

1º Congreso Internacional del FORO de MEDICINA CLINICA IV CONGRESO INTERNACIONAL DE CLÍNICA MÉDICA Y MEDICINA INTERNA





2017

Coronariopatía crónica. Impacto de la prevención secundaria y rol de la angioplastia.

Dr. Juan Gagliardi

Jefe División Cardiología Htal. Gral. de Agudos Dr. Cosme Argerich



Prevalencia de ACE

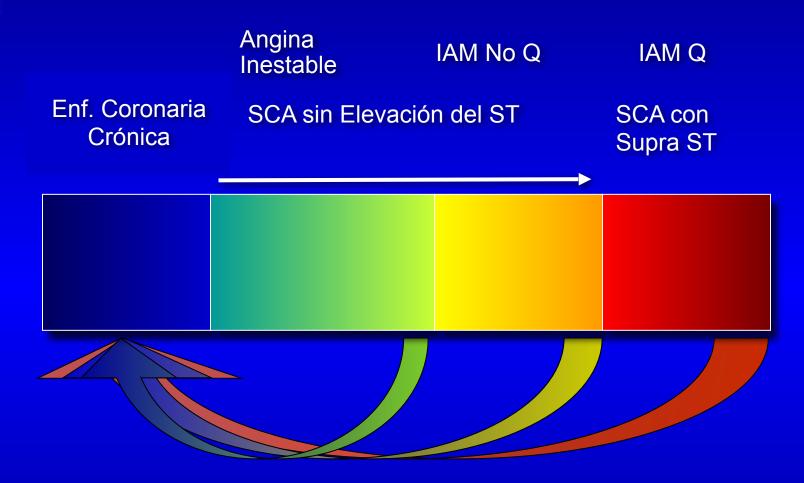
%



Proudfit WL et al. Circulation 1966;33:901

Turri D. Cardiología 2000. T 3, p. 2052

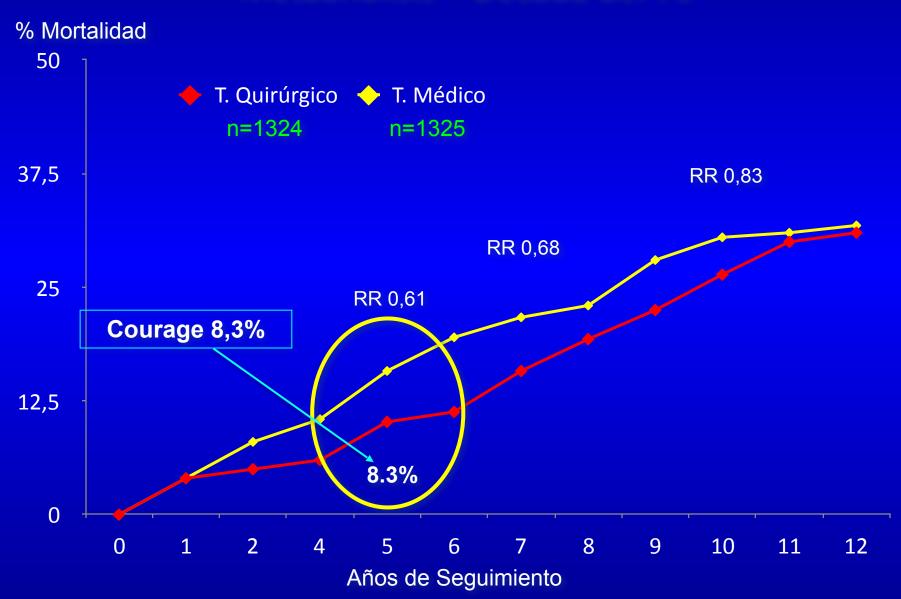




Tratamiento Médico y/o Revascularización



Tratamiento Médico vs Cirugía Metaanálisis – Década del 70





- Los pacientes con enfermedad estable deben recibir un paquete de medidas terapéuticas que incluyen intervenciones en estilo de vida y medicaciones con demostrado beneficio:
 - Dieta, reducción de peso y actividad física regular
 - Cese de tabaquismo
 - Aspirina 75-162 mg/día
 - Estatinas
 - Si hay HTA, medicación para lograr PA <140/90
 - Si hay DBT, control glucémico apropiado



Aspirina Antiagregantes Plaquetarios



Aspirina en ACE Estudio SAPAT

n=2035 AAS 75 mg vs Placebo – Seguimiento 50 meses

- Reducción Ev. Primario (IAM o MS):
 - 34% (IC 95% 24-49%); p=0.003
 - (81 vs 124 pacientes)
- Reducción Ev. Vasculares 2º (muerte vascular, muerte cualquier causa, stroke):
 - **-** 22 32%



Aspirina en Prevención Secundaria

Metaanálisis de 16 estudios

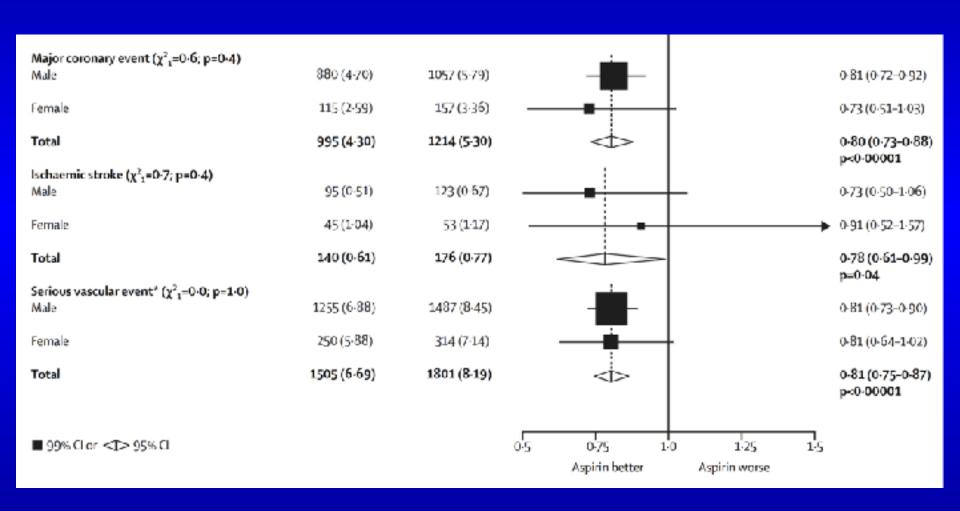
Evento	N° Eventos (43000 personas-año)		RR	IC 95%
	Aspirina	Control		
Ev. Coronario Mayor	995	1214	0,80	0,73 – 0,88
IM no Fatal	357	505	0,69	0,60 – 0,80
Muerte Coronaria	614	696	0,87	0,78 – 0,98
ACV	480	580	0,81	0,71 – 0,92
Muerte Vascular	825	896	0,91	0,82 – 1,00
Ev. Vascular Serio	1505	1801	0,81	0,75 – 0,87
Sangrado Mayor	23	6	2,69	1,25 – 5,76

Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration. Lancet 2009; 373: 1849-60



Aspirina en Prevención Secundaria

Metaanálisis de 16 estudios





CHARISMA: Clopidogrel en ACE

15603 pacientes con Enf. CV evidente o con múltiples factores de riesgo

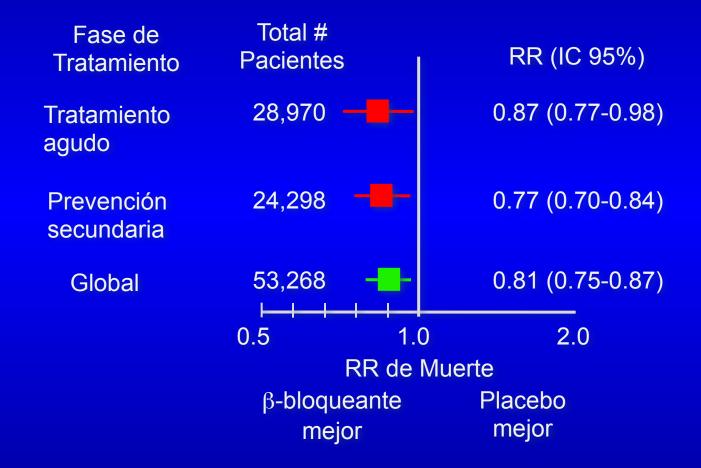
End point	Clopidogrel + aspirin (n=7802), n (%)	Placebo + aspirin (n=7801), n (%)	RR	р
Efficacy end points				
Primary end point	534 (6.8)	573 (7.3)	0.93	0.22
Death from any cause	371 (4.8)	374 (4.8)	0.99	0.90
 Death from any cardiovascular cause 	238 (3.1)	229 (2.9)	1.04	0.68
•MI (nonfatal)	147 (1.9)	159 (2.0)	0.92	0.48
•Ischemic stroke (nonfatal)	132 (1.7)	160 (2.1)	0.82	0.10
•Stroke (nonfatal)	149 (1.9)	185 (2.4)	0.80	0.05
Secondary efficacy end point*	1301 (16.7)	1395 (17.9)	0.92	0.04
 Hospitalization for UA, TIA, or revascularization 	866 (11.1)	957 (12.3)	0.90	0.02

^{*}First occurrence of MI, stroke, or death from cardiovascular causes or hospitalization for unstable angina (UA), transient ischemic attack (TIA), or revascularization (coronary, cerebral or peripheral)



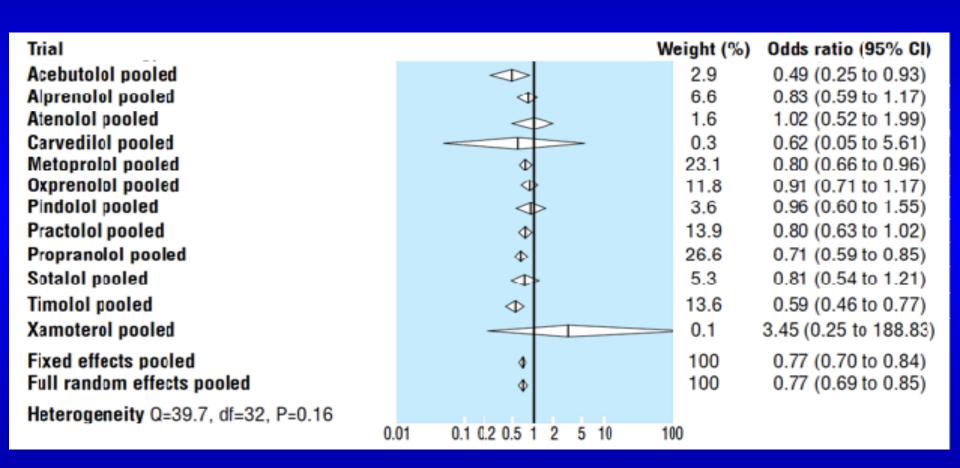
Beta-bloqueantes





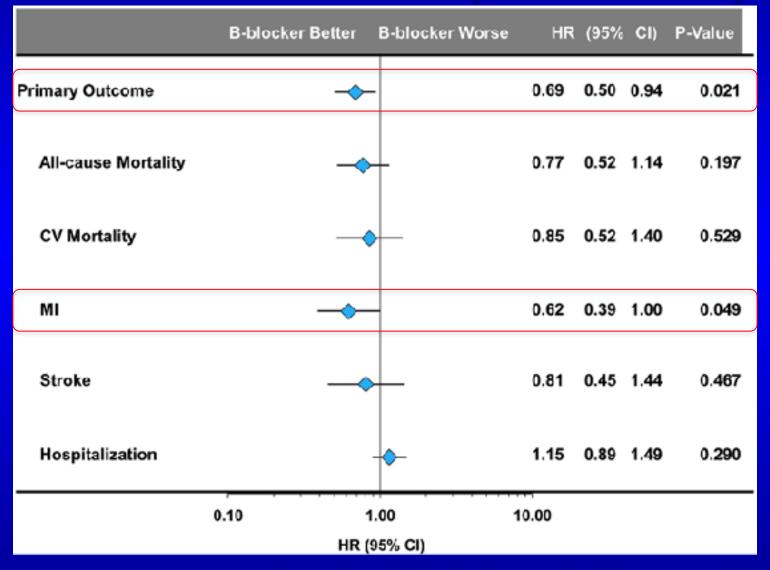


Mortalidad a largo palzo





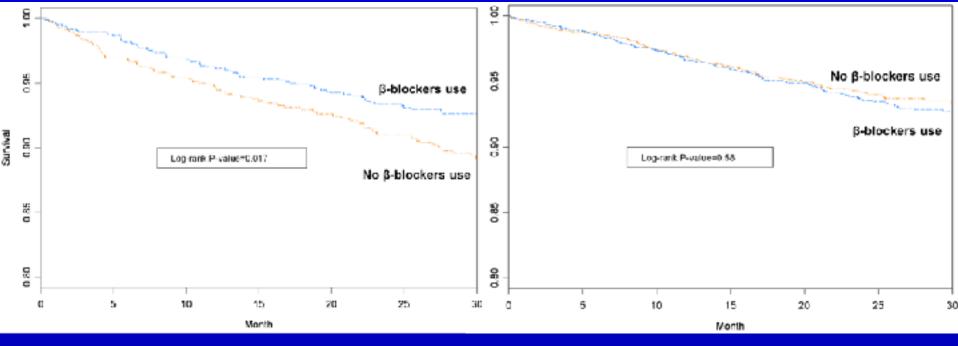
Análisis Post-Hoc CHARISMA (Infarto Previo – n=4772)





