



**SYMPOSIUM HIGHLIGHTS
DEL CONGRESO AHA**

Todo sobre el corazón al alcance de la mano

12 NOVIEMBRE 2008
NUEVA ORLEANS, LOUISIANA

 SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
Cardiología

 Instituto Cardiovascular
NOVARTIS



SYMPOSIUM HIGHLIGHTS DEL CONGRESO AHA

Todo sobre el corazón al alcance de la mano

Síndromes coronarios agudos

DR. FRANCISCO JAVIER ORTIGOSA ASO

Clínica Puerta de Hierro. Madrid

 SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
Cardiología

 Instituto Cardiovascular
NOVARTIS

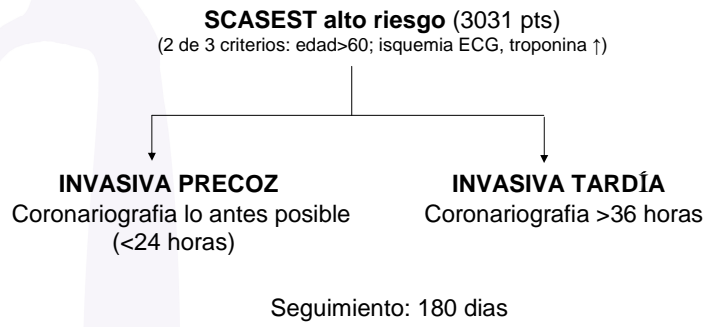
AHA 2008 CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

- **Estudio TIMACS (SCASEST alto riesgo)**
Estrategia invasiva precoz vs tardía
- **Registro Mass-DAC (diabéticos)**
DES vs BMS
- **Dosis de carga clopidogrel (antes de ICP)**
"A la medida" (según reactividad plaquetaria) vs estándar
- **Estudio ATLAS ACS-TIMI 46 (SCA)**
Rivaroxaban (anti Xa oral) vs placebo

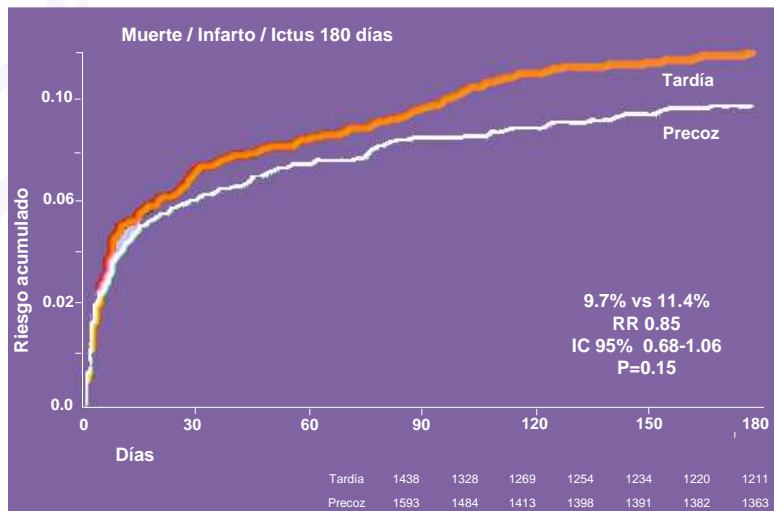
Estudio TIMACS ESTRATEGIA INVASIVA PRECOZ vs TARDÍA EN SCASEST

- Estrategia invasiva superior a estrategia conservadora
(Estudios aleatorizados, Metaanálisis)
- Tiempo entre ingreso y realización de ICP muy variable
(ICTUS 23h; TACTICS 24h; RITA 3 72h; FRISC II 96h)
- Se desconoce cuál es el momento óptimo para hacer la ICP

