



XXVII Jornadas SOLACI

9° Región Andina

8 / 9 de Octubre 2015

LIMA
PERU

*informes: www.solaci.org
(5411) 4954-7173*





Angioplastia en el Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST con Enfermedad Multivaso:

¿Es hora de cambiar el paradigma?

Dr. Jorge Mayol



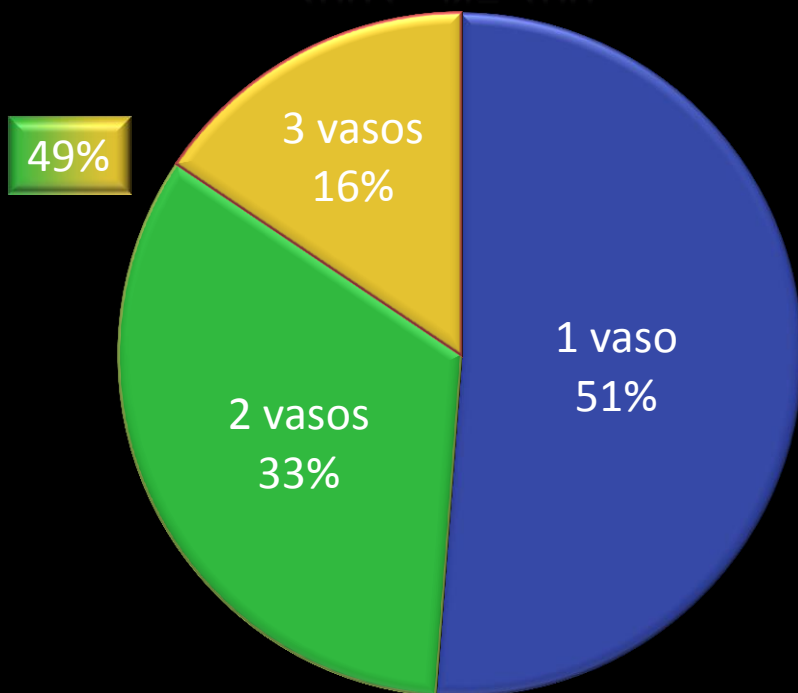
**Centro Cardiológico
Americano**

Montevideo - Uruguay