Análisis Post-Hoc CHARISMA Sobrevida libre de eventos

(Muerte – Muerte CV – IM – ACV – Hospitalización)



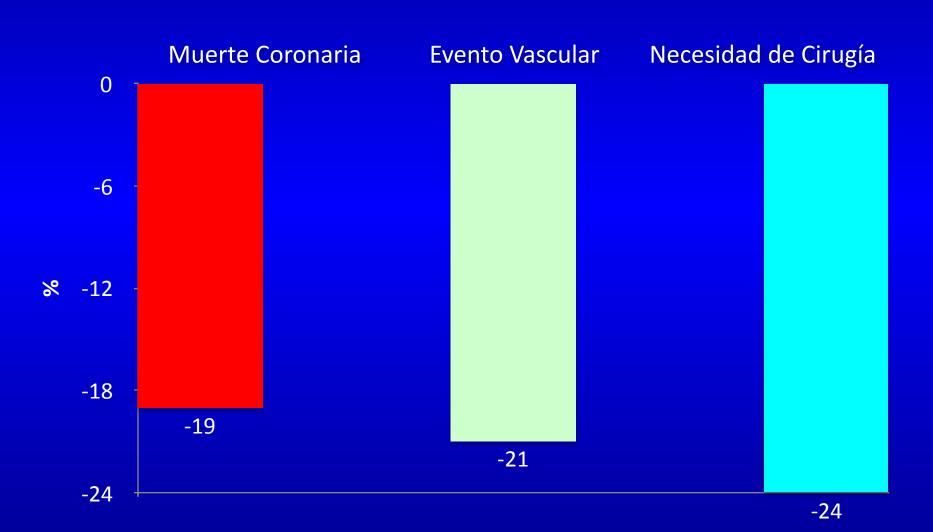
Infarto Previo (n=4772) Enf. Coronaria Conocida (n=7804)



Estatinas

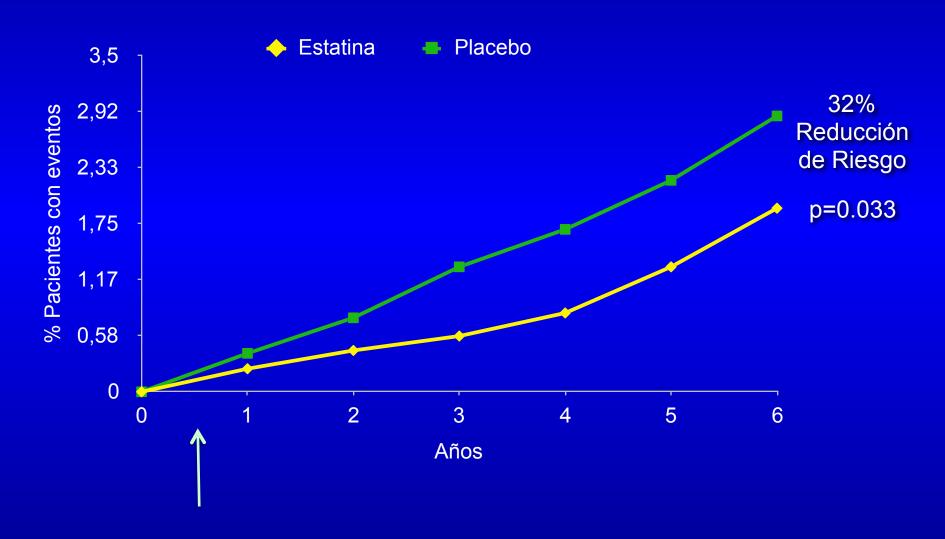


CTT – 90056 personas con estatinas vs. placebo Reducción de riesgo %





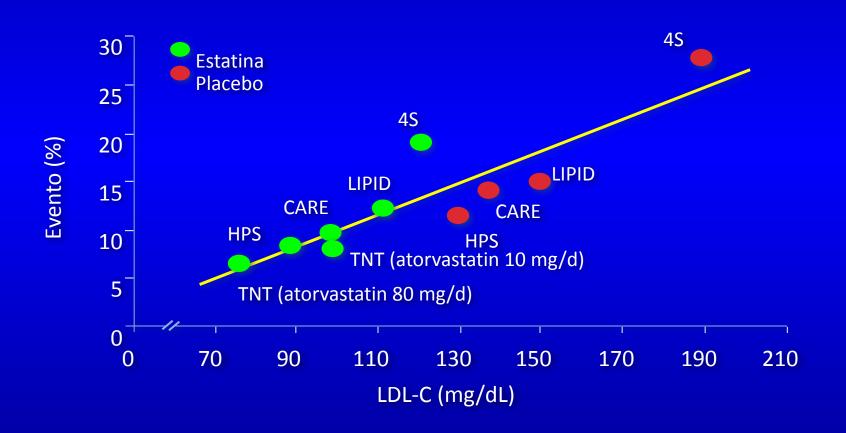
Muerte Cardiovascular





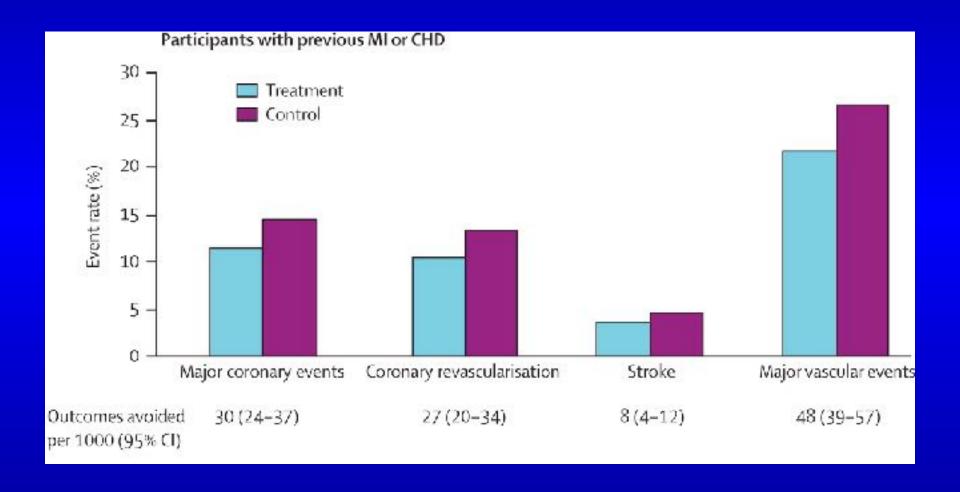
Inhibidores de HMG-CoA Reductasa: Prevención 2º

Relación entre niveles del LDL y tasa de eventos en prevención secundaria en enf. coronaria estable