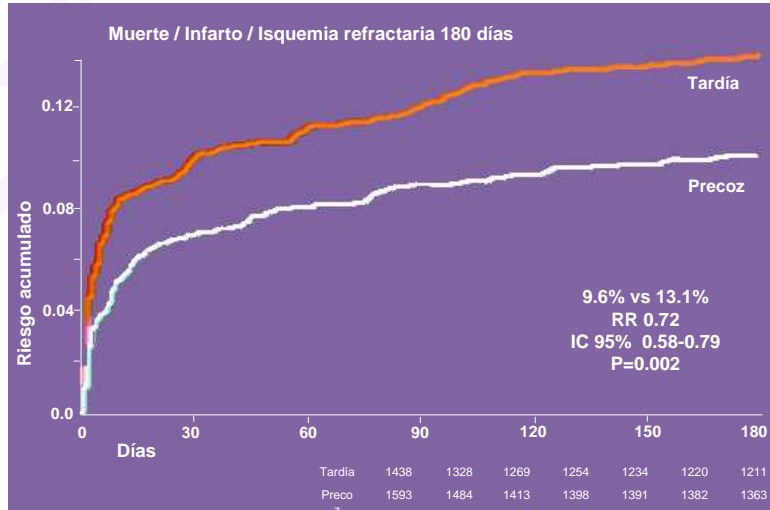
Estudio TIMACS Diseño



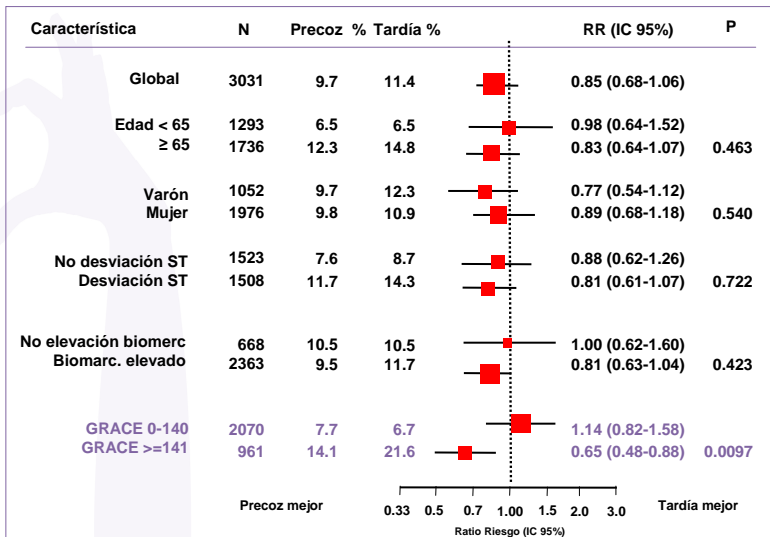
TIMACS: MUERTE, INFARTO O ICTUS



TIMACS: MUERTE, INFARTO O ISQUEMIA REFRACTARIA



TIMACS: SUBGRUPOS PREESPECIFICADOS



Estudio TIMACS Implicaciones

- Los pacientes con SCA puede ser tratados de forma segura indistintamente con una estrategia invasiva precoz o invasiva tardía
- Se debe preferir la estrategia invasiva precoz en los pacientes de mayor riesgo (Score GRACE >140).
- En el resto, salvo por razones logísticas (disponibilidad de sala,...), se debería considerar la estrategia invasiva precoz (no aumenta el riesgo, probablemente es beneficiosa, acorta la hospitalización y presumiblemente reduce los costes).

Registro Mass-DAC: DES vs BMS en diabéticos

- La ICP en diabéticos se asocia a una tasa mayor de reestenosis y de infarto y muerte periprocedimiento que la ICP en no diabéticos
- Los DES ofrecen una ICP “potencialmente” mejor que los BMS en diabéticos pero faltan datos de mortalidad e infarto a largo plazo

Registro Mass-DAC Métodos

21.045 pacientes sometidos a ICP

5.051 pacientes diabeticos

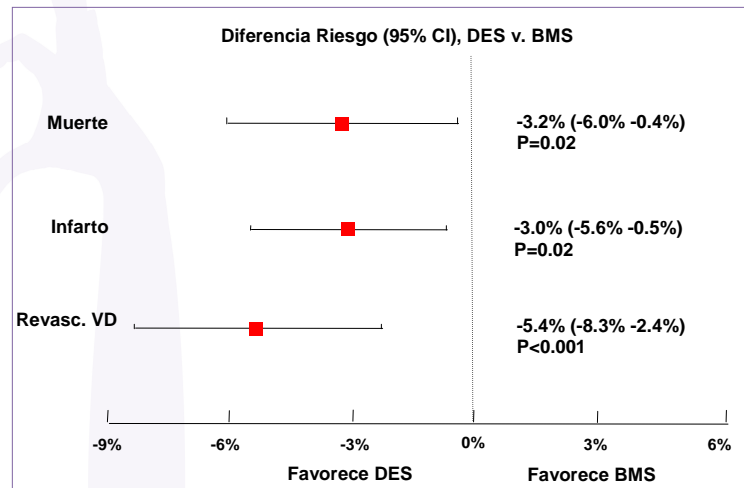
3.341 (66%) con DES
(SES 73%; PES 25%; SES y PES 2%)

