

Director del Programa

ProEducar:

Dr. Hugo F. Londero

Comité Editorial

Dr. Expedito Ribeiro

Dr. Darío Echeverri

Dr. Gastón Dussillant

Dr. Ricardo Lluberás

Dr. Ari Mandil

Dr. Pedro Lemos

Dr. Aníbal Damonte

Dr. Leandro Lasave

Dr. Leandro Martínez Riera

Secretaría

Mercedes Boero

Diseño Gráfico

Florencia Álvarez

CONTENIDO

EDITORIAL:

Dr. Ricardo Lluberás **02** **VER ▶**

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS:

Intervenciones Cardíacas: Dr. Pablo Kantor

“Nuevas generaciones de DES o nuevas indicaciones tendrían un mayor impacto en la práctica diaria” **03** **VER ▶**

Intervenciones Extracardíacas: Dr. Roberto Botelho

“Nuevos dispositivos para el abordaje transradial” **08** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **07** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **10** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **11** **VER ▶**

CASO CLÍNICO: **12** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **13** **VER ▶**

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS: **14** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **14** **VER ▶**

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **15** **VER ▶**

INTERROGANDO A LOS EXPERTOS

Entrevista al Dr. Héctor Luciardi

“Antiangregantes en angina inestable e intervencionismo” **16** **VER ▶**

Número de edición: Volumen 6, Número 10 | **Fecha de edición:** Julio de 2010

Directores responsables: Dr. Hugo F. Londero.

Propietario: SOLACI - Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista AC

Domicilio legal: A. Alsina 2653 2H, Buenos Aires, Argentina.

“Se prohíbe la reproducción total o parcial del contenido de este boletín, si no se cita la fuente”.

Registro propiedad intelectual: 829084

EDITORIAL: Dr. Ricardo Lluberas



//

Dr. Ricardo Lluberas

Profesor de Cardiología- Hospital de Clínicas-Universidad de la República
Cardiólogo Intervencionista- Instituto de Cardiología Intervencionista-Casa de Galicia
Montevideo-Uruguay

Estimados colegas:

En el presente capítulo de este Boletín de **ProEducar**, se presentan varios temas de singular actualidad.

El Dr. Pablo Kantor nos hace una actualización de las indicaciones de los stent liberadores de drogas y su relación con avance tecnológico de las nuevas generaciones de stent. El impacto que estos dispositivos han tenido en nuestra práctica clínica hace de este artículo de singular interés.

El Dr. Roberto Botelho, uno de los colegas de mayor experiencia en América Latina en materia de acceso radial, nos enseña sobre nuevos dispositivos en esta técnica. Quienes practicamos diariamente esta alternativa de abordaje sabemos de su potencialidad y esto se constata en el crecimiento que está teniendo en el mundo. La comodidad que significa para el paciente en el post-procedimiento y especialmente su seguridad en relación a las complicaciones vasculares y de sangrado, explican su rápido desarrollo.

Las habituales secciones de casos clínicos, novedades de la industria y actualización bibliográfica mantienen el interés de nuestro boletín.

La entrevista al Dr. Héctor Luciardi trata los antiagregantes en los síndromes coronarios agudos y el intervencionismo coronario. Todos conocemos la importancia que estos tienen en la eficacia y seguridad de la intervención percutánea. El delicado equilibrio entre sangrado y trombosis es tema de investigación permanente y en los últimos años nuevos fármacos nos ofrecen alternativas de resultados progresivamente mejores.

Este nuevo Boletín mantiene el elevado nivel académico y despierta el interés de los Cardiólogos Intervencionistas en la forma que nos tienen acostumbrados. Seguramente será disfrutado por nuestros lectores.

Ricardo Lluberas
Comité Editor ProEducar

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Intervenciones Cardíacas

Nuevas generaciones de DES o nuevas indicaciones tendrían un mayor impacto en la práctica diaria

//
Dr. Pablo Kantor
Instituto Dupuytren
Buenos Aires, Argentina

No hay duda alguna respecto a que la llegada de los stent liberadores de drogas (DES) han representado un cambio fundamental en los resultados de las intervenciones coronarias percutáneas, tanto a mediano como a largo plazo. Esto ha sido evidenciado por los resultados de los dos stent de primera generación (Cypher® y Taxus Express®) en sus estudios principales (SIRIUS y TAXUS IV) donde se evaluó el desempeño de los DES en lesiones simples, al igual que en los meta-análisis con gran número de pacientes y seguimiento a 5 años en los cuales la necesidad de reintervenir la lesión previamente tratada (TLR) disminuyó respecto al stent metálico (BMS) aproximadamente a un tercio con el stent Cypher® y a la mitad con el stent Taxus®, sin incremento en los puntos finales de seguridad (muerte e infarto) en ninguno de los dos stent.⁽¹⁻²⁾

Lógicamente que el mundo real de los pacientes tratados incluye cuadros clínicos y situaciones anatómicas complejas, por lo que estos dispositivos necesitaron demostrar su seguridad y eficacia en todos estos escenarios, más allá de las lesiones simples de los primeros trabajos. Fue así necesario el desarrollo de nuevos estudios tendientes a evaluar el desempeño de los DES en “nuevas indicaciones”.

Uno de los grupos de mayor interés lo representaban los pacientes diabéticos, ya que la utilización del stent metálico en este grupo de pacientes se asocia a un incremento del riesgo de reestenosis cercano al 50% respecto a los pacientes no diabéticos. El sub-análisis de pacientes diabéticos de los estudios SIRIUS y TAXUS IV, como así también el sub-análisis de estos pacientes en los grades meta-análisis demostraron una gran reducción (60% aproximadamente) en la necesidad de reintervenciones (eficacia), sin incremento de eventos clínicos indeseables (seguridad).

Luego fueron realizados estudios específicamente diseñados para evaluar el desempeño de los DES en población diabética, como ser el estudio DIABETES, SCORPIUS y DECODE, en los cuales el impacto en la reducción de la necesidad de reintervenciones fue aún mayor y se reafirmó el concepto de seguridad ya que no se evidenciaron diferencias significativas en eventos clínicos adversos (muerte y IAM).⁽³⁻⁵⁾ Resulta interesante destacar los resultados de los últimos registros publicados en pacientes diabéticos del mundo real (registro Massachusetts y registro de la *Cleveland Clinic*), en los cuales la utilización de DES se asoció a una reducción significativa en la tasa de muerte en ambos estudios y reducción de IAM sólo

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

en el primero. Si bien es posible que esta disminución en los puntos finales duros se deba a una reducción en la tasa de reestenosis y en consecuencia a una menor necesidad de reintervenciones (las cuales pueden asociarse a eventos clínicos adversos), es posible también que otros factores, como ser la utilización más prolongada de doble antiagregación en el grupo en que se utilizó DES, puedan explicar estas diferencias. Sin dudas esto sólo genera una hipótesis que deberá ser confirmada con estudios específicamente diseñados para ello.