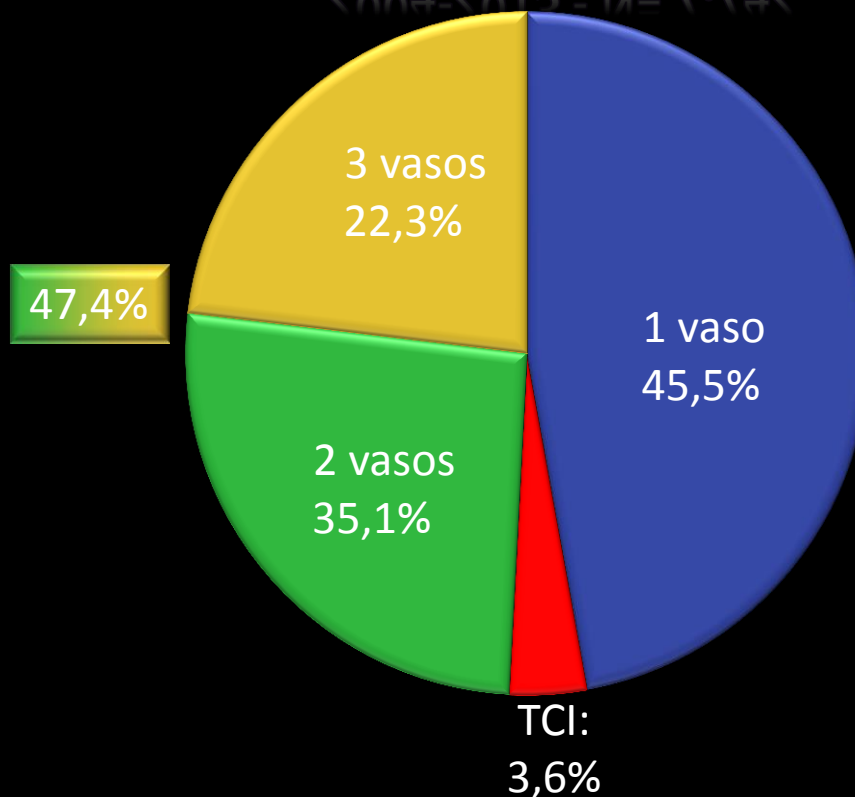
Enfermedad Multivaso en el IAM



ESTUDIO CADILLAC
2007 - N= 700

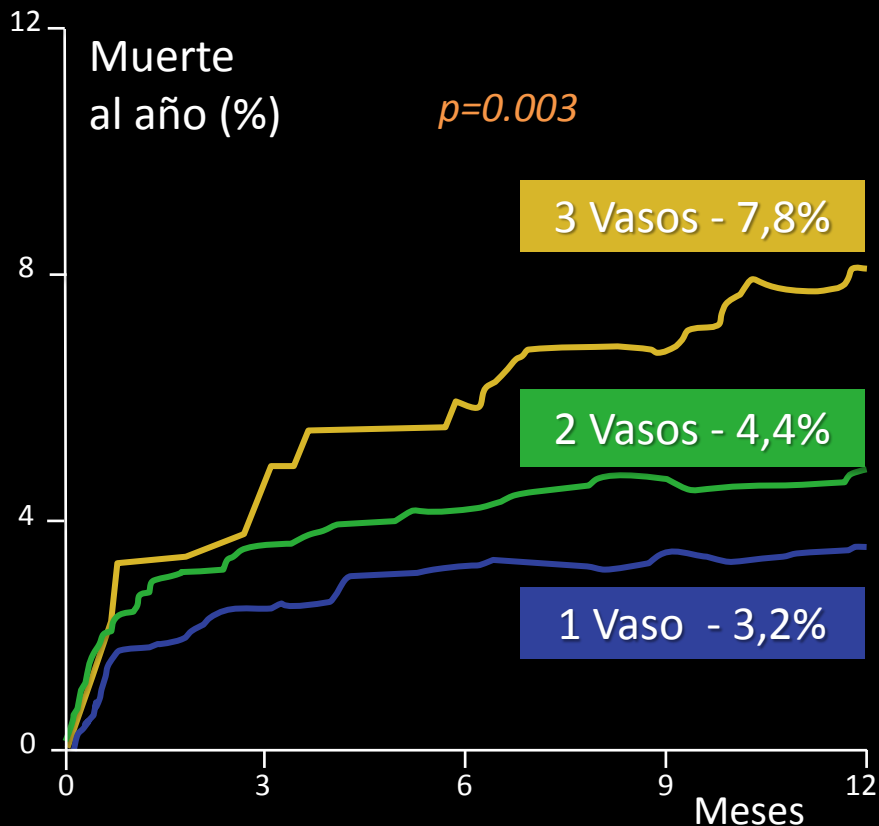


REGISTRO URUGUAYO
2004-2013 - N= 7.742



IAM - Enfermedad Multivaso y Pronóstico

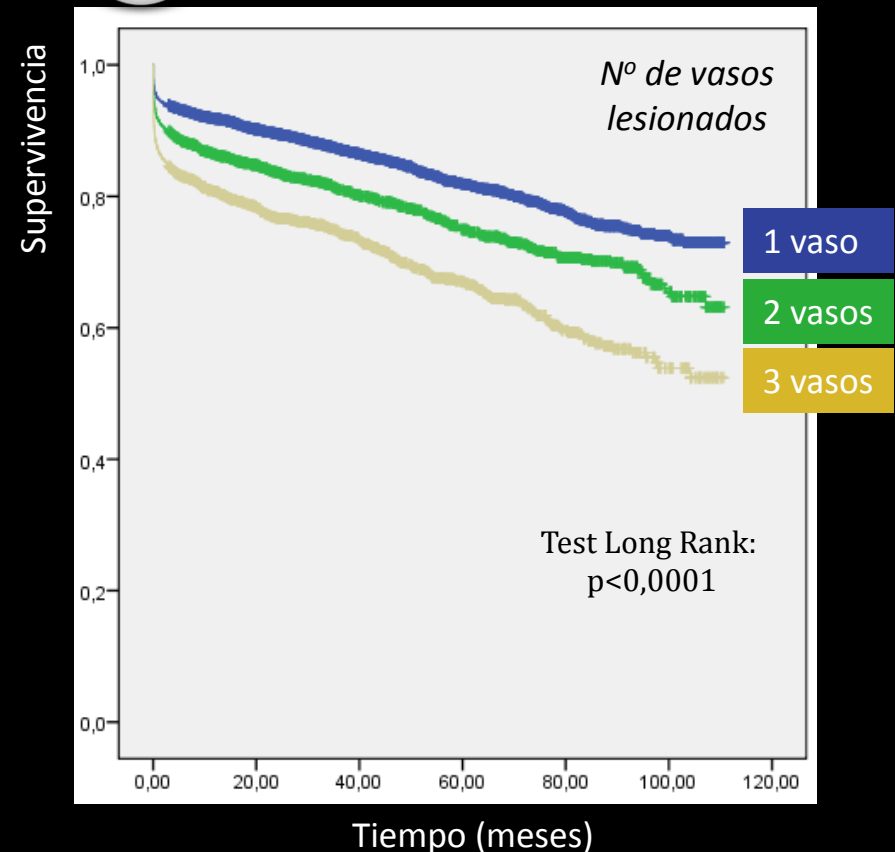
Mortalidad a 1 año



Análisis Multivariado:
Enf 3V – predictor de mortalidad a 1 año
(HR=2.60, $p= 0.009$)

