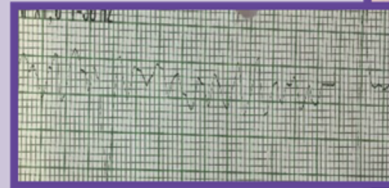
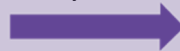
Factores de riesgo cardiovascular: dislipemia, hipertensión arterial

Cardiopatía isquémica

2004: Infarto agudo de miocardio anterior

2011: Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST

2019: Infarto agudo de miocardio inferior,
muerte súbita recuperada



Coronaria derecha

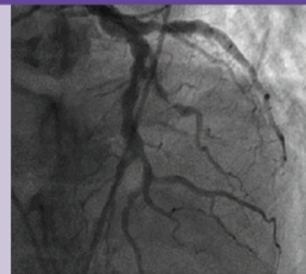


Imagen inicial



Tras stent

Coronaria izquierda



Tratamiento al alta en noviembre 2019

AAS 100 mg

Ticagrelor 60 mg/12h

Bisoprolol 2.5 mg

Omeprazol 20 mg

Rosuvastatina/Ezetimibe 20/10 mg

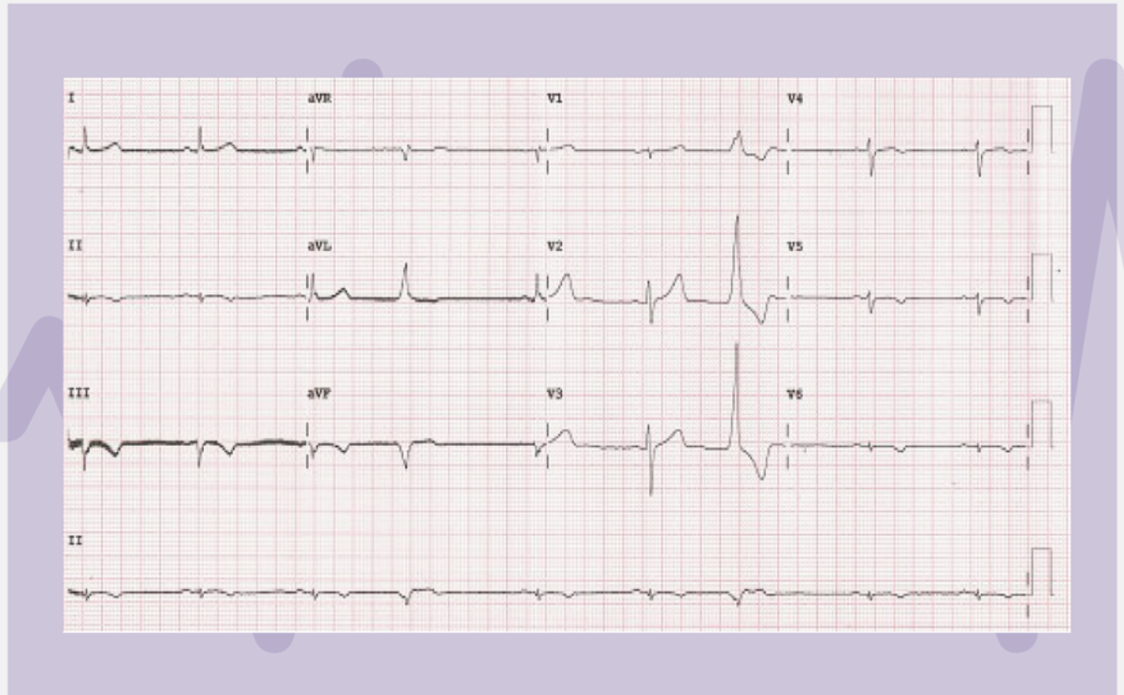
Clasificación de la terapia hipolipemiante según su eficacia terapéutica para reducir el c-LDL