Otro grupo de gran interés lo componen los pacientes con enfermedad de múltiples vasos. En este sentido, el estudio ARTS II agregó en forma diferida una tercera rama utilizando DES con idénticos criterios de inclusión y exclusión al estudio ARTS I en el cual se había comparado en pacientes con enfermedad de múltiples vasos el tratamiento percutáneo con stent metálico vs. la cirugía de revascularización miocárdica. En el seguimiento a 3 años del estudio ARTS II se evidenció que el DES (Cypher®) se asoció a una significativa reducción (cerca al 50%) en la necesidad de reintervenciones y más aún a una significativa reducción en el punto final combinado de muerte + IAM + ACV respecto al stent metálico en este grupo de pacientes.⁽⁶⁾

Otro importante estudio en pacientes con enfermedad de múltiples vasos y lesión de tronco de coronaria izquierda lo constituye el estudio SYNTAX, donde pacientes con gran complejidad anatómica (40% con enfermedad de tronco de coronaria izquierda, 85% de bi/trifurcaciones, 30% diabéticos) fueron randomizados a angioplastia con DES (Taxus®) vs. cirugía y en el cual el DES demostró excelente perfil de seguridad, ya que se asoció a igual tasa de eventos clínicos duros combinados (muerte + IAM + ACV) a 2 años, siendo la principal ventaja

de la cirugía por sobre la angioplastia con DES la menor necesidad de reintervenciones, al igual que en el estudio ARTS II.⁽⁷⁾

En los pacientes con IAM sometidos a angioplastia primaria los DES también fueron extensamente evaluados en múltiples estudios clínicos randomizados, de los cuales ya se cuenta con seguimiento alejado hasta 5 años. Entre estos estudios se destaca el TYPHOON, donde aproximadamente 500 pacientes con IAM fueron randomizados a recibir DES (Cypher®) o BMS. En el seguimiento a 4 años de este estudio, el DES demostró una significativa reducción en la necesidad de reintervenir la lesión (TLR) cercana al 50%, sin diferencias significativas en los puntos finales de seguridad (muerte, re-IAM y stent trombosis).

El estudio con mayor número de pacientes en este escenario clínico es el HORIZONS, en el cual poco más de 3.000 pacientes con IAM fueron randomizados a recibir DES (Taxus®) o BMS. El seguimiento a 2 años demostró que el DES se asocia a una reducción del 40% en la necesidad de reintervención de la lesión (TLR), sin incremento en ninguno de los puntos finales de seguridad (muerte, re-IAM, ACV o stent trombosis).⁽⁸⁾

Dos escenarios anatómicos que revisten especial importancia debido a la alta tasa de reestenosis con la utilización de BMS, lo constituyen las oclusiones totales crónicas y los vasos de pequeño calibre.

En oclusiones totales crónicas la evidencia es menor, con estudios randomizados con bajo número de pacientes (PRISSON II y SCANDSTENT) que compararon al DES (Cypher®) vs BSM y un estudio comparativo no randomizado que utilizó el stent Taxus®. Nuevamente en este escenario anatómico el DES demostró una significativa reducción en la

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

necesidad de reintervenciones, como así también una significativa reducción en los puntos finales combinados (MACE, TVF) a expensas de la reducción en las tasas de reintervención.⁽⁹⁾

En vasos de pequeño calibre existen numerosas comparaciones realizadas con sub-análisis de estudios mas grandes y un pequeño estudio randomizado específicamente diseñado para estos pacientes (SES SMART). En este último estudio, debido a la alta reestenosis del BMS en los vasos de pequeño calibre, el impacto del DES fue aún mayor, con una disminución en la tasa de reestenosis angiográfica del 80%, una reducción en la necesidad de reintervención de la lesión previamente tratada (TLR) del 70% y lo que fue aún mas interesante, una reducción significativa en la tasa de IAM del 80%, posiblemente debido a una incidencia mayor de IAM en la reestenosis y reintervención de los vasos de pequeño calibre, lo cual es mas frecuente con la utilización de BMS.⁽¹⁰⁾

La reestenosis intrastent difusa del BMS siempre ha sido una entidad de difícil tratamiento debido a los malos resultados a mediano y largo plazo de la reintervención percutánea o la complejidad de enviar al paciente a tratamiento quirúrgico. Para el momento en que los DES aparecen en el mercado, la braquiterapia se perfilaba como el tratamiento "gold-standard" de los pacientes con reestenosis intrastent. Surgió así un nuevo escenario clínico donde los DES debieron ser probados. En algunos estudios se ha comparado el desempeño del DES vs el tratamiento con balón en la reestenosis intrastent difusa, pero en otros estudios (TAXUS V ISR y SISR) se ha comparado el DES contra la braquiterapia considerada hasta entonces el mejor tratamiento disponible.

Tanto en el estudio TAXUS V ISR con la utilización del stent Taxus® como en el estudio SISR con la utilización del stent Cypher® se logró reducir la necesidad de nueva reintervención de la lesión (TLR) en un 55%, acarreado esto a una reducción significativa en el punto final combinado (MACE para el primer caso y TVF para el segundo) respecto a la braquiterapia.⁽¹¹⁻¹²⁾

Luego que los stent de primera generación (Taxus® y Cypher®) revolucionaron la revascularización percutánea y expandieron sus indicaciones a casi todos los escenarios clínicos, comenzaron a aparecer nuevas generaciones de DES con avances en su plataforma (nuevos diseños y nuevas aleaciones), mejoras en sus polímeros (mayor biocompatibilidad o bioabsorbibles) y drogas mas potentes.

Sería muy extenso y escaparía al objetivo de esta editorial comentar sobre todos los nuevos DES (en uso o en investigación), por lo que analizaremos los resultados del stent XIENCE V® o PROMUS® (ambos nombres corresponden al mismo stent pero comercializados por la empresa Abbott Vascular en el primer caso y por Boston Scientific en el segundo) debido a que es el DES de nueva generación con mayor evidencia clínica y seguimiento alejado.

Los estudios SPIRIT II, III y IV han comparado este stent contra la vieja plataforma del DES Taxus (Taxus Express®). De estos estudios el SPIRIT IV es el mas importante por el número de pacientes (3.687), aunque solo cuenta con seguimiento a 1 año. En este estudio el stent XIENCE V/PROMUS® demostró ser muy eficaz en la reducción de la necesidad de reintervención de la lesión tratada (TLR) ya que se asoció a una TLR de tan sólo 2,5% a 1 año (45% menos que Taxus Express®) y en cuanto a la seguri-

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

dad, si bien no se observaron diferencias en cuanto a mortalidad, se evidenció una significativa reducción en la tasa de IAM (40%) y de stent trombosis (70%) respecto a Taxus Express®. Sin dudas que esto último merece un análisis más profundo ya que principalmente los IAM observados pudieron ser definidos sólo por valores enzimáticos y llamativamente gran parte de las diferencias en trombosis intrastent se dieron en la etapa aguda (<24 hs).⁽²¹⁾ El estudio COMPARE evaluó al stent XIENCE V/PROMUS® contra la actual plataforma Taxus Liberté®. Si bien se trata de un estudio randomizado realizado en un solo centro, las diferencias observadas entre ambos stent fueron concordantes a las del estudio SPIRIT IV. Esto demuestra que es posible mejorar la eficacia de un DES y lo que es más importante, mejorar sus perfiles de seguridad, como también lo demuestran los resultados del registro sueco SCAAR en pacientes del "mundo real" donde el stent XIENCE V/PROMUS® mostró tasas de trombosis intrastent aproximadamente un 50% menor respecto a las de Cypher®, Taxus® y Endeavor®.⁽¹³⁻¹⁵⁾