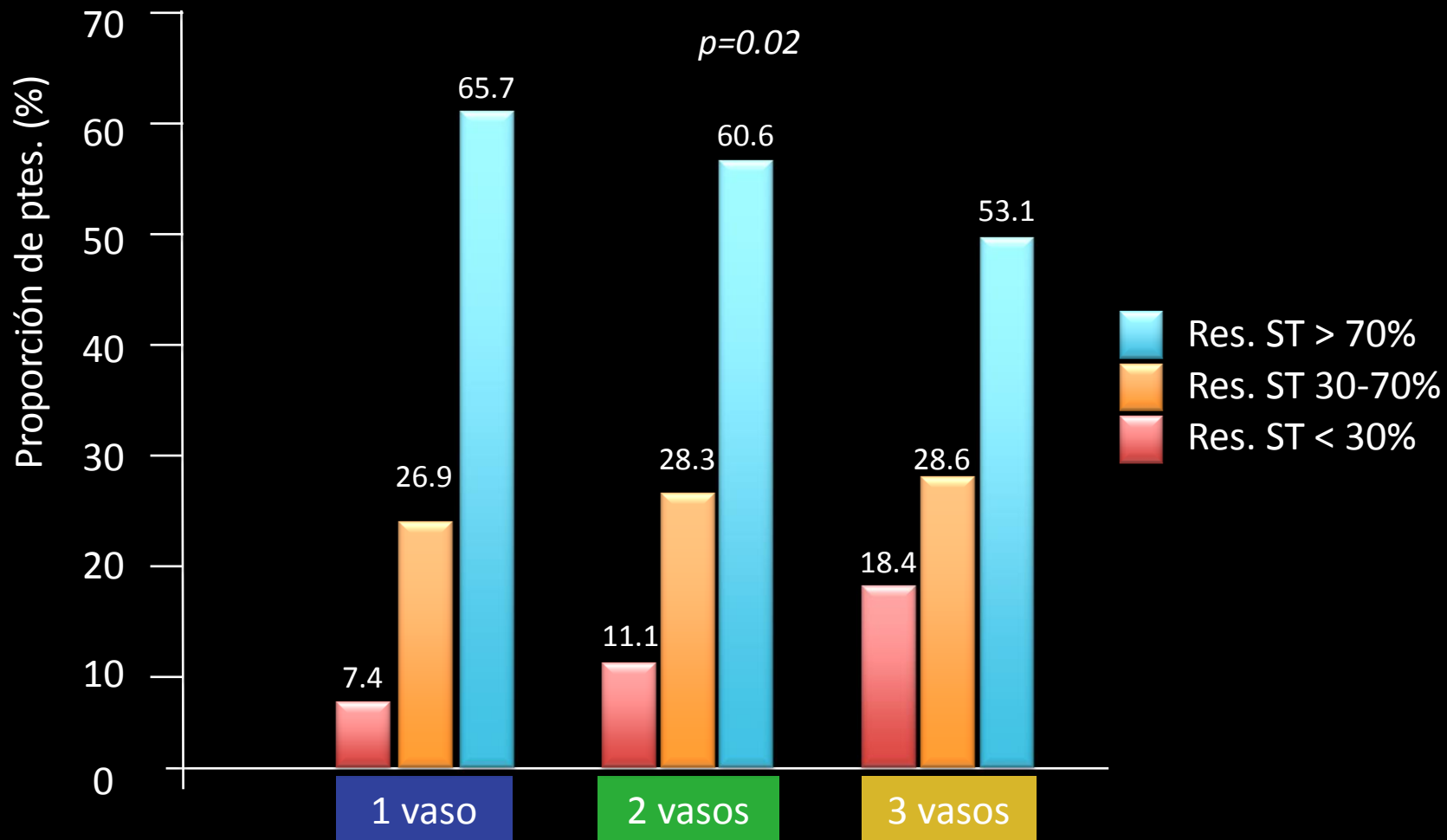


Sobrevivida a 5 años

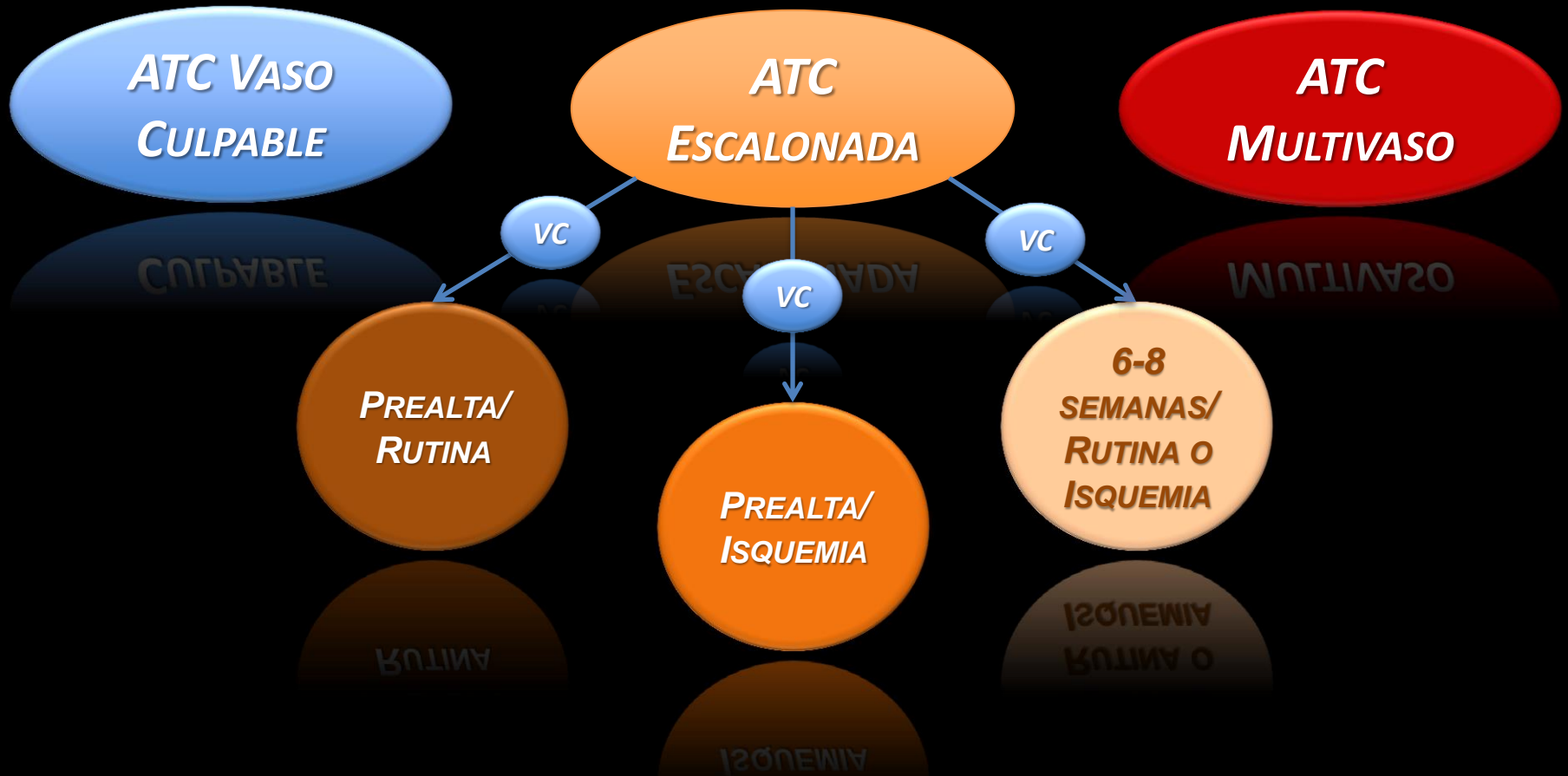


Reperfusion según N° vasos enfermos

Resolución del segmento ST



Opciones para la EMV en IAMcST



ATC MULTIVASO

A Favor

- ↓ Tamaño del infarto
- ↓ disfunción ventricular – atontamiento
- ↓ necesidad de nuevos procedimientos
- ↓ estadía hospitalaria, costos
- Estabiliza otras placas inestables