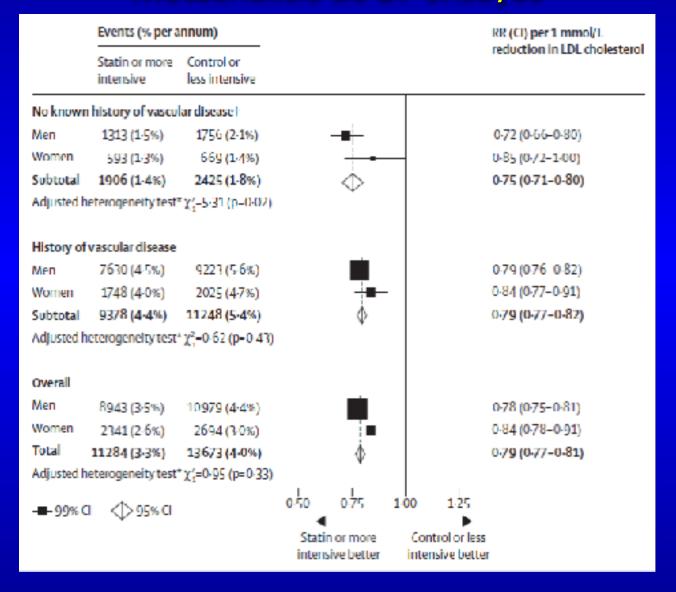


Reducción de eventos a 5 años por cada mmol/l de reducción de LDL





Disminución de LDL y Eventos vasculares mayores Metaanálisis de 27 ensayos



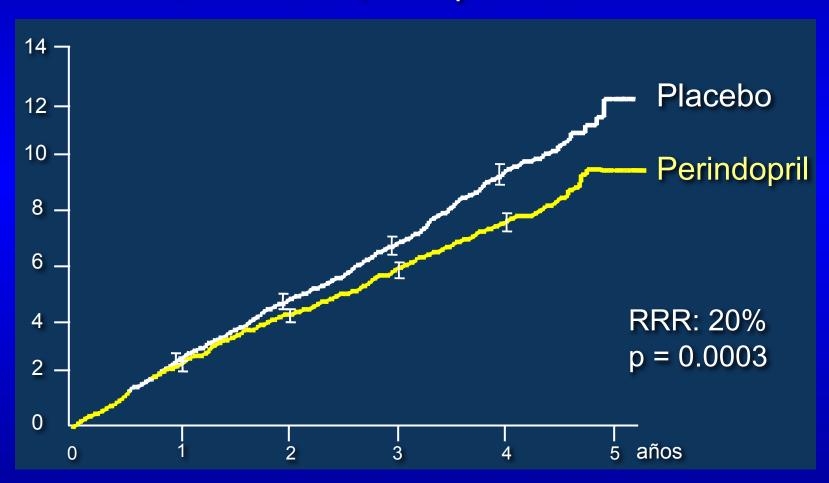


Inhibidores de la enzima convertidora



Estudio EUROPA 13655 p. con enf. coronaria establecida

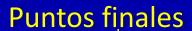
% Muerte CV, IM o paro cardíaco

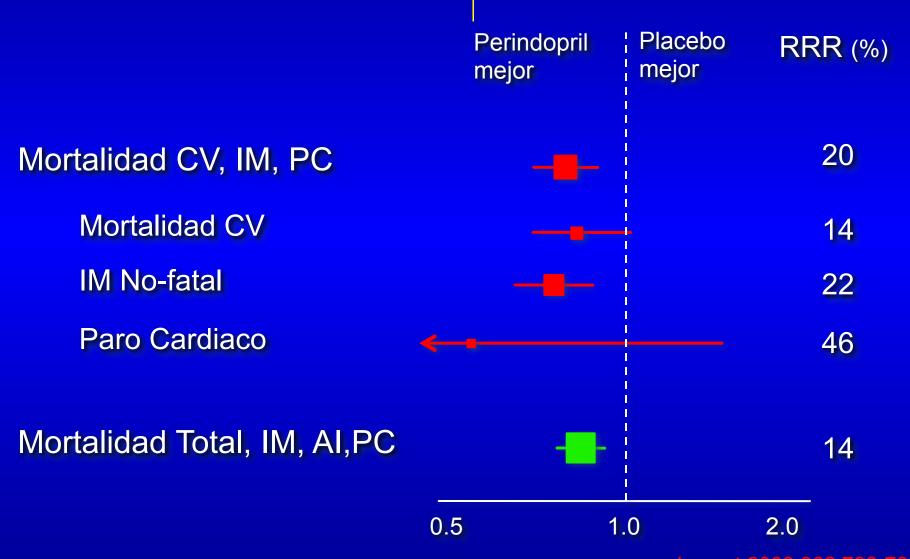


Placebo: tasa anual de eventos: 2.4%



Estudio EUROPA

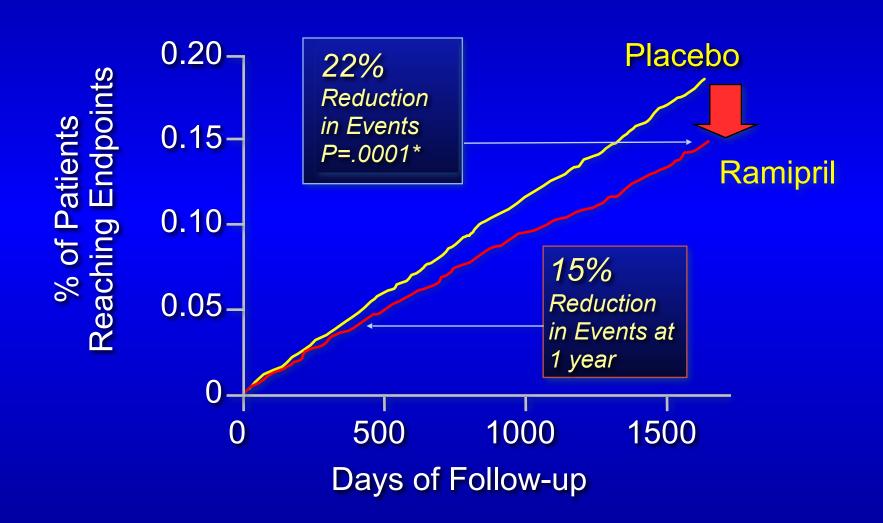






HOPE: Punto Final Primario

Redución en IM, Stroke, o Muerte Cardiovascular



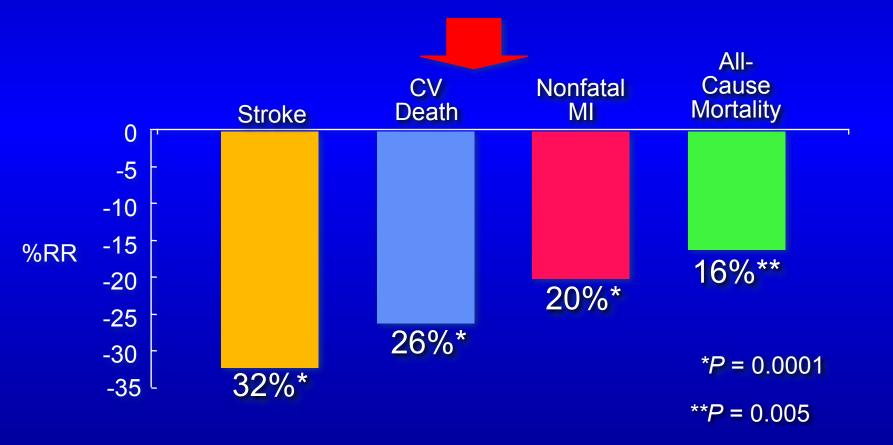


HOPE: Evolución con Ramipril

Efectos más allá de la terapéutica convencional

- Aspirin
- Beta-blockers
- Lipid-lowering agents

- Diuretics
- Other Antiplatelets
- Calcium Channel Blockers

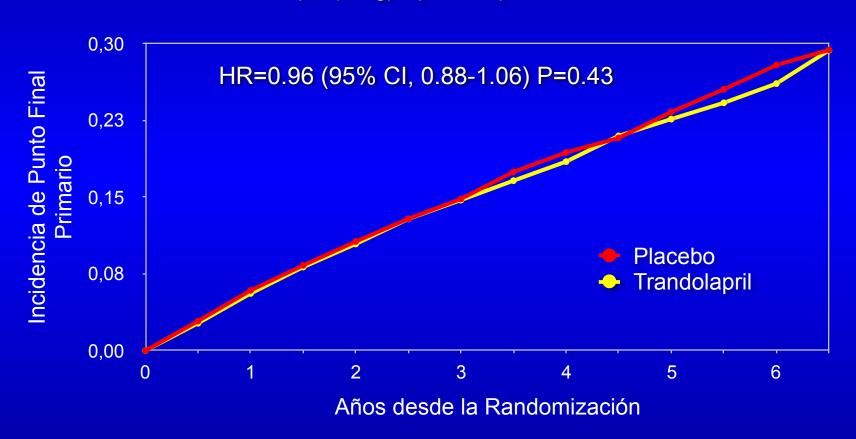