A modo de conclusión, los DES de primera generación tuvieron el primer gran impacto en la cardiología intervencionista, al introducir esta nueva tecnología en la práctica diaria, demostrando ser seguros y eficaces en la mayoría de los escenarios clínicos y ampliando así su indicación. Mirando hacia el futuro, será el turno de las nuevas generaciones lograr mejorar aún más los perfiles de seguridad y eficacia para generar un nuevo impacto en la práctica diaria ●

Bibliografía recomendada:

- 1- Gregg Stone. TAXUS I, II (SR), IV, & V Meta Analysis Final 5-Year Results. Presentado en congreso TCT 2009.
- 2- Ajay Kirtane. On-Label CYPHER and TAXUS Randomized Trials with 5-Year Follow-Up. Presentado en congreso TCT 2007.
- 3- Manel Sabaté, Pilar Jiménez-Quevedo, Dominick J. Angiolillo, Joan Antoni Gómez-Hospital, Fernando Alfonso, Rosana Hernández-Antolín, Javier Goicolea, Camino Bañuelos, Javier Escaned, Raúl Moreno, Cristina Fernández, Francisco Fernández-Avilés, Carlos Macaya, for the DIABETES Investigators Randomized Comparison of Sirolimus-Eluting Stent Versus Standard Stent for Percutaneous Coronary Revascularization in Diabetic Patients. The Diabetes and Sirolimus-Eluting Stent (DIABETES) Trial. *Circulation*. 2005;112:2175-2183.
- 4- Dietrich Baumgart, Volker Klauss, Frank Baer, Franz Hartmann, Helmut Drexler, Wolfgang Motz, Heinrich Klues, Stefan Hofmann, Wolfgang Volker, Thomas Pfannebecker, Hans-Peter Stoll, Georg Nickenig for the SCORPIUS Study Investigators. One-Year Results of the SCORPIUS Study: A German Multicenter Investigation on the Effectiveness of Sirolimus-Eluting Stents in Diabetic Patients. *J Am Coll Cardiol* 2007;50:1627-1634.
- 5- Charles Chan, Robaayah Zambahari, Upendra Kaul, CP Lau, Hall Whitworth, Sidney Cohen, Maurice Buchbinder, for the DECODE Investigators. *Catheter Cardiovasc Interv* 2008;72:591-600.

CONTINUÍA »



SOLACI '10

BUENOS AIRES - ARGENTINA

SAVE THE DATE

August 11 - 13, Buenos Aires

The Preliminary Scientific Program Is Now Online: www.solaci2010.com

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

- 6- Serruys PW. ARTS II Study, 3-Year Follow-Up. Presentado en el congreso ACC 2007.
- 7- A. Pieter Kappetein. The 2-year Outcomes of the SYNTAX Trial. Presentado en el congreso ESC 2009.
- 8- Gregg W Stone for the HORIZONS Investigators. HORIZONS-AMI Trial. 24-Month Clinical Results. Presentado en congreso TCT 2009.
- 9- Henning Kelbæk, Steffen Helqvist, Leif Thuesen, Lene Kløvgaard, Erik Jørgensen, Kari Saunamäki, Lars R. Krusell, Hans E. Bøtker, Thomas Engstrøm, Gunnar V.H. Jensen, for the SCANDSTENT investigators. Sirolimus versus bare metal stent implantation in patients with total coronary occlusions: Subgroup analysis of the Stenting Coronary Arteries in Non-Stress/Benestent Disease (SCANDSTENT) Trial. *Am Heart J* 2006;152:882-6.
- 10- Diego Ardissino, Claudio Cavallini, Ezio Bramucci, Ciro Indolfi, Antonio Marzocchi, Antonio Manari, Giulia Angeloni, Giuseppe Carosio, Erminio Bonizzoni, Stefania Colusso, Monica Repetto, Piera Angelica Merlini, for the SES-SMART Investigators. Sirolimus-Eluting vs Uncoated Stents for Prevention of Restenosis in Small Coronary Arteries. A Randomized Trial. *JAMA*. 2004;292:2727-2734.
- 11- Gregg W. Stone, Stephen G. Ellis, Charles D. O'Shaughnessy, Steven L. Martin, Lowell Satler, Thomas McGarry, Mark A. Turco, Dean J. Kereiakes, Lynne Kelley, Jeffrey J. Popma, Mary E. Russell, for the TAXUS V ISR Investigators. Paclitaxel-Eluting Stents vs Vascular Brachytherapy for In-Stent Restenosis Within Bare-Metal Stents. The TAXUS V ISR Randomized Trial. *JAMA*. 2006;295:1253-1263.
- 12- David R. Holmes, Paul Teirstein, Lowell Satler, Michael Sketch, James O'Malley, Jeffery J. Popma, Richard E. Kuntz, Peter J. Fitzgerald, Hong Wang, Eileen Caramanica, Sidney A. Cohen, for the SISR Investigators. Sirolimus-Eluting Stents vs Vascular Brachytherapy for In-Stent Restenosis Within Bare-Metal Stents. The SISR Randomized Trial. *JAMA*. 2006;295:1264-1273.
- 13- Gregg W. Stone, Ali Rizvi, William Newman, Kourosh Mastali, John C. Wang, Ronald Caputo, Julie Doostzadeh, Sherry Cao, Charles A. Simonton, Krishnankutty Sudhir, Alexandra J. Lansky, Donald E. Cutlip, and Dean J. Kereiakes for the SPIRIT IV Investigators. Everolimus-Eluting versus Paclitaxel-Eluting Stents in Coronary Artery Disease. *N Engl J Med* 2010;362:1663-74.
- 14- Elvin Kedhi, Kaiyum Sheik Joeseof, Eugene McFadden, Jochem Wassing, Carlos van Mieghem, Dick Goedhart, Pieter Cornelis Smits. Second-generation everolimus-eluting and paclitaxel-eluting stents in real-life practice (COMPARE): a randomised trial. *Lancet* 2010; 375: 201-09.
- 15- Stefan James, for the SCAAR Registry Investigators. Stent Thrombosis in SCAAR Registry. Presentado en congreso ESC 2009.

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

Este es un espacio comercial. Los anuncios son responsabilidad de la empresa patrocinante.

CUANDO UNO SE COMPROMETE CON EL LIDERAZGO, ES POSIBLE MUCHO MÁS

La posición de liderazgo de Boston Scientific en el mercado de stents liberadores de fármacos está respaldada por nuestras múltiples opciones de stents como el stent liberador de Paclitaxel, stent liberador de Everolimus y el stent metálico, así como por nuestro extenso programa clínico que ha estudiado a más de 50.000 pacientes. Nuestro continuo compromiso con la mejora del cuidado de los pacientes nos convierte en el socio preferido de los médicos en todo el mundo. www.bostonscientific-international.com

5602

**Boston
Scientific**

Delivering what's next.™

2 plataformas de stents liberadores de fármacos

Al ofrecer tanto Paclitaxel como Everolimus, aumentan las opciones de stents para los médicos

11 millones de stents de Boston Scientific implantados hasta la fecha

Más de

50.000 pacientes estudiados en estudios clínicos y registros realizados por Boston Scientific*

6 categorías En las QUE LIDERAMOS EL MERCADO MUNDIAL stents liberadores de fármacos, balones, IVUS, aterectomía, protección embólica e insufladores

* Estimaciones de BSC en todo el mundo. Datos en archivo.