En Contra

- ↑ Tamaño del infarto
- ¿isquemia? de los territorios NC
- Procedimiento NO seguro
 - ambiente “inflamatorio-trombótico”
- + contraste
- Discusión con el “equipo cardíaco”

Exageración de las lesiones NC en el IAM

	CACG		Valor p
	en IAM	post IAM	
Diámetro LM (mm)	1.53 (0.51)	1.78 (0.65)	<0.001
Estenosis NC (%)	49.3 (14.5)	40.4 (16.6)	<0.0001
Diámetro Referencia	3.1 (0.8)	3.0 (0.8)	0.3
FC (lpm)	73	72	NS
PAS (mmHg)	130 (28.2)	123 (23.5)	NS
PAD (mmHg)	74 (16.9)	66 (10.6)	<0.01

- 1/5 pacientes c/lesiones > 50%  lesiones <50%
- ↓ 21 % relativo en la severidad de la estenosis

¿ATC de vaso culpable o multivaso?



2013



La ATC de una arteria no relacionada con el infarto está indicada en una **oportunidad diferente** de la ATC primaria en pacientes con **síntomas espontáneos de isquemia**



No debe realizarse ATC de una arteria no responsable del IAM al momento de la ATCP en pacientes hemodinámicamente estables

¿ATC de vaso culpable o multivaso?



2014



La ATCP debe limitarse al vaso culpable, con excepción del shock cardiogénico e isquemia persistente luego de la ATC de la arteria culpable

Evolución de la evidencia



Guías 2013/14

*ATC VASO
CULPABLE*

VS

*ATC
MULTIVASO*

VS

*ATC
ESCALONADA*

METANALISIS VLAAR 2011

- 40.280 ptes. entre 1985-2010
- 18 estudios: 4 Prospectivos + 14 Retrospectivos

Mortalidad a corto plazo

Mortalidad a largo plazo

ATCP en pacientes con Enfermedad Multivaso

Mortalidad según número de vasos tratados: VC vs. MV



2004 – 2013

N =7.742; enf.multivaso n=4.165 (54%)

N° de vasos tratados	n (%)
1	3.653 (87,7)
Multi	512 (12,3)