IECA en ACE

Prevention of Events with Angiotensin Converting Enzyme Inhibition (PEACE) Trial

8,290 p con enf. coronaria crónica y función ventricular normal Trandolapril (4 mg) o placebo por 4.8 años

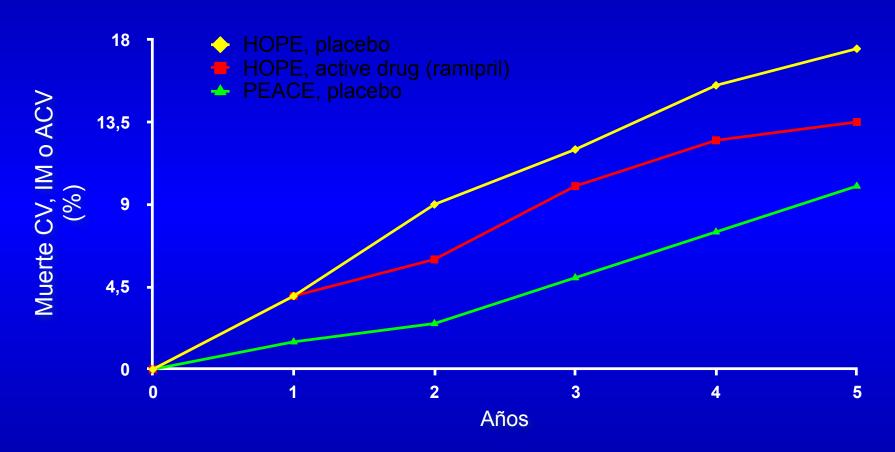


PFP: Muerte cardiovascular, infarto de miocardio, o revascularización coronaria



IECA en prevención secundaria

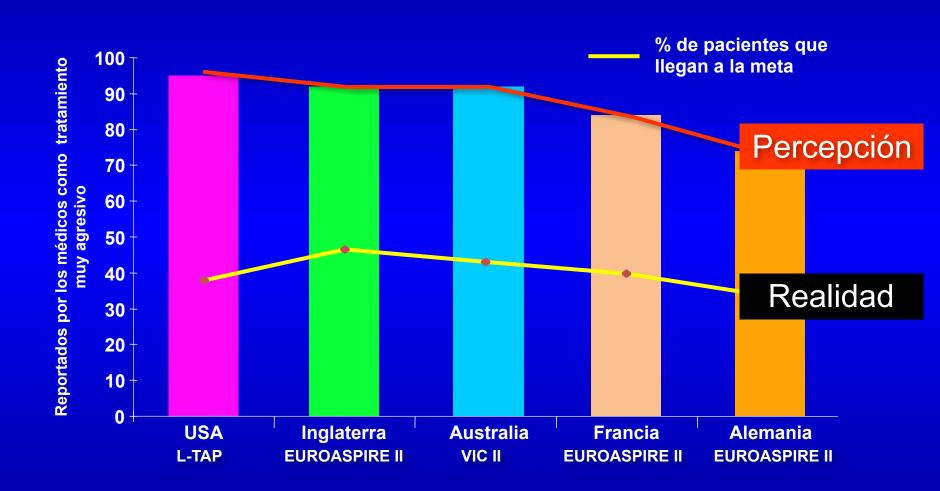
Comparación estudios HOPE y PEACE



^{*}Refleja mayor control de la presión arterial, revascularización y utilización de otras drogas para reducción de riesgo (antiplaquetarios, beta bloqueantes, hipolipemiantes)



Pacientes subtratados Metas de Tratamiento del Colesterol



Pearson T, et al. Arch Intern Med. 2000;160:459-467. EUROASPIRE II Study group. Eur Heart J. 2001;22:554-572. Vale M, et al. Med J Aust. 2002;176:211-215. Physician self-reported behavior based on Pfizer Market Research.