© 2009 Boston Scientific Corporation o sus filiales. Reservados todos los derechos. BMS: stent de metal descubierto. Imagen: Digital Vision.

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Intervenciones extracardíacas

Nuevos dispositivos para el abordaje transradial

//

Dr. Roberto BotelhoInstituto del Corazón del triángulo
Uberlândia, Minas Gerais, Brasil

Introducción

El cateterismo coronario a través de la vía radial se introdujo en la práctica clínica en 1989⁽¹⁾. Durante años, el abordaje transfemoral ha sido la vía de elección para intervenciones coronarias en la mayoría de los centros. Sin embargo, desde el primer relato de angioplastia con implante de stent por vía transradial realizado por Kiemeneij y Laarmann en 1993⁽²⁾, esta vía ha ganado seguidores entusiastas. La experiencia con esta técnica creció y se observó que el éxito se relaciona directamente con la curva de aprendizaje de sus seguidores⁽³⁾. Cuando se compara con las vías convencionales se evidenció que es más costo-efectiva⁽⁴⁾, tiene menos complicaciones⁽⁵⁾ y es la preferida por el paciente cuando la realizan intervencionistas experimentados.

La seguridad de la angioplastia por vía transradial (ATR) se describió en pacientes anticoagulados con Warfarina⁽¹⁰⁾, así como la disminución del riesgo de hemorragia en pacientes con una potente antiagregación plaquetaria⁽¹²⁾. Más tarde se expandió a las intervenciones extracardíacas⁽⁶⁻⁸⁾ y los pacientes pediátricos⁽⁹⁾.

A pesar del entusiasmo inicial con esta técnica, restricciones tecnológicas contemporáneas a su aparición llevaron al uso de catéteres e introductores mejor adaptados a vasos de gran calibre, lo que

durante años limitaba su difusión⁽¹¹⁾. Actualmente, con el desarrollo de nuevas técnicas nos encontramos con la posibilidad de realizar procedimientos sin introductores y uso de catéteres de menor perfil y con mayor soporte.

Discusión:

A finales de la década de los 80, Campeau describió en sus primeros trabajos un índice de fracaso en la técnica de 12%, debido a la falta de canulación de la arteria radial o la falta de cateterización coronaria selectiva⁽¹⁾. Aunque el acceso de la arteria radial aún representa un desafío para los intervencionistas adeptos de la vía femoral, hoy en día alcanzamos índices de éxito muy superiores, equivalentes a los de la vía femoral⁽¹⁵⁾.

El desafío en el aprendizaje de la técnica se convierte en una limitación para nuevos seguidores, ya que no hay programas de capacitación que reciban apoyo de las asociaciones intervencionistas. En realidad, existe un número limitado de cursos que reciben apoyo de la industria. Esta falla del sistema de capacitación hace que, principalmente la angioplastia por vía radial, sea un procedimiento limitado a pequeños grupos. Amplios registros en Estados Unidos muestran que la ATR representa apenas 1,3% de todos los procedimientos⁽¹³⁾.

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Entre las numerosas complicaciones ya descritas en los procedimientos intervencionistas, cabe destacar la hemorragia como un problema clínico mayor, con impacto sobre la mortalidad. Datos de registros sugieren que el riesgo de hemorragia entre pacientes sometidos a una angioplastia es mayor en la práctica clínica que el observado en estudios. Las complicaciones hemorrágicas ocurren principalmente en el punto de acceso.

Aunque se sabe que el acceso radial tiene menos complicaciones hemorrágicas, aún existe temor por el alto índice de oclusiones asintomáticas (5-10%). Nuevos dispositivos, como los compresores neumáticos (entre ellos el TR Band® de Terumo Medical Corporation), han demostrado un claro aumento de los índices de permeabilidad arterial en comparación con la compresión estándar (se observan los siguientes índices de oclusión: 1,1% vs. 12%, respectivamente)⁽¹⁴⁾.

En relación con los nuevos dispositivos, vale recordar la evolución tecnológica con los nuevos introductores. Los dispositivos con revestimiento hidrofílico biocompatible promueven una menor reacción inflamatoria tisular local debido al menor trauma mecánico sobre la pared arterial, lo que produce menos espasmos y contribuye al éxito del procedimiento y la comodidad del paciente. En relación con los espasmos, se utilizan numerosos fármacos para minimizar este evento. Entre ellos, los estudios recientes destacan las dosis de 150mg de sulfato de magnesio que evidenciaron un mayor efecto vasodilatador que 1mg de Verapamil, con disminución de los efectos hemodinámicos⁽¹⁶⁾.

Se observa un aumento significativo de las ATR como consecuencia de una mejora importante de

los materiales utilizados, destacando la reducción importante de su perfil. La práctica clínica recomienda cada vez más el uso de antiagregación plaquetaria plena; con eso, debemos prepararnos para un riesgo de hemorragia y la posibilidad de utilizar la vía radial como una alternativa que sea segura y eficaz.

Una nueva técnica para la intervención coronaria percutánea (ICP) ha surgido como una promesa para la realización de procedimientos complejos utilizando dispositivos de muy bajo perfil, minimizando así las complicaciones vasculares conocidas. Esta técnica se ha denominado "five-in-six" o ICP con uso de catéteres "mother in child"⁽¹⁷⁾. El sistema Terumo incluye la inserción de un catéter guía 5F, con una extensión de punta flexible de 120mm (Terumo, catéter Heartrail II®), a través de un catéter guía estándar de 6F. Esta alternativa posibilita el tratamiento de casos como las bifurcaciones y las oclusiones crónicas, con los mismos índices de éxito que las vías habituales, utilizando catéteres de mayor perfil (7F y 8F). Entre los beneficios, vale mencionar: el bajo riesgo de desplazamiento del stent, el mantenimiento del polímero en los stents farmacológicos y la facilidad del "child-catheter" para pasar por las lesiones estenóticas. Entre las complicaciones de este nuevo dispositivo, cabe destacar la lesión del vaso y el embolismo gaseoso.

Recientemente, se publicó el uso de catéteres hidrofílicos llamados "sheathless". Estos nuevos dispositivos presentan un diámetro externo de un introductor de 6F y el diámetro interno equivalente a un catéter de 7,5F; lo que permite la realización de procedimientos complejos como "simultaneous kissing stenting" (SKS) a través del abordaje transradial⁽¹⁸⁾.