1.710 (34%) con BMS

Propensity score matching (67 variables): 2.952 pacientes
Seguimiento 3 años

DES vs. BMS EN DIABÉTICOS

Riesgo a los 3 años



Registro Mass-DAC

Conclusiones

- Registro Mass-DAC
- NHLBI Registry (JACC 2008): No beneficio en diabéticos tratados con insulina
- Metaanálisis Stetler, BMJ 2008: No beneficio de mortalidad

DES vs BMS: MENOS REESTENOSIS, SIN RIESGO AUMENTADO DE MUERTE O INFARTO A LARGO PLAZO

DOSIS CARGA CLOPIDOGREL ANTES ICP

“A la medida” vs estándar

- Gran variabilidad inter-individual en la respuesta a clopidogrel, debida a factores genéticos y clínicos
- Mayor tasa de eventos trombóticos (muerte, infarto, trombosis stent) en pacientes “resistentes” o “hipo-respondedores” a clopidogrel

DOSIS CARGA CLOPIDOGREL ANTES ICP "A la medida" vs estándar

ICP no urgente: SCA y Angina estable (n=1122)

Dosis carga:
-ASA 250mg
-Clopidogrel 600mg

VASP \geq 50%

Aleatorizacion
(n=429)

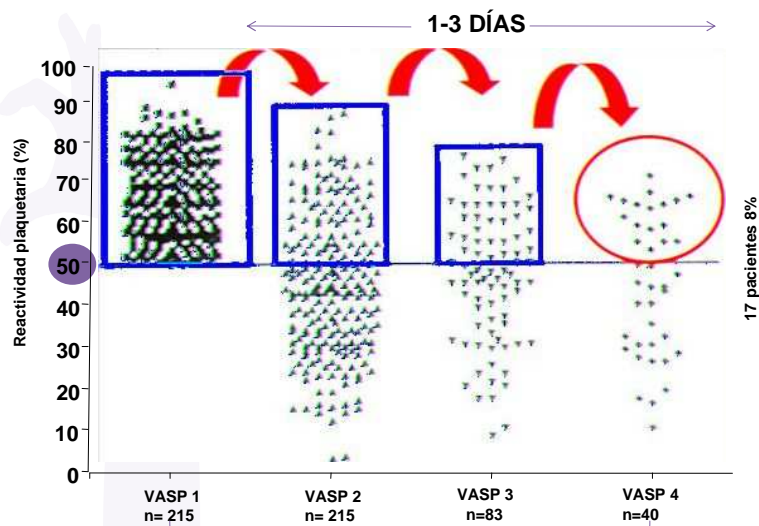
CONTROL
(n=215)

Dosis mantenimiento
-ASA 160 mg
-Clopidogrel 75 mg

Dosis carga clopidogrel
guiada por VASP
(n=214)

Hasta 3 dosis adicionales de 600mg
cada 24 horas hasta que VASP <50%
antes de ICP

MONITORIZACIÓN REACTIVIDAD VASP



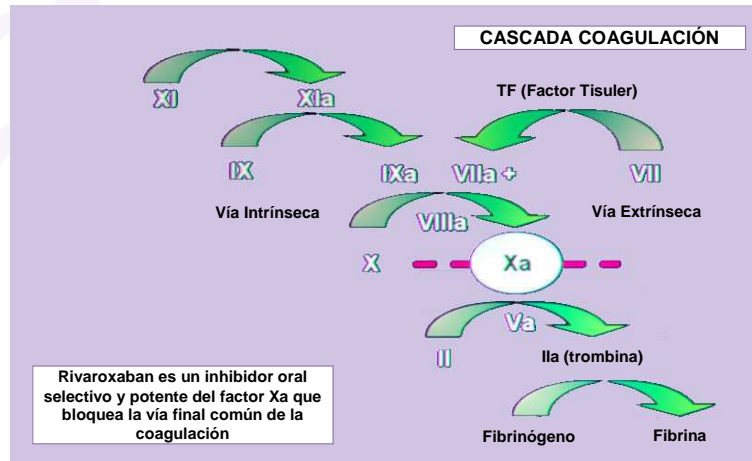
DOSIS CARGA CLOPIDOGREL ANTES ICP
“A la medida” vs estándar
Resultados 30 días