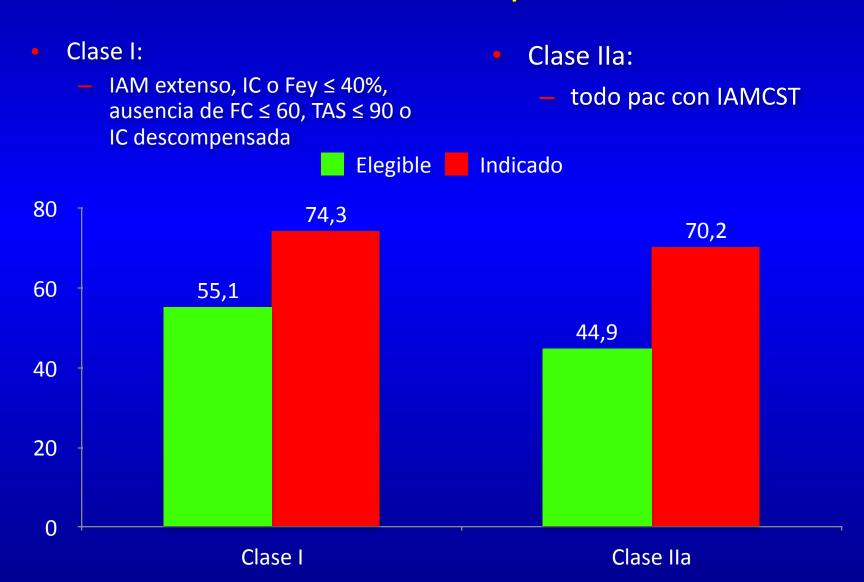


Pacientes Subtratados

AAS en pacientes con enfermedad vascular isquémica	47 %
Adecuado control de la PA	47 %
Adecuado control de LDL-C	33 %
Fumadores que reciben consejo e indicaciones para dejar de fumar	23 %

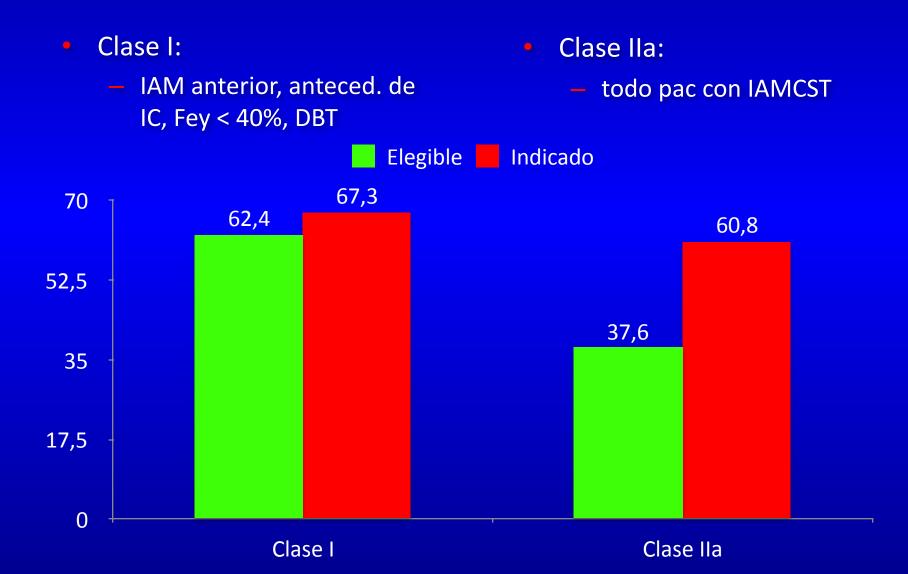


ARGEN-IAM-ST Indicación de Betabloqueantes al Alta





ARGEN-IAM-ST Indicación de IECA / ARA II





Indicaciones al alta en pacientes elegibles

Medicación	ARGEN-IAM-ST (%)	MINAP 2015/16 (%)	
Aspirina	98,7	98,4	
Estatinas	94,6	97,4	
IECA / ARAII	67,3	94,7	
Betabloqueantes	74,3	96,6	
Tienopiridinas	86,9	97,2	



Rehabilitación CV



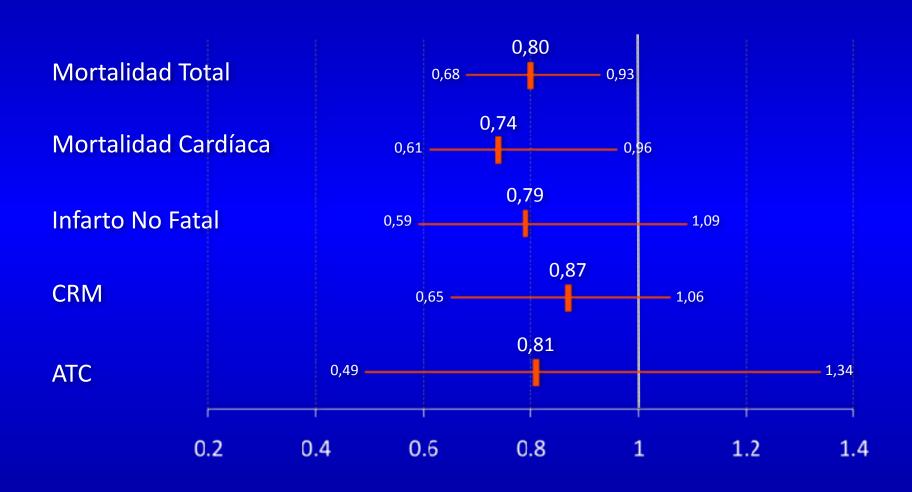
Rehabilitación Cardiovascular





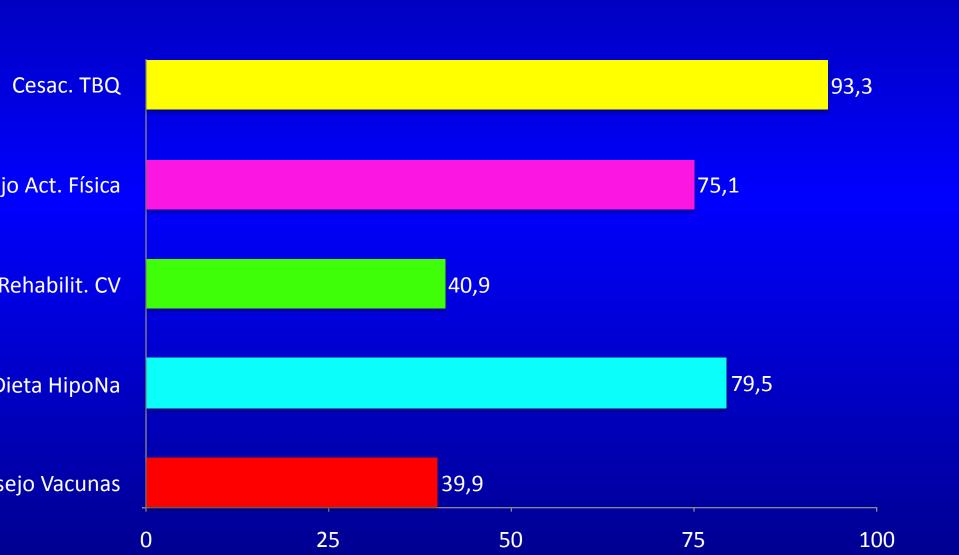
Rehabilitación Cardiovascular en Enf. Coronaria