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Conclusión

El tema sugerido para este texto es un indicador de la ampliación del uso de la vía radial para el diagnóstico y las intervenciones endovasculares. El desarrollo de nuevos productos únicamente se promueve sobre una consistente base económica, lo que provoca los llamados estudios explicativos, en busca de la generación de nuevas tecnologías y la comprensión de su uso y rendimiento. Obviamente, la motivación fundamental es la respuesta a una cuestión clínica que aún no se ha resuelto completa-

mente. Bajo este prisma, las principales cuestiones actuales son las complicaciones hemorrágicas. Pero no menos importantes son la deambulación precoz, el alta hospitalaria, la comodidad de los pacientes y la relación costo-eficacia. Los nuevos productos presentados en este texto responden a estas cuestiones, ampliando el espectro de materiales disponibles a los intervencionistas, para el beneficio de los pacientes, los profesionales de la salud y los gestores ●

Bibliografía recomendada:

1. Campeau L. Percutaneous radial artery approach for coronary angiography. *Cathet Cardiovasc Diagn*, 1989; 16: 3-7.
2. Kiemeneij F, Laarman GJ. Percutaneous transradial artery approach implantation. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1993;30:173-8.
3. Louvard Y, Lefevre T, Morice MC. Radial approach: what about the learning curve? *Cathet Cardiovasc Diagn* 1997;42:467-8.
4. Cooper CJ, El-Shiekh RA, Cohen DJ, et al. Effect of transradial access on quality of life and cost of cardiac catheterization: a randomized comparison. *Am Heart J* 1999;138:430-6.
5. Kiemeneij F, Laarman GJ, Odekerken D, Slagboom T, van der Wieken R. A randomized comparison of percutaneous transluminal coronary angioplasty by the radial, brachial and femoral approaches: the access study. *J Am Coll Cardiol* 1997;29:1269-75.
6. Folmar J, Sachar R, Mann T. Transradial approach for carotid artery stenting: a feasibility study. *Catheter Cardiovasc Interv* 2007;69:355-61.

CONTINÚA »

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

Este es un espacio comercial. Los anuncios son responsabilidad de la empresa patrocinante.



Tres Maneras de Prescribir su Terapia con Stent

Cada uno de nuestros stents ofrece un balance único de eficacia, seguridad y entrega. El resultado es un rango de soluciones que le permite cumplir las necesidades clínicas específicas de sus pacientes.



www.medtronic.com

Para distribución únicamente en mercados donde el stent Endeavor Resolute ha sido aprobado.
© 2009 Medtronic, Inc. Todos los derechos reservados. Impreso en LA. UC200902161ES 3/09



REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

7. Casserly IR. Trans-radial treatment of in-stent restenosis of the superficial femoral artery—the importance of case selection. *Catheter Cardiovasc Interv* 2009;74:499.
8. Raghu C, Louvard Y. Transradial approach for percutaneous transluminal angioplasty and stenting in the treatment of chronic mesenteric ischemia. *Catheter Cardiovasc Interv* 2004;61:450–4.
9. Davenport JJ, Lam L, Whalen-Glass R, et al. The successful use of alternative routes of vascular access for performing pediatric interventional cardiac catheterization. *Catheter Cardiovasc Interv* 2008;72: 392–8.
10. Hildick-Smith DJ, Walsh JT, Lowe MD, Petch MC. Coronary angiography in the fully anticoagulated patient: the transradial route is successful and safe. *Catheter Cardiovasc Interv* 2003;58:8–10.
11. Rao SV, Cohen MG, Kandzari DE, Bertrand OF, Gilchrist IC. The Transradial Approach to Percutaneous Coronary Intervention: Historical Perspective, Current Concepts, and Future Directions. *J Am Coll Cardiol*. 2010 May 18;55(20):2187-95.
12. Vavalle JP, Rao SV. The association between the transradial approach for percutaneous coronary interventions and bleeding. *J Invasive Cardiol*. 2009 Aug;21(8 suppl A):21A-24A.
13. Rao SV, Ou FS, Wang TY, et al. Trends in the prevalence and outcomes of radial and femoral approaches to percutaneous coronary intervention: a report from the National Cardiovascular Data Registry. *JACC Cardiovasc Interv* 2008;1:379–86.
14. Cubero JM, Lombardo J, Pedrosa C et al. Radial compression guided by mean artery pressure versus standard compression with a pneumatic device (RACOMAP). *Catheter Cardiovasc Interv*. 2009 Mar 1;73(4):467-72.
15. Agostini P, Biondi-Zoccai GG, De Benedictis ML et al. Radial versus femoral approach for percutaneous coronary diagnostic and interventional procedures; systematic overview and meta-analysis of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2004;21;44:349-56.
16. Byrne J, Spence M, Haegeli L, et al. Magnesium sulphate during transradial cardiac catheterization: a new use for an old drug? *J Invasive Cardiol*. 2008 Oct;20(10):539-42.
17. Mamas MA, Eichhofer J, Hendry C, et al. Use of the Heartrail catheter as a distal stent delivery device; an extended case series. *EuroIntervention* 2009 Jun;5(2):265-71
18. Liang M, Puri A, Linder R. Transradial *simultaneous Kissing stenting* (SKS) with *SheathLess Access*. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2010 Feb 1;75(2):222-4.

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

Este es un espacio comercial. Los anuncios son responsabilidad de la empresa patrocinante.

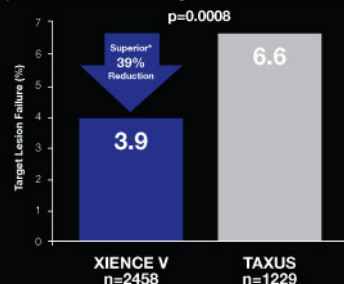
Xience V

Everolimus Eluting Coronary Stent System

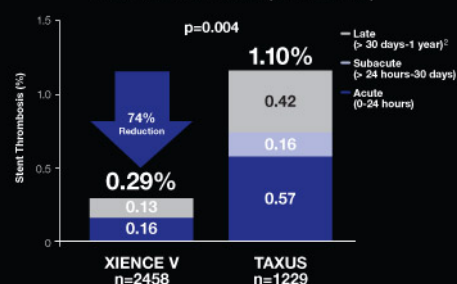
SPiRiT IV

**XIENCE V Delivers
Low 0.29% Stent
Thrombosis in 2,458
Patients in SPiRiT IV**

Clinically-Driven TLF: Primary Endpoint
(TLF = Cardiac death, target vessel MI and ID-TLR)



1-Year Stent Thrombosis (ARC Def/Prob)



¹ P-values based on Fisher's exact test.