↑
p<0,05

Análisis multivariado por regresión de Cox

	OR	IC (95%)	p
ATCP multivaso	1,5	1,2 – 1,8	<0.001

Evolución de la evidencia

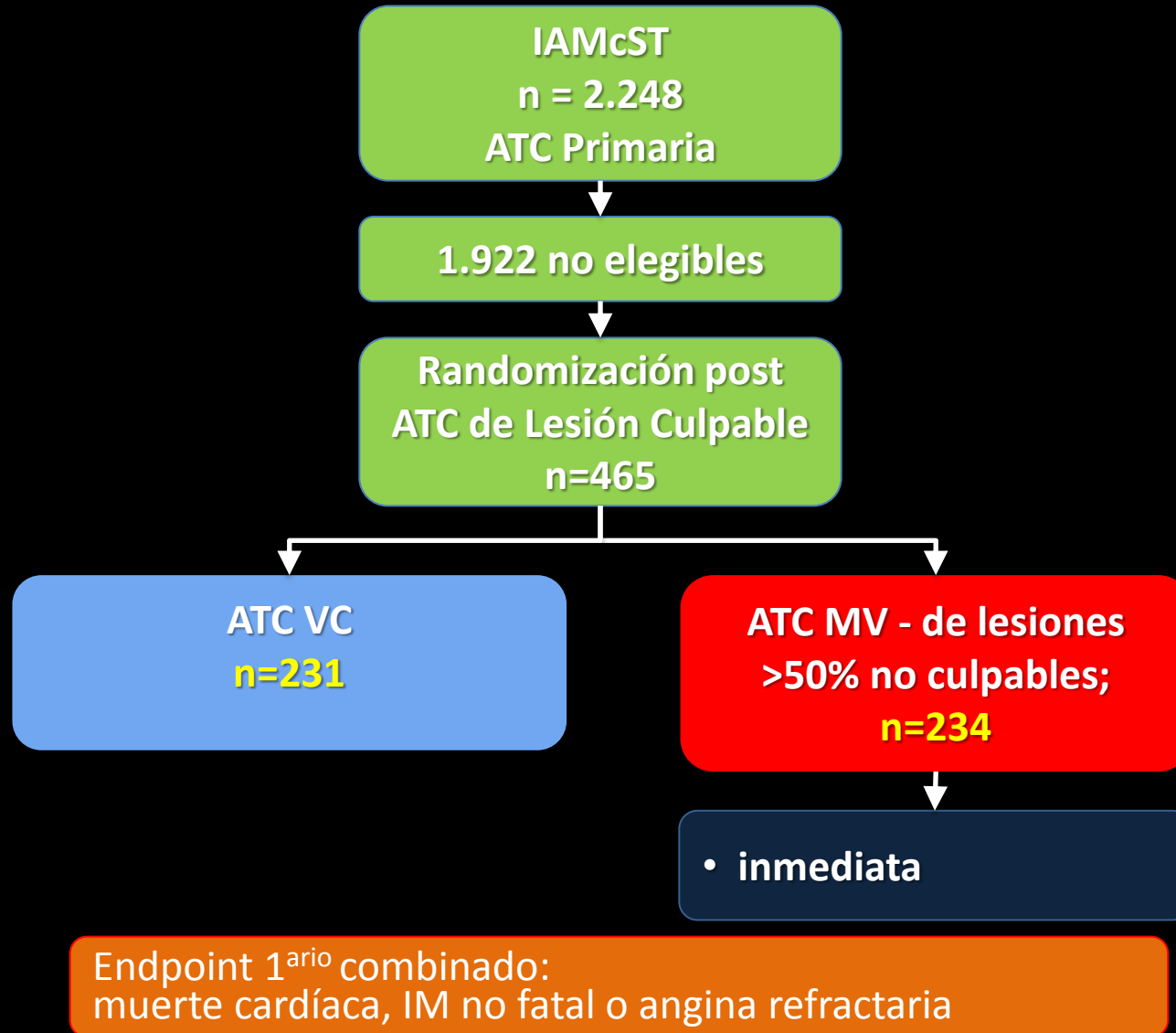


Registros + Guías
2013



ECR + Metanálisis
2014-15

PRAMI

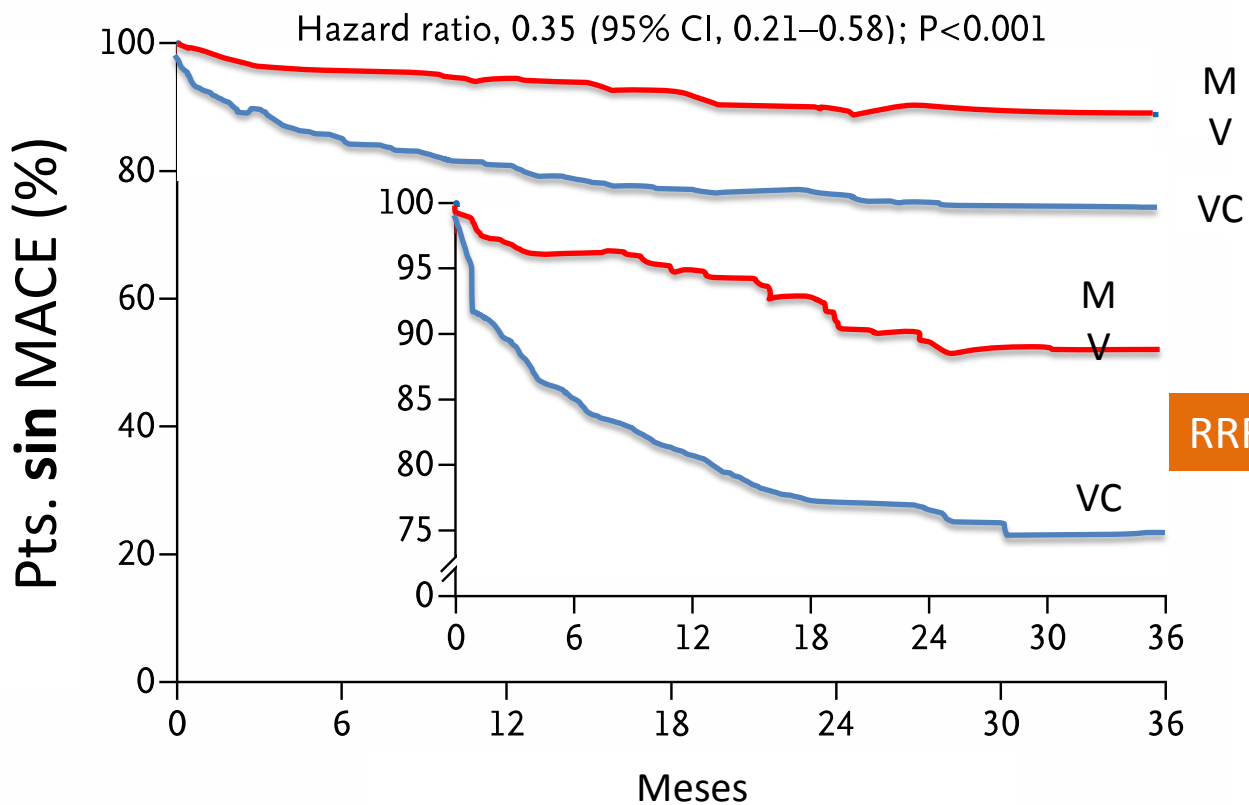