Metaanálisis de 48 estudios – 8940 pacientes





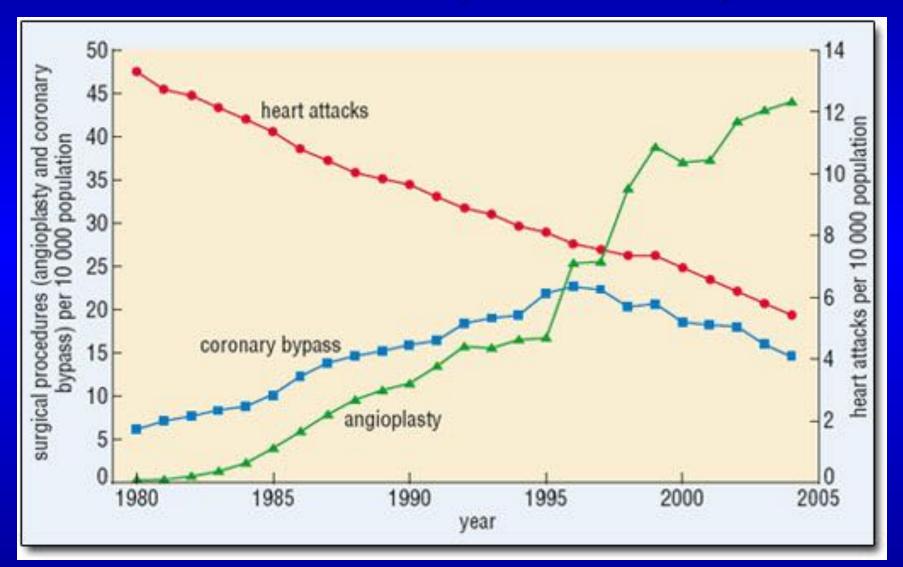
ARGEN-IAM-ST Otras Indicaciones al Alta







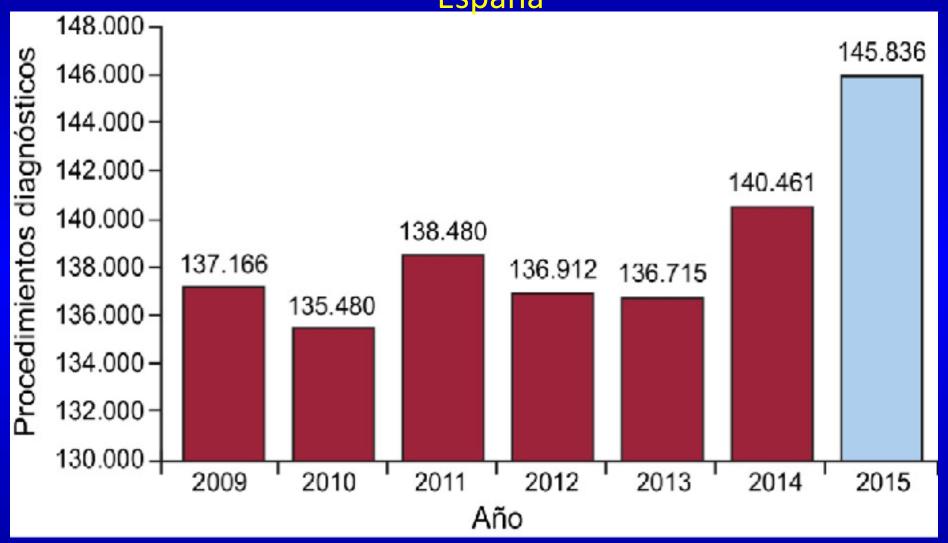
Número de ataques cardíacos y procedimientos de revascularización (USA 1980-2005)