² Categorical data, 365 ± 28 days.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Infarto agudo de miocardio en un paciente joven con una anatomía coronaria compleja

//

Drs. Boris Ivan Cosquillo Mejia; Velásquez Pereira Oliveira de Sá; Francisco Neto

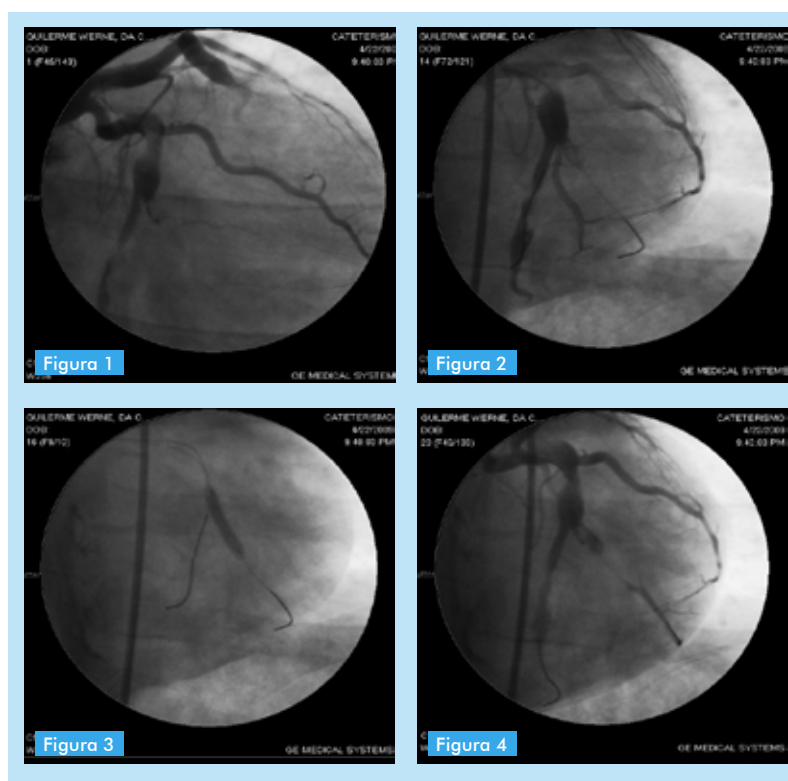
Médico de Hemodinámica y Angioplastia de la Casa de Salud de San Lucas de Natal.
Natal, Rio Grande, Brasil

Paciente masculino de 30 años de edad que llegó al servicio de emergencia con un fuerte dolor precordial de aproximadamente 1 hora de evolución, irradiado al cuello y al miembro superior izquierdo; también refería sensación de náuseas y evidenciaba sudor frío y palidez.

El electrocardiograma mostraba un supradesnivel del segmento ST de 4mm en las derivaciones DII-DIII y aVF, así como en DI y aVL.

Fue trasladado a la sala de hemodinamia, donde la cinecoronariografía mostró una oclusión en el *ostium* de la 2ª rama marginal izquierda y una gran cantidad de trombos en los tercios proximal y medio de la arteria circunfleja. Un detalle importante son las imágenes de ECTASIA / ANEURISMA en los tercios proximales de las arterias descendente anterior, circunfleja y, en menor grado, en el tronco de la coronaria (Fig. 1 y 2).

Al parecer, "la fuente" de trombos se localiza en la ectasia proximal de la circunfleja.



Se logró dilatar la arteria circunfleja con éxito. La 2ª rama marginal que estaba ocluida y era refractaria a la dilatación con balón, debido a la gran cantidad de trombos. Por ese motivo, se introdujo un extractor de trombos (Fig. 3), con lo que se obtuvo un éxito parcial. Se decidió no implantar un stent debido a la gran desproporción de la ectasia (tercio

proximal) con el tercio medio de la 2ª rama marginal (Fig. 4).

Se optó por una infusión IV de Tirofiban durante 36 horas y repetir el cateterismo cardíaco 6 días después.

Se indicó tratamiento con AAS 200mg; Clopidogrel 150mg/día (dosis de ataque fue de 600mg),

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

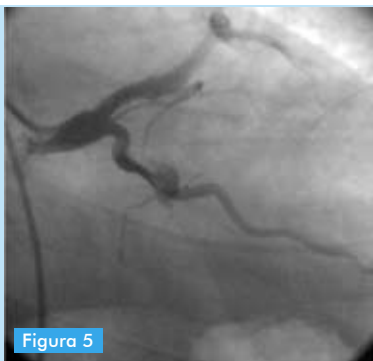


Figura 5

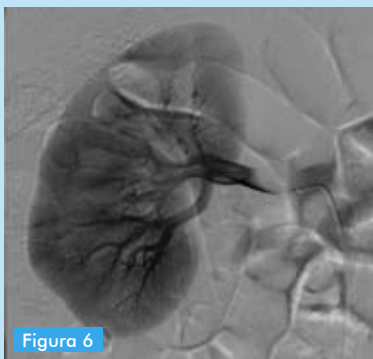


Figura 6

Rosuvastatina 10mg; Candesartan 8mg/día y Metoprolol 50mg/día.

Seis días más tarde se realizó un nuevo cateterismo cardíaco junto con una arteriografía renal bilateral para verificar la hipótesis diagnóstica de poliarteritis nodosa, la cual fue descartada. La cinecoronariografía mostró oclusión total de la 2ª rama marginal

y de la circunfleja (figuras 5 y 6). Paralelamente se investigaron las hipótesis diagnósticas de poliarteritis nodosa, enfermedad de Kawasaki y síndrome antifosfolípido y todos resultados negativos. El paciente fue dado de alta con Clopidogrel 150mg/día, AAS 200mg/día, Candesartan 8mg/día, Ezetimiba/Sinvastatina y Metoprolol 50mg/día ●

Bibliografía recomendada:

DeWood MA, Spores J, Notsker R, Mouser LT, Burroughs R, Golden MS, ET al. Prevalence of total coronary occlusion during the early hours of transmural myocardial infarction. N Engl J Med. 1980; 303 (16): 897-902.

Erbel R, Heusch G. Coronary microembolization. J Am Coll Cardiol. 2000; 36 (1) : 22-4.

Lim MJ, Reis L, Ziace A, Kern MJ. Use of a new thrombus extraction catheter (The Pronto) in the treatment of acute myocardial infarction. J Interv Cardiol. 2005; 18(3): 189-92.

Margheri M, Vittori G, Chechi T, Falchetti E, Cosgrave J, Spazioné G, et al. Thrombus aspiration with export catheter in ST elevation myocardial infarction. J Interv Cardiol. 2007 20(1): 38-43.

Kaltoft A, Botcher M, Nielsen SS, Hansen HH, Terkelsen C, Maeng M, et al. Routine thrombectomy in percutaneous coronary intervention for acute ST-segment-elevation myocardial infarction: a randomized, controlled trial. Circulation. 2006; 114(1): 40-7.

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

Este es un espacio comercial. Los anuncios son responsabilidad de la empresa patrocinante.

El Direct-Stent® Stent Graft

Su apoyo ideal para casos de emergencia...

Rupturas
Disecciones
Fistulas
Aneurismas



Disponibles en medidas coronarias y periféricas.

Para su tranquilidad mental...



NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Dra. Alfonsina Candiello. Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. Argentina

Valor pronóstico del fenómeno de *no reflow* a 5 años luego de la angioplastia primaria en pacientes con infarto agudo de miocardio

Gjin Ndrepepa, Klaus Tirsch, Massimiliano Fusaro, Dritan Keta, Melchior Seyfarth, Robert Byrne, Jurgen Pache, Patricia Alger, Julinda Mehilli, Albert Schomig, Adnan Kastrati. *JACC* 2010;55:2383-9

El fenómeno de *no reflow* afecta a un número considerable de pacientes con síndromes coronarios agudos con elevación del segmento ST (SCAEST) sometidos a angioplastia primaria (ATC 1°). Estudios previos que determinaron el valor pronóstico del *no reflow* lo hicieron sobre la mortalidad a corto plazo.