**ATC VASO
CULPABLE**

VS

**ATC
MULTIVASO**

MACE: muerte cardíaca, IAM no fatal, angina refractaria



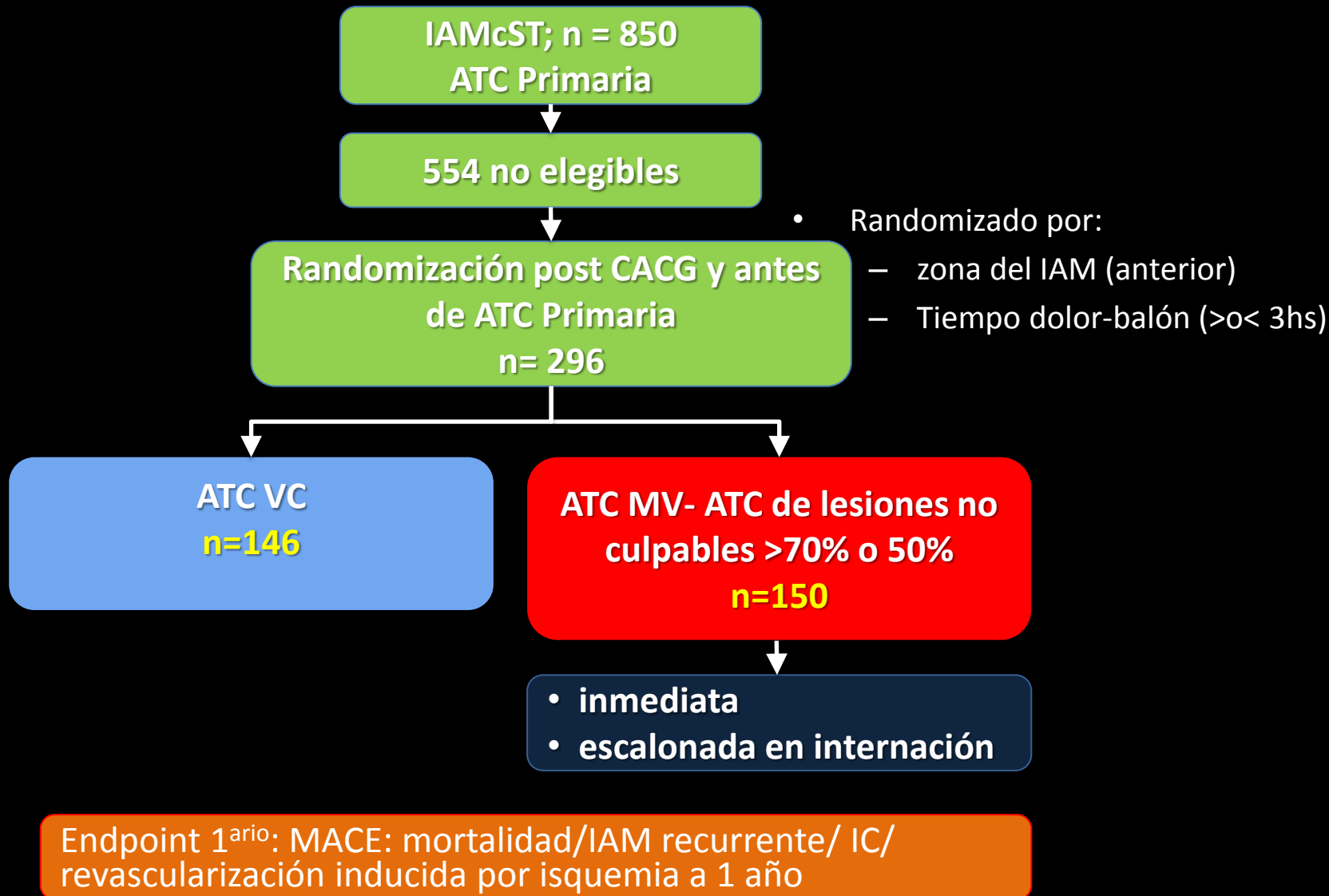
No. at Risk

Preventive PCI	234	196	166	146	118	89	67
No preventive PCI	231	168	144	122	96	74	50

PRAMI: Limitaciones

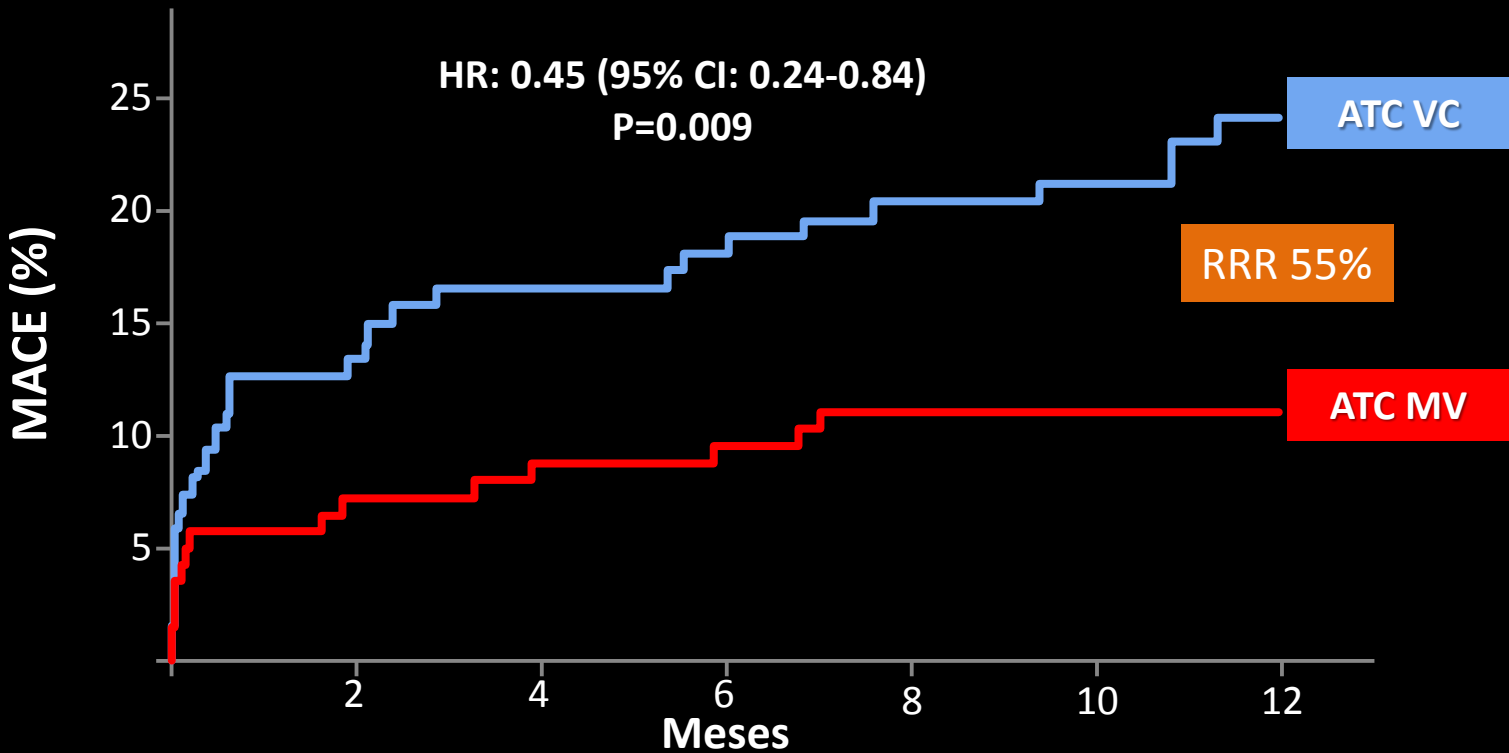
- Incluyeron lesiones moderadas (>50%)
- No incluyó a la estrategia de ATC escalonada
- Mas Diabetes e IAM anterior en el grupo VC
- No se estratificaron las lesiones según topografía del IAM
- Solo se randomizó al 36% de los pacientes con enf. multivaso.
- Terminado precozmente: publicidad masiva

CvLPRIT



CvLPRIT

MACE: muerte, re-IAM, falla cardíaca, revascularización



No. en riesgo

ATC MV	150	131	129	128	125	108	73
ATC VC	146	122	118	116	111	98	68

CvLPRIT