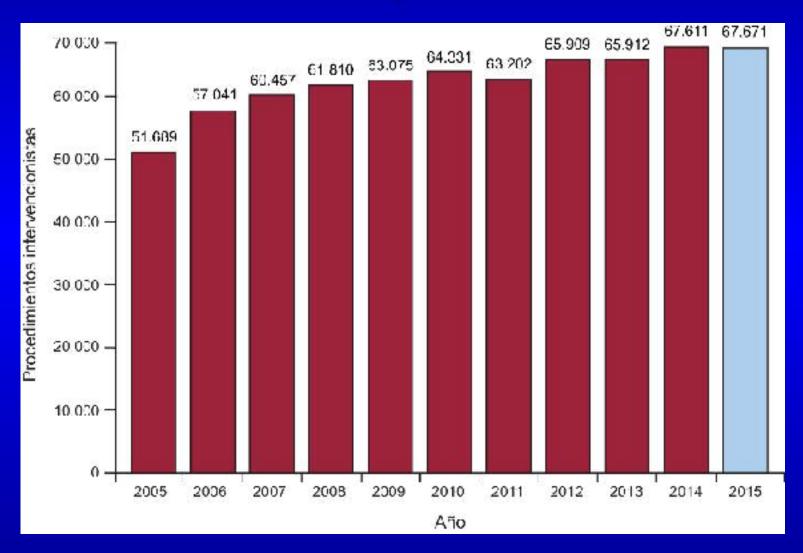
Evolución de CCG diagnóstica





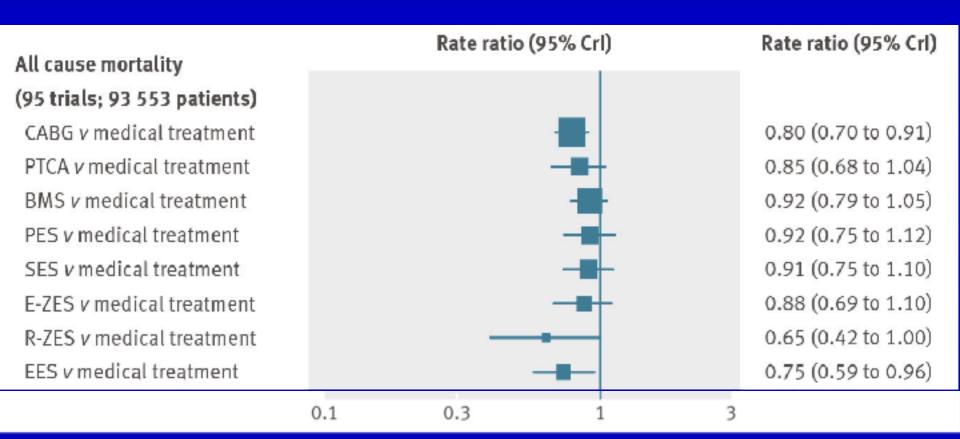


Intervenciones Coronarias España



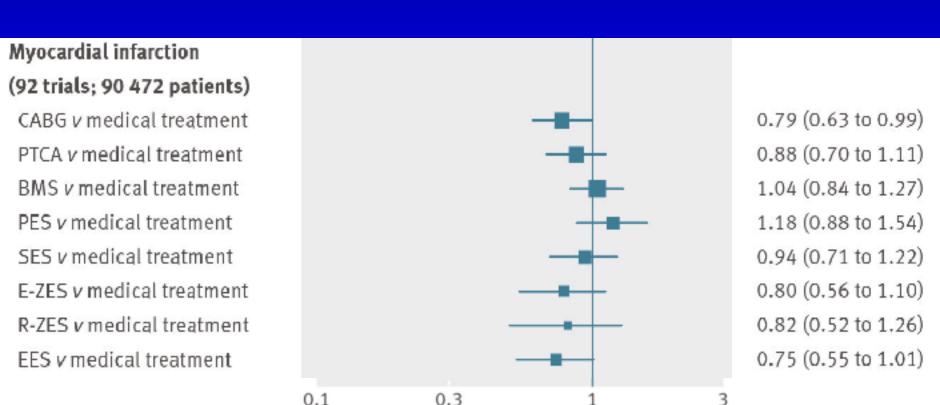


Revascularización vs Tratamiento Médico en pacientes estables Metaanálisis en red





Revascularización vs Tratamiento Médico en pacientes estables Metaanálisis en red





Revascularización vs Tratamiento Médico en pacientes estables Metaanálisis en red

Subsequent revascularisation (94 trials; 90 282 patients)

CABG v medical treatment

PTCA v medical treatment

BMS v medical treatment

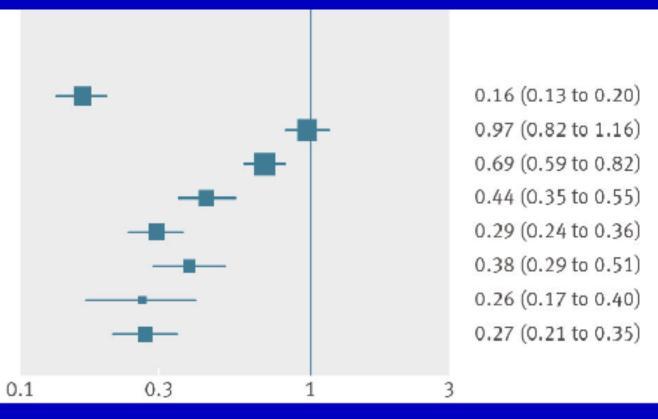
PES v medical treatment

SFS v medical treatment

E-ZES v medical treatment

R-ZES v medical treatment

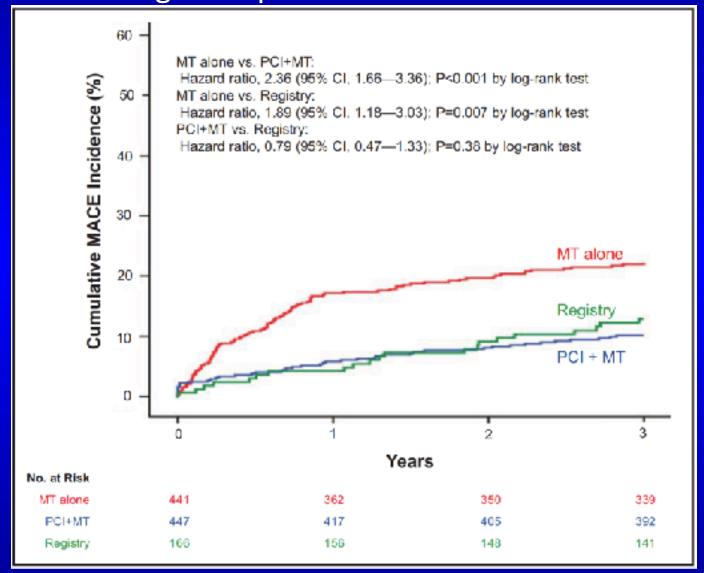
EES v medical treatment





ATC vs TM – FAME 2 (3 años)

ATC guiada por FFR en enf. multivaso





ATC vs TM – FAME 2 (3 años) ATC guiada por FFR en enf. multivaso

	PCI+MT (n=447), n (%)	MT alone (n=441), n (%)	<i>P</i> Value	Registry (n=166), n (%)
MACEs	45 (10.1)	97 (22.0)	<0.001	21 (12.7)
Death	12 (2.7)	16 (3.6)	0.43	5 (3.0)
MI	28 (6.3)	34 (7.7)	0.41	11 (6.6)
Urgent revascularization	19 (4.3)	76 (17.2)	<0.001	11 (6.6)
Death or MI	37 (8.3)	46 (10.4)	0.28	15 (9.0)

Circulation. 2017;136:00-00. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031907



Conarec XIV – Registro de ATC Pacientes Estables

Valoración Funcional Previa: 53.9%

Isquemia: 47.1% del total

Alto Riesgo: 19.2%



ATC en Pacientes Estables – Valoración Funcional Previa (Medicare – USA)

n=23887

NO realizaron
valoración funcional
en los 90 días
previos



ATC en pacientes estables Complicaciones

- CONAREC XIV (RAC 2007;75:249-56)
 - Éxito clínico: 91%
 - Mortalidad: 0,4%
- RADAC (Rev CACI 2013;1:49-58)
 - Mortalidad: 0,3%
 - Múltiples vasos: Mort: 2,3% IAM: 2,6% (RAC 2011;79:Supl 3:109)
- NCDR CathPCI
 - Mortalidad 0,65%
 - Infarto periprocedimiento ≥ 15%
 - ACV 0,22%
 - Complicaciones: 6%



Impacto del tratamiento médico en la prevención secundaria

Tratamiento	Reducción	Evento
Aspirina	20 %	Ev. Coronario Mayor
Beta-bloqueantes	23 %	Muerte
Estatinas	19 %	Muerte Coronaria
IECA	26 %	Muerte CV
Rehabilitación CV	26 %	Muerte CV



Impacto de la Prevención Secundaria

- El tratamiento médico actual en pacientes con enfermedad coronaria previene en gran medida muerte e infarto.
 - La mortalidad actual por enfermedad coronaria sintomática y lesiones severas es a cinco años la mitad de las series del 70.
- La revascularización sistemática con angioplastia no previene eventos aún en pacientes muy sintomáticos en clase I-II-III.
 - Verdad aún para DA proximal y lesión de tres vasos
 - Ventrículo no deteriorado





Mensajes Clave

 La mayoría de los pacientes deben recibir TMO antes de considerar la revascularización para mejorar los síntomas.
 Postergar la revascularización no se asocia con peor pronóstico.

 Antes de la revascularización para mejorar los síntomas, la anatomía coronaria debe correlacionarse con los estudios funcionales para asegurar tratar las lesiones responsables.