Los objetivos del presente estudio fueron determinar el impacto del fenómeno de *no reflow* en la mortalidad a 5 años en pacientes con SCAEST sometidos a ATC 1° dentro de las primeras 24 hs. del inicio de los síntomas y

determinar si el desarrollo de *no reflow* confiere información pronóstica independientemente de la aportada por el tamaño del infarto.

Para ello, se incluyeron 1406 pacientes con SCAEST tratados con ATC 1° en un centro de Alemania desde enero de 2002 a diciembre de 2007. Se determinó la presencia de *no reflow* luego de la realización de la angioplastia coronaria al documentarse angiográficamente un flujo TIMI ≤ 2 o un flujo TIMI 3 con *blush* miocárdico de grado 0 ó 1. El tamaño del infarto fue evaluado con un

CONTINÚA »

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

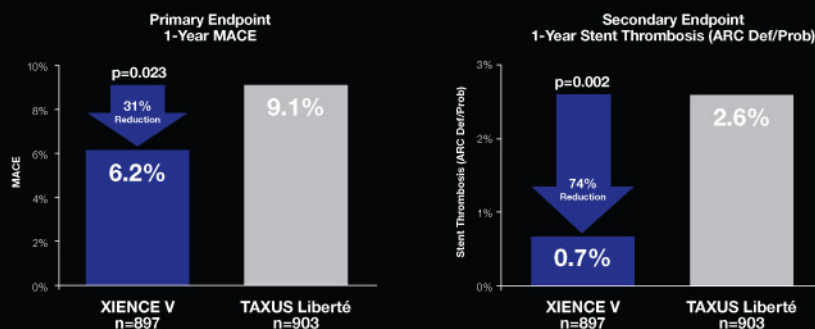
Este es un espacio comercial. Los anuncios son responsabilidad de la empresa patrocinante.

Xience V

Everolimus Eluting Coronary Stent System

COMPARE Trial

**XIENCE V is Superior*
to TAXUS Liberté in
COMPARE**



COMPARE is an investigator-initiated, single-center, prospective RCT testing XIENCE V vs. TAXUS Liberté in 1,800 all-comer, real-world patients.

*XIENCE V has demonstrated statistical superiority in the primary endpoints of SPIRIT IV, SPIRIT III and SPIRIT II in target lesion failure (TLF), in-segment late loss and in-stent late loss respectively. TAXUS Express² was the control in SPIRIT IV. Source: SPIRIT IV, one year results, TCT 2009 and XIENCE V IFU.

MACE = All Death, Non-Fatal MI and TVR. MACE was prespecified for superiority testing. All data from Kaplan-Meier Curves. Source: Dr. Peter Smits, COMPARE Trial, 1-Year Results Presentation, TCT 2009.

Please contact your Abbott Vascular representative to learn more or visit our web site at www.XienceV.com

AP2931131 Rev. A ©2009 Abbott Laboratories

Xience V | **Abbott Vascular**

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

SPECT con 99m TC realizado entre el día 7 y 14 pos ATC 1°. El punto final primario fue la mortalidad a 5 años.

Del total de pacientes, 410 desarrollaron fenómeno de *no reflow* (29%) y 996 pacientes (71%) tuvieron flujo TIMI 3 pos ATC 1°. Los pacientes que desarrollaron *no reflow* con respecto a los pacientes con flujo normal tuvieron mayor edad (65,3 vs. 61,3 años, $p < 0,001$), mayor pico de troponina (4,9 vs. 3,5 $\mu\text{g/l}$, $p < 0,001$), mayor intervalo de tiempo desde el inicio de los síntomas a la admisión (5 vs. 4 hs, $p < 0,001$) y menor fracción de eyección (48% vs. 50%, $p < 0,001$).

La mediana (percentilo 25-75) del tamaño del infarto medido por SPECT en el total de la población del estudio fue 10% (2-24%) del total ventrículo izquierdo, siendo mayor significativamente en aquellos pacientes que desarrollaron *no reflow* pos ATC 1° comparada con aquellos con flujo normal (15% vs. 8% respectivamente, $p < 0,001$).

La mortalidad total a 5 años fue significativamente mayor en los pacientes con *no reflow* vs. los pacientes que presentaron flujo normal (18,25 vs. 9,5% respectivamente, OR:20,02, 95% IC:1,44-2,82; $p < 0,001$) al igual que la mortalidad cardíaca (12,4% vs. 6,3%, OR:2,18, 95% IC:1,46-3,27; $p < 0,001$).

Un análisis multivariado ajustado por el tamaño del infarto, entre otras variables, identificó al fenómeno de *no reflow* como predictor independiente de la mortalidad a 5 años.

Los hallazgos del presente estudio ponen de manifiesto los efectos deletéreos del fenómeno de *no reflow*, por lo que los autores concluyen que el desarrollo de este fenómeno predice riesgo de muerte a 5 años en pacientes con SCAEST tratados con ATC 1° y que esta información pronóstica es independiente de la que aportan otros factores clínicos relevantes incluyendo el tamaño del infarto ●

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

Este es un espacio comercial. Los anuncios son responsabilidad de la empresa patrocinante.

Recubrimiento Abluminal totalmente reabsorbido después de 6-9 meses*

BIOMATRIX™
DES CON POLÍMERO BIODEGRADABLE ABLUMINAL

Seguridad demostrada del DES con polímero biodegradable abluminal

Probada eficacia de la droga Biolimus A9™

Flexibilidad demostrada gracias al diseño de stent avanzado



*Datos en archivo - peso molecular <10kDa

Nuestros representantes en América Latina:

Argentina	TECNOLOGY · www.tecnology.com.ar
Brazil	BIOASSIST · www.bioassist.com.br
Caribe	MARTEC MEDICAL CARIBBEAN GROUP, S.A. martec.caribeangroup@gmail.com
Colombia	WORLD MEDICAL · www.worldmedical.com.co
Chile	ARLAB · www.arlab.cl
Costa Rica	ALFACOR PROVEDORES DE EQUIPO alfacor7@gmail.com
Guatemala	SEMICOM SA · www.semicomsa.com
Mexico	SEYSA MEDICAL · nora29098@hotmail.com
Panama	AVANCES MÉDICOS VENEZOLANOS AMEVECA, www.ameveca.com
Peru	PHS · carlosvasquezvargas@phsupply.com
Uruguay	SANYFICO S.A · sanyfico@movinet.com.uy
Venezuela	AVANCES MÉDICOS VENEZOLANOS AMEVECA, www.ameveca.com

BioMatrix™ sistema de stent coronario de elución de fármaco está aprobado por CE. No está a la venta en los Estados Unidos y algunos otros países. © 2010 Biosensors International Group, Ltd. Todos los derechos reservados. BioMatrix y Biolimus A9 son marcas del Biosensors International Group, Ltd.