End point	Control (%)	Guiada VASP (%)	p
Trombosis stent	4.7	0.5	0.01
Muerte CV	1.8	0	0.06
Infarto	4.8	0.5	0.01
Revasc urgente	2.3	0	0.06
Todos MACE	8.9	0.5	<0.001
Hemorragia mayor	0.9	0.9	1.0

DOSIS CARGA CLOPIDOGREL ANTES ICP
“A la medida” vs estándar

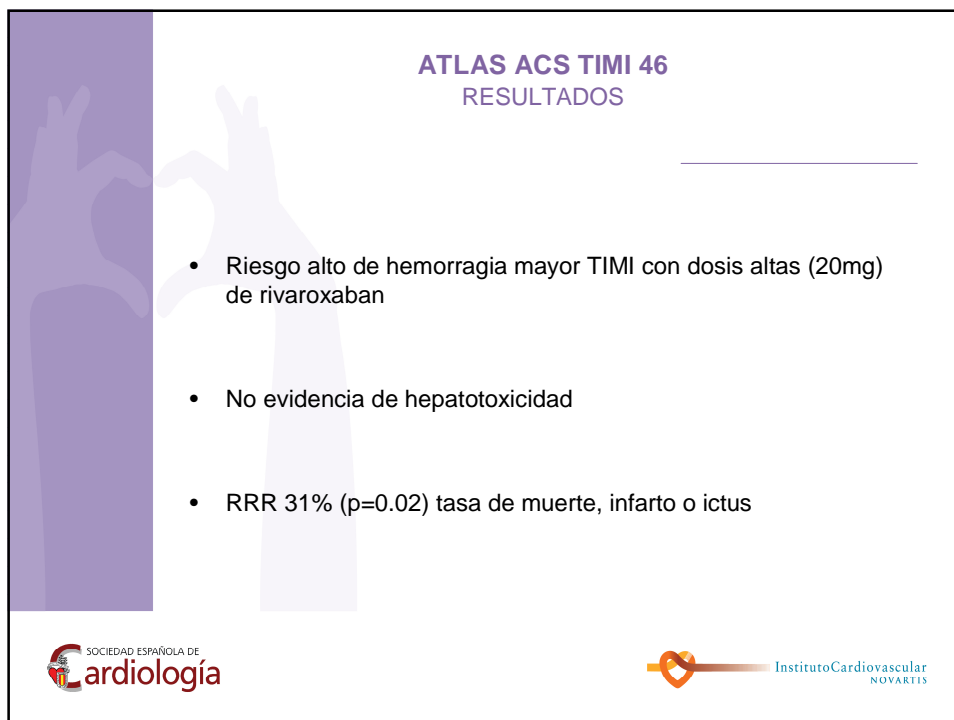
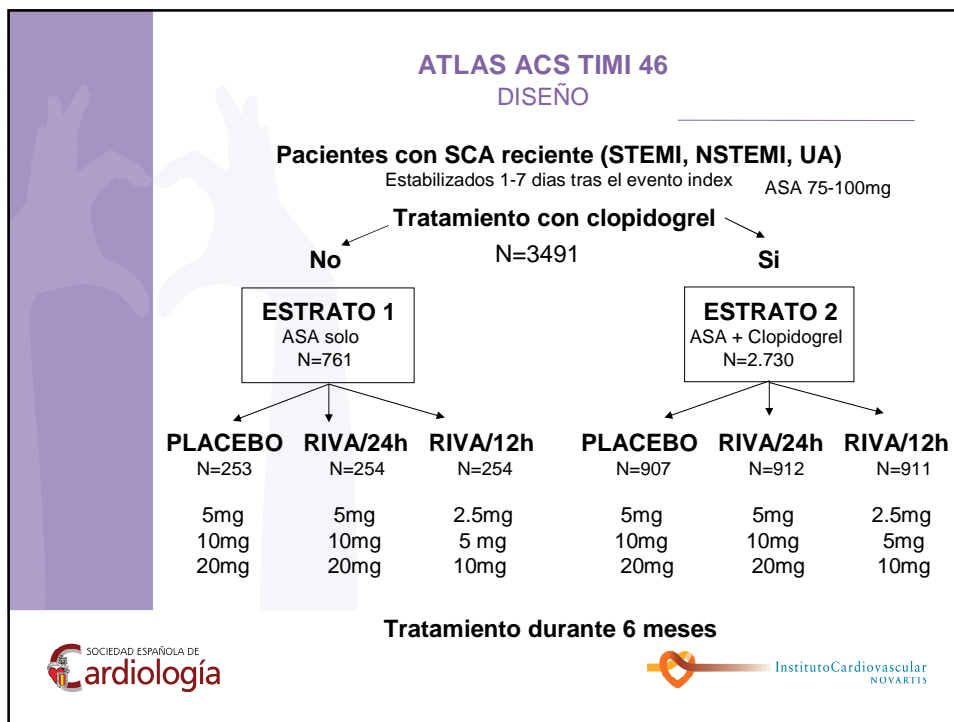
- Tres grupos de pacientes según el índice VASP:
 - Respondedores:** VASP <50% tras un primer bolus de 600 mg de clopidogrel (**55%**)
 - Hipo-respondedores:** VASP > 50% tras el primer bolus pero <50% tras bolus adicionales (**37%**)
 - Resistentes:** VASP >50% a pesar de 2400 mg de clopidogrel (**8%**)
- **OASIS 7** (dosis altas vs estándar) y **GRAVITAS** (dosis a la medida vs estándar)
- **PRASUGREL, AZD 6140 (PLATO) y CANGRELOR (CHAMPION)**

RIVAROXABAN

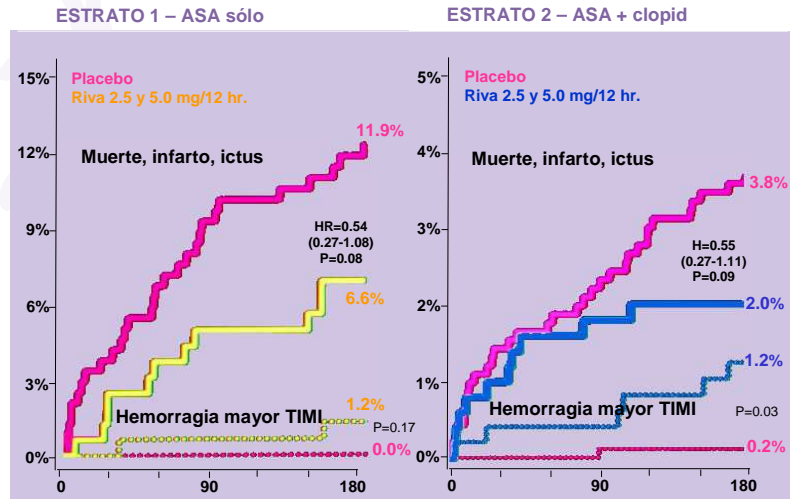


ATLAS ACS TIMI 46 RIVAROXABAN vs PLACEBO EN SCA

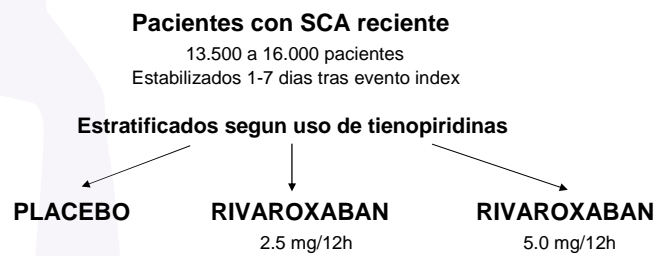
- En pts con SCA tratados óptimamente:
 - Tasa de muerte/reinfarto hospitalaria: 5-10%
 - Tasa de muerte/reinfarto 1º mes tras el alta: 5-10%
 - Tasa de muerte/reinfarto 1º año persiste elevada
- Tras un SCA: Anticoagulación + aspirina superior a aspirina (WARIS-2, ESTEEM)



End points primarios de eficacia y seguridad a las dosis de 2.5 y 5.0 mg cada 12 hrs.



ATLAS 2 ACS TIMI 51 DISEÑO



Duración estimada: 33 meses

END POINT PRIMARIO EFICACIA
Muerte CV, Infarto, Ictus