Intensidad de reducción de c-LDL	Alternativas terapéuticas
Reducción extrema (76-85%)	<p>Tratamiento hipolipemiante máximo de base más inhibidores de PCSK 9*:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evolocumab 140 mg (~85%) ● Alirocumab 75 mg (~76%) ● Alirocumab 150 mg (~85%)
Reducción muy elevada (60-75%)	<p>Estatinas potentes + ezetimiba:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Atorvastatina 40-80 mg+ ezetimiba 10 mg ● Rosuvastatina 10-40 mg+ ezetimiba 10 mg
Reducción elevada (50-59%)	<ul style="list-style-type: none"> ● Estatina alta potencia: ● Atorvastatina 40-80 mg ● Rosuvastatina 20-40 mg ● Estatina potencia intermedia + ezetimiba: ● Simvastatina 20-40 mg + ezetimiba 10 mg ● Pravastatina 40 mg+ ezetimiba 10 mg ● Lovastatina 40 mg + ezetimiba 10 mg ● Fluvastatina 80 mg+ ezetimiba 10 mg ● Pitavastatina 2-4 mg+ ezetimiba 10 mg ● Atorvastatina 10-20 mg+ ezetimiba 10 mg ● Rosuvastatina 5 mg + ezetimiba 10 mg
Reducción moderada (30-49%)	<ul style="list-style-type: none"> ● Estatina de potencia intermedia: ● Atorvastatina 10-20 mg ● Rosuvastatina 5-10 mg ● Simvastatina 20-40 mg ● Pravastatina 40 mg ● Lovastatina 40 mg ● Pitavastatina 2-4 mg ● Fluvastatina XL 80 mg ● Estatina baja potencia + ezetimiba: ● Simvastatina 10 mg+ ezetimiba 10 mg ● Pravastatina 20 mg+ ezetimiba 10 mg ● Lovastatina 20 mg + ezetimiba 10 mg ● Fluvastatina 40 mg+ ezetimiba 10 mg ● Pitavastatina 1 mg+ ezetimiba 10 mg

c-LDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad

Enfermedad actual

- **Dolor opresivo centrotorácico**
- **ECG:**
 - Bradicardia sinusal, onda de necrosis inferior (III y AVF) con onda de ischemia subepicárdica en III y AVF y en V5-V6 de menor voltaje.
 - Sin cambios en ECG seriados.
- **Elevación de troponina**
- **Diagnóstico: IAMSEST**



Enfermedad actual

▪ IAMSEST

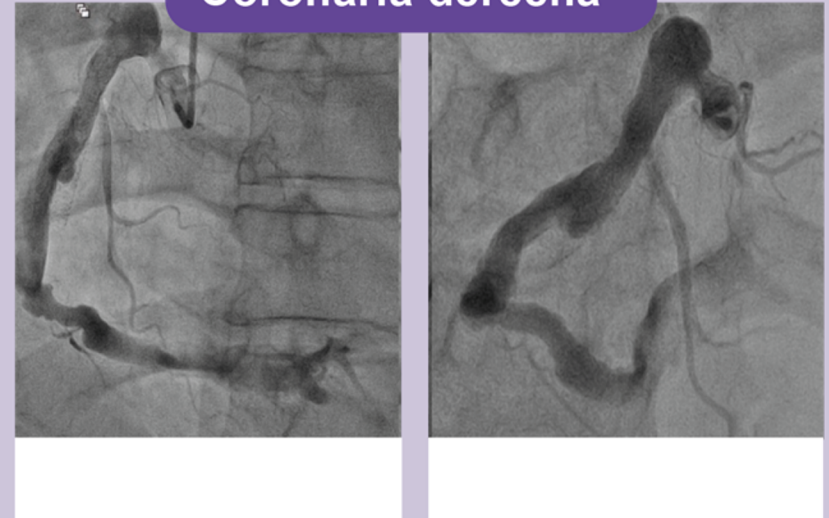
Coronariografía:

- 2 stents ADA distal y diagonal

Coronaria izquierda



Coronaria derecha

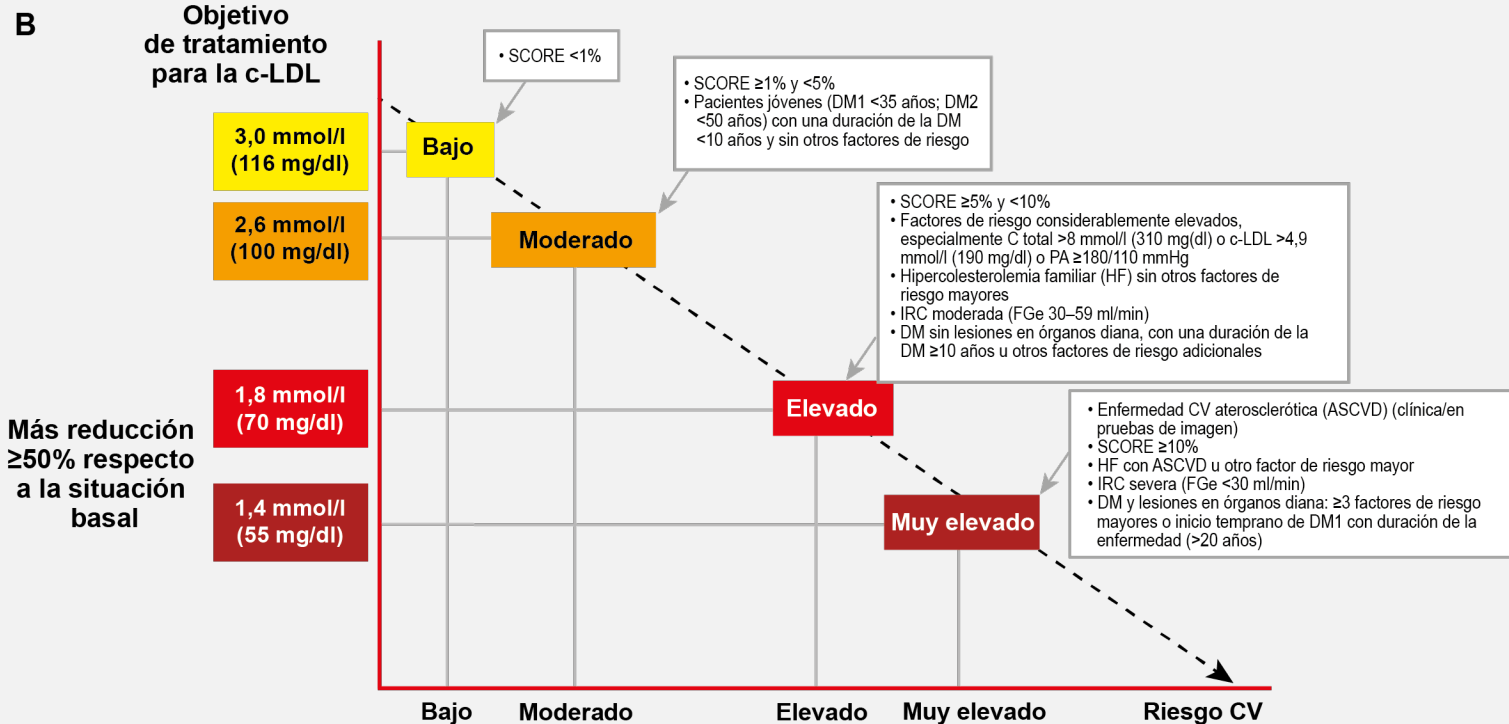




¿Cuál es el objetivo de c-LDL de este paciente?

- Con c-LDL de 55-70 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 porque es un paciente con eventos isquémicos recurrentes en menos de 2 años.

¿Qué riesgo CV presenta y cuál es el objetivo de c-LDL de este paciente?



En el caso de los pacientes con enfermedad CV aterosclerótica (ASCVD) que experimentan un segundo evento cardiovascular dentro de los 2 años siguientes (no necesariamente del mismo tipo que el primero) mientras están recibiendo un tratamiento basado en estatinas a dosis máximas toleradas, podría considerarse establecer un objetivo de c-LDL <1,0 mmol/l (<40 mg/dl). 119, 120

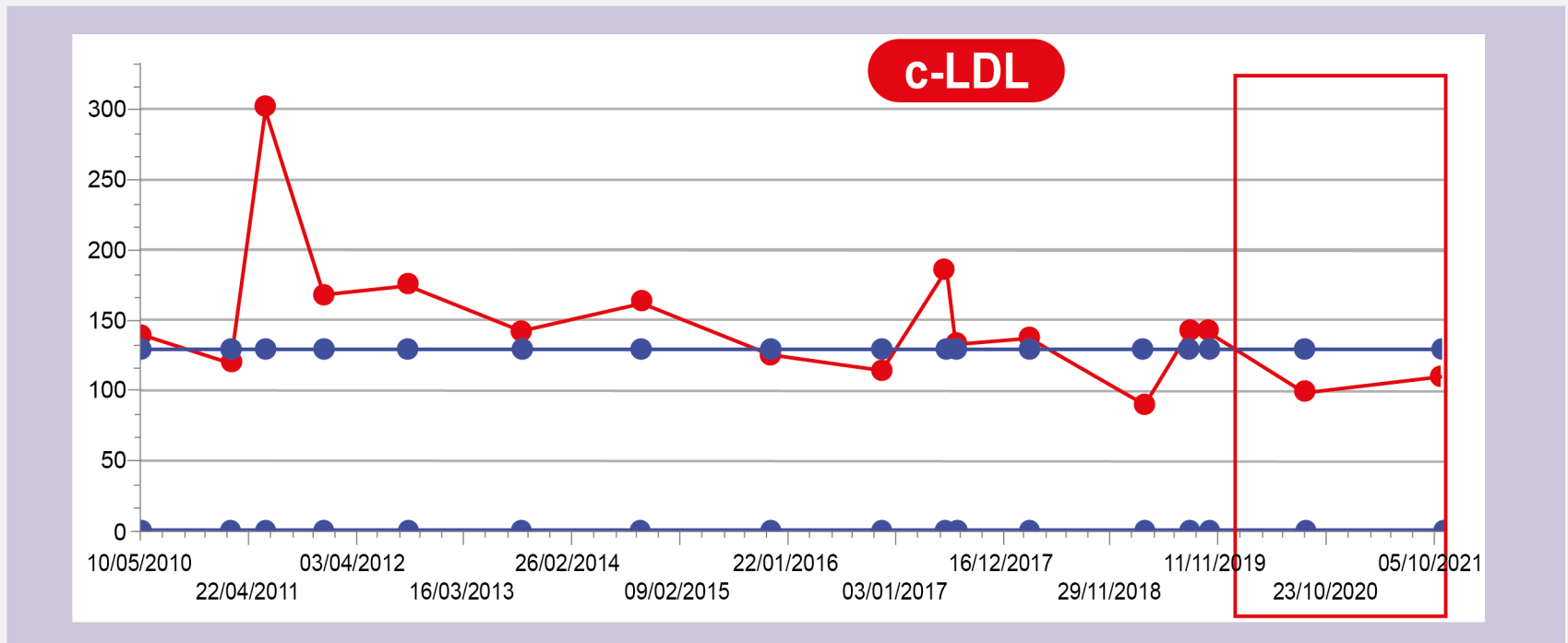
IIb

B

Enfermedad actual

Perfil lipídico:

- c-LDL 111 mg/dL
- Apolipoproteína B 173 mg/dL
- Lipoproteína (a) 106 mg/dL



¿Qué tratamiento hipolipemiante consideramos más adecuado al alta?

- Tratamiento hipolipemiante de máxima intensidad para alcanzar un objetivo tan estricto.

Clasificación de la terapia hipolipemiante según su eficacia terapéutica para reducir el c-LDL

Intensidad de reducción de c-LDL	Alternativas terapéuticas
Reducción extrema (76-85%)	Tratamiento hipolipemiante máximo de base más inhibidores de PCSK 9*: <ul style="list-style-type: none"> • Evolocumab 140 mg (~85%) • Alirocumab 75 mg (~76%) • Alirocumab 150 mg (~85%)
Reducción muy elevada (60-75%)	Estatinas potentes + ezetimiba: <ul style="list-style-type: none"> • Atorvastatina 40-80 mg+ ezetimiba 10 mg • Rosuvastatina 10-40 mg+ ezetimiba 10 mg
Reducción elevada (50-59%)	<ul style="list-style-type: none"> • Estatina alta potencia: • Atorvastatina 40-80 mg • Rosuvastatina 20-40 mg Estatina potencia intermedia + ezetimiba: <ul style="list-style-type: none"> • Simvastatina 20-40 mg + ezetimiba 10 mg • Pravastatina 40 mg+ ezetimiba 10 mg • Lovastatina 40 mg + ezetimiba 10 mg • Fluvastatina 80 mg+ ezetimiba 10 mg • Pitavastatina 2-4 mg+ ezetimiba 10 mg • Atorvastatina 10-20 mg+ ezetimiba 10 mg • Rosuvastatina 5 mg + ezetimiba 10 mg
Reducción moderada (30-49%)	Estatina de potencia intermedia: <ul style="list-style-type: none"> • Atorvastatina 10-20 mg • Rosuvastatina 5-10 mg • Simvastatina 20-40 mg • Pravastatina 40 mg • Lovastatina 40 mg • Pitavastatina 2-4 mg • Fluvastatina XL 80 mg Estatina baja potencia + ezetimiba: <ul style="list-style-type: none"> • Simvastatina 10 mg+ ezetimiba 10 mg • Pravastatina 20 mg+ ezetimiba 10 mg • Lovastatina 20 mg + ezetimiba 10 mg • Fluvastatina 40 mg+ ezetimiba 10 mg • Pitavastatina 1 mg+ ezetimiba 10 mg

c-LDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad

¿Qué tratamiento hipolipemiante consideramos más adecuado al alta?

Tratamiento al alta:

- AAS 100 mg
- Ticagrelor 90 mg
- Bisoprolol 2,5 mg
- Omeprazol 20 mg
- **Rosuvastatina/ezetimiba 20/10 mg**



**Alirocumab 300 mg
mensual**

Odyssey Choice I

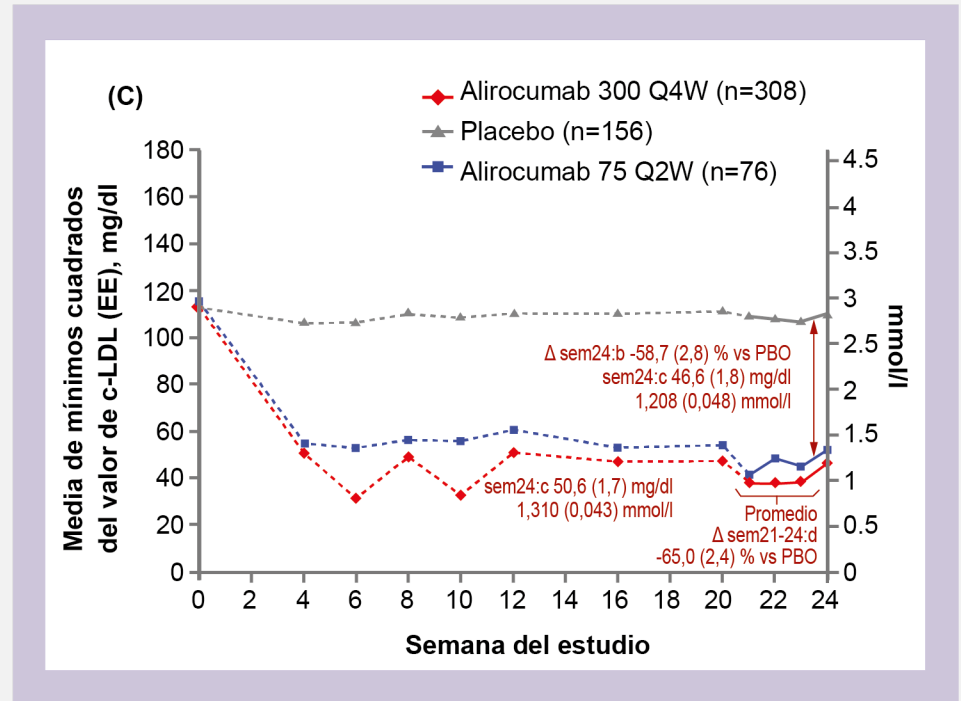
- Resultados con estatinas concomitantes:**

Alirocumab 300 mg mensual mostró reducciones estadísticamente significativas del c-LDL. Además, se observaron efectos beneficiosos en todos los parámetros lipídicos secundarios en la semana 24, con fuertes reducciones de Lp(a).*

*Resultados en otros parámetros lipídicos:

Cambio medio de Lp(a) en semana 24 → -19,3% en pacientes con alirocumab 300mg Q4W frente a 9,7% con placebo (p<0,0001)

Cambio medio de apoB en semana 24 → -45,1% en pacientes con alirocumab 300mg Q4W frente a 3,1% con placebo (p<0,0001)



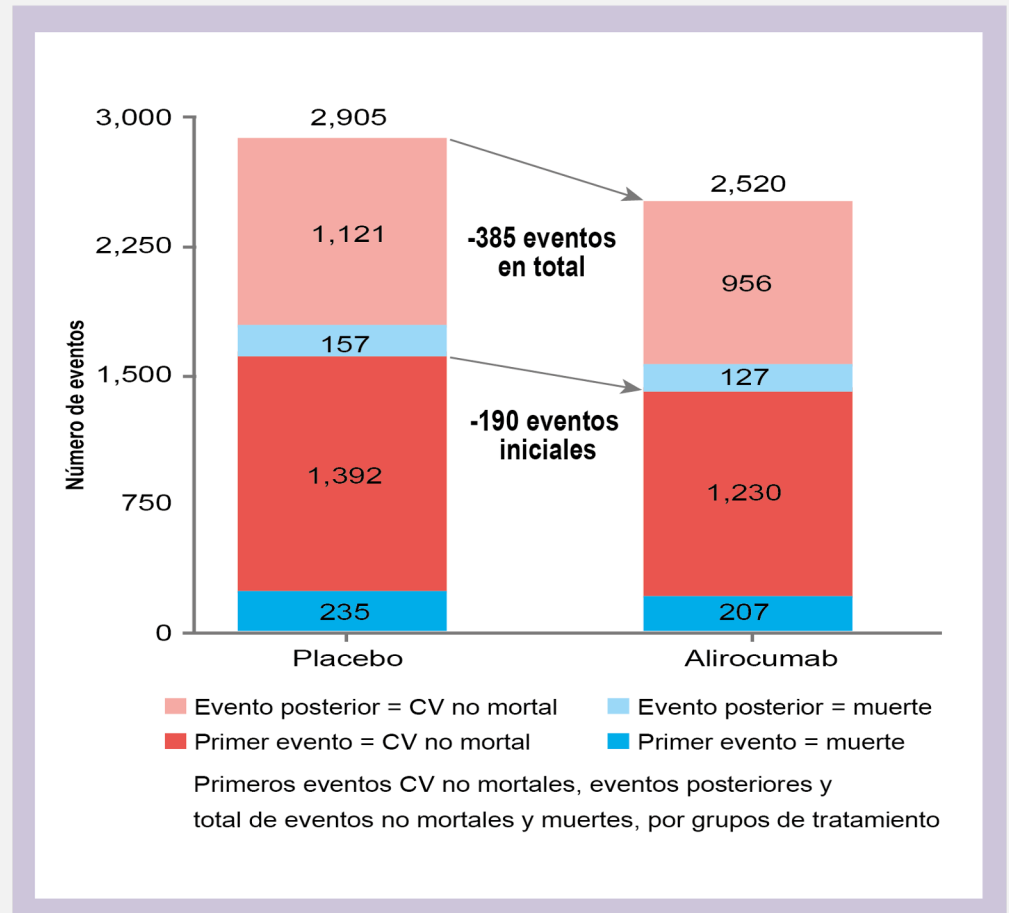
Niveles medios de c-LDL a lo largo del tiempo en pacientes que reciben tratamiento concomitante con estatinas. La evaluación semanal entre las semanas 21-24 evaluó la eficacia de alirocumab entre los intervalos de dosificación. En la semana 12, el 19,3% y el 19,7% de los de la población con estatinas recibieron un ajuste de dosis a alirocumab 150 mg Q2W, según los niveles de c-LDL de la semana 8, en los grupos de alirocumab 300 mg Q4W y alirocumab 75 mg Q2W, respectivamente. b ΔS24 definido como % de cambio del c-LDL calculado desde el inicio hasta la semana 24 vs. placebo en la población ITT. c Valor absoluto de c-LDL. d Δ S21-24 definido como % de cambio del c-LDL calculado desde el inicio hasta los valores promedio de las semanas 21 a 24 frente a placebo en la población ITT. 75 mg Q2W (con posible ajuste de dosis a 150 mg Q2W); 300 mg Q4W (con posible ajuste de dosis a 150 mg Q2W).

Con la evidencia científica disponible, ¿cuándo deberíamos iniciar el tratamiento con Alirocumab?

- **Odyssey outcomes - Subanálisis primeros eventos / totales**

El número total de eventos CV no mortales y de muertes que previno el tratamiento con alirocumab fue del **doble** que el de primeros eventos evitados a lo largo de una mediana de seguimiento de 2,8 años en pacientes con SCA.

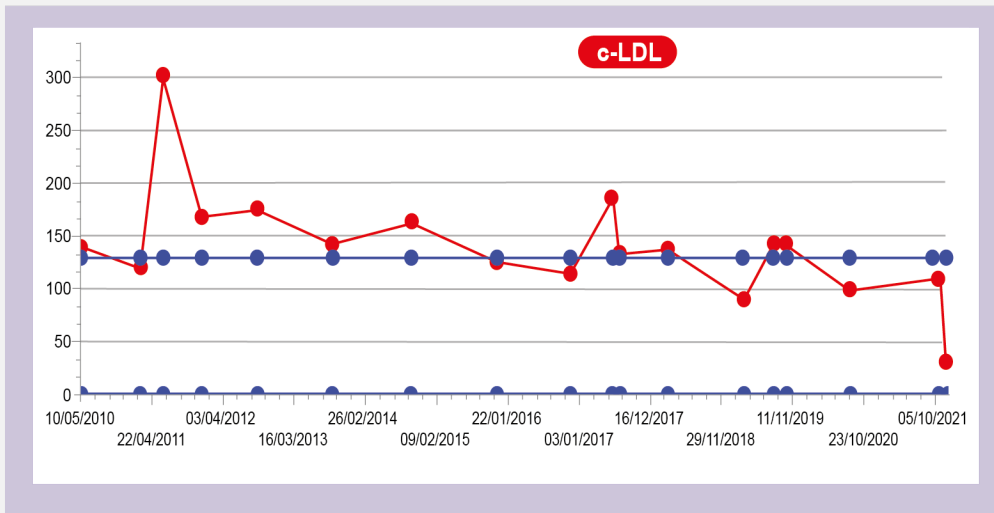
Cuanto antes alcancemos los objetivos de c-LDL, mejor.



Evolución 1 mes después

- Clínicamente estable
- Asintomático
- **Perfil lipídico:**
c-LDL 111 mg/dL → **28 mg/dL**

E	Resultado	Rango referencia	Muestra	Toma/Extracción
	28 mg/dL	< 130	Suero	09/12/2021 9:47:35
	111 mg/dL	< 130	Suero	05/11/2021 0:00:00
	100 mg/dL	< 130	Suero	20/08/2020 9:08:41
↑	142 mg/dL	< 130	Suero	10/10/2019 8:17:00
↑	144 mg/dL	< 130	Suero	12/08/2019 8:52:05
	90 mg/dL	< 130	Suero	21/03/2019 8:01:00
↑	138 mg/dL	< 130	Suero	14/03/2018 9:34:57
↑	134 mg/dL	< 130	Suero	21/07/2017 9:45:37
↑	187 mg/dL	< 130	Suero	16/06/2017 9:58:13



En el caso de los pacientes con enfermedad CV aterosclerótica (ASCVD) que experimentan un segundo evento cardiovascular dentro de los 2 años siguientes (no necesariamente del mismo tipo que el primero) mientras están recibiendo un tratamiento basado en estatinas a dosis máximas toleradas, podría considerarse establecer un objetivo de c-LDL <1,0 mmol/L (<40 mg/dl).^{119, 120}

IIb

B

Mensajes finales

- Los individuos con **ECVA** son de muy alto RCV, sus objetivos de c-LDL son: **< 55 mg/dL** con una \downarrow 50% respecto al c-LDL basal. En aquellos **con eventos recurrentes** en un intervalo de < 2 años, se puede considerar un objetivo de **< 40 mg/ dL**.
- El empleo de **estatinas de alta intensidad asociadas a ezetimibe** en pacientes de alto y muy alto RCV facilitará la consecución de los estrictos objetivos de control lipídicos propuestos, pero a veces no es suficiente.
- Es necesario **optimizar el tratamiento** para conseguir los objetivos de control marcados.
- **Cuanto antes alcancemos los objetivos de c-LDL, mejor.**
- 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 \approx 55-60%**, que facilitará la consecución de los estrictos objetivos de control lipídico.

Comprometidos con la salud cardiovascular

•
Gracias
•

sanofi