10673-000-ES - Rev.01

INTERROGANDO A LOS EXPERTOS

Entrevista al Dr. Héctor Luciardi

Antiagregantes en angina inestable e intervencionismo



//

Dr. Héctor Luciardi

Presidente de la FAC (2008-2009). Miembro del Comité Editorial Internacional de la Revista Española de Cardiología y Archivos de Cardiología de México (2010). Editor Jefe Revista de FAC

1. ¿Cuáles son los antiagregantes que Ud. recomendaría en angina inestable e intervención coronaria, en función de la evidencia publicada?

El cuerpo de la evidencia sostiene el empleo de la antiagregación dual, con Aspirina y Clopidogrel, en prevención secundaria. Clopidogrel, un antagonista del receptor P2Y12, junto a Aspirina demostró en el estudio CURE la capacidad de reducir de manera significativa la tasa de eventos isquémicos en sujetos con angina inestable, infarto de miocardio con y sin ST, como también en aquellos pacientes con indicación de una intervención coronaria percutánea. La evidencia actual sostiene que Prasugrel tendría indicación precisa en subgrupo de pacientes de alto riesgo.

2. ¿En qué casos considera que se debe usar Prasugrel en lugar de Clopidogrel?

Prasugrel, una novel y potente tienopiridina de 3° generación, inhibe de manera irreversible la agregación plaquetaria. El estudio TRITON TIMI-38 constituye la principal fuente de evidencia de su efectividad (18,8% reducción del punto final combinado al compararlo con Clopidogrel) diferencia que primariamente se consiguió por la menor tasa de infartos de miocardio no fatales, aunque con un incremento relativo del riesgo de sangrado cercano al 30%. Los subgrupos de pacientes de alto riesgo (diabéticos, infarto previo, e IAM con ST) son los que se beneficiarían substancialmente con Prasugrel.

3. ¿En qué casos considera que no debe utilizarse Prasugrel?

En sujetos añosos (>75), en aquellos con bajo peso (<60 kg.) y en sujetos con ACV o AIT previo, por el importante riesgo de sangrado. No existe evidencia directa de que la eficacia de Prasugrel se mantenga si luego cambiamos a Clopidogrel, o si la opción es emplear dosis menores a la estándar.

4. ¿Cuáles serían las ventajas del uso de Ticagrelor en lugar de Clopidogrel o Prasugrel?

Ticagrelor es una ciclo-pentil-triazolo-pirimidina (CPTP), no es un tienopiridina, que se une reversiblemente al receptor P2Y12 de las plaquetas lo que permite su recuperación funcional. Es una droga activa por vía oral, que al no requerir activación metabólica, actúa directamente y más rápidamente. Ticagrelor es más potente que Clopidogrel al ejercer mayor inhibición de la agregación plaquetaria. En el estudio PLATO, Ticagrelor tuvo una reducción del riesgo relativo de mortalidad del 22%, algo no visto con Clopidogrel ni con Prasugrel en los estudios, CURE y TRITON-TIMI 38 respectivamente, sin incrementar el riesgo de sangrado.

5. En los pacientes con angina inestable de alto riesgo ¿Cuál es la dosis de carga de Clopidogrel o Prasugrel que considera adecuada?

La dosis aprobada para Clopidogrel es una carga de 300mg y luego 75mg/día; para Prasugrel la dosis de carga es de 60mg y luego 10 mg/día, dosis propuestas en el estudio TRITON TIMI-38. La

carga de Clopidogrel con 600mg es más potente que 300mg y similar a 900mg para inhibir la agregación plaquetaria inducida por ADP. El estudio CURRENT OASIS-7 comparó, en SCA con y sin ST, la dosis estándar de Clopidogrel (300mg, luego 75mg/día) con doble dosis de Clopidogrel (600mg, luego 150mg durante 7 días y continuar con 75mg/día) y comprobó una reducción del riesgo relativo del punto final compuesto del 15%, con marcado beneficio en la valoración angiográfica de la trombosis del stent con doble dosis de Clopidogrel y altas dosis de aspirina (300mg), sin incrementar el riesgo de sangrado.

6. Después del implante de stents coronarios en angina inestable, ¿Considera indicado el uso de doble dosis de antiagregantes y por cuánto tiempo?

No caben dudas acerca de la utilidad de la antiagregación dual en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral y/o arterial periférica. El tiempo óptimo de la terapia dual en pacientes tratados con un stent liberador de drogas no pudo establecerse aún. La suspensión del Clopidogrel a los 30 días y 6 meses es un predictor independiente de trombosis, no así a los 12 meses, por lo que la duración recomendable para el tratamiento con Clopidogrel es de 12 meses. La mortalidad de esta complicación tan temida es muy elevada en los pacientes que la desarrollaron (23,5% vs 3,2% en quienes no la presentaron). Por más de 12 meses sólo en pacientes de alto riesgo.

INTERROGANDO A LOS EXPERTOS

7. Alcanzar una rápida identificación de no respondedores a la antiagregación plaquetaria impresiona atractivo. ¿Tiene hoy un rol activo la pesquisa de estos subgrupos?

Debemos tener presente y enfatizar el concepto de que es norma de buena práctica clínica adherir a las guías clínicas vigentes publicadas por las sociedades científicas que nos representan en el orden local o internacionalmente. En la actualidad no se recomienda de manera rutinaria realizar pruebas de función plaquetaria, aunque los resultados de estos tests sean promisorios en los pacientes de muy alto riesgo, el valor predictivo de estos tests, en el estudio POPULAR, fue solo modesto para los de moderado a bajo riesgo.

8. ¿Debiera identificarse sistemáticamente a todos estos pacientes antes de ser dados de alta?

Las pruebas genéticas se pueden considerar antes de iniciar la terapia antiagregante plaquetario dual, para determinar si un paciente con moderado a alto riesgo esta predispuesto a metabolizar pobremente el Clopidogrel. Los resultados "preliminares" de estos tests genéticos no sostienen el screening sistemático de estos pacientes para guiar la práctica clínica. La evidencia disponible es aún insuficiente ●

Nos gustaría compartir su opinión sobre los artículos comentados en este número.

Puede escribirnos a: proeducar@solaci.org

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

Este es un espacio comercial. Los anuncios son responsabilidad de la empresa patrocinante.

supralimus-core
SIROLIMUS ELUTING STENT

Plataforma de cobalto cromo aprobado pelo CE, proporcionando una liberación uniforme da droga, excelente navegabilidade e flexibilidade.

Estudo Clínico - Maximus Trial

Resultados

Clinical FUP: 8M TVR (%) : 0.0
MI (%) : 0.0 Overall MACE (%): 2.8

QCA - após 8 meses de acompanhamento

In lesion late loss (mm) : 0,33 ±0,32
In lesion binary restenosis (> 50%): 1,6%



A liberação do sirolimus em 45 dias, através de um polímero biodegradável que inibe a reestenose e permite o crescimento neointimal.



Referência: Maximus Clinical Trial - Outubro de 2007, Congresso TCT 2007. "Safety and Efficacy of Sirolimus Eluting SUPRALIMUS-CORETM Stent At Max Heart Institute In the Treatment Of De Novo Native Coronary Artery Lesions (Interim analysis of preliminary results)". Ashok Seth, FRCP (LOND), FRCP (EDIN), FRCP (IREL), FACC, DSc., Chairman & Chief Cardiologist - Max Heart & Vascular Institute - New Delhi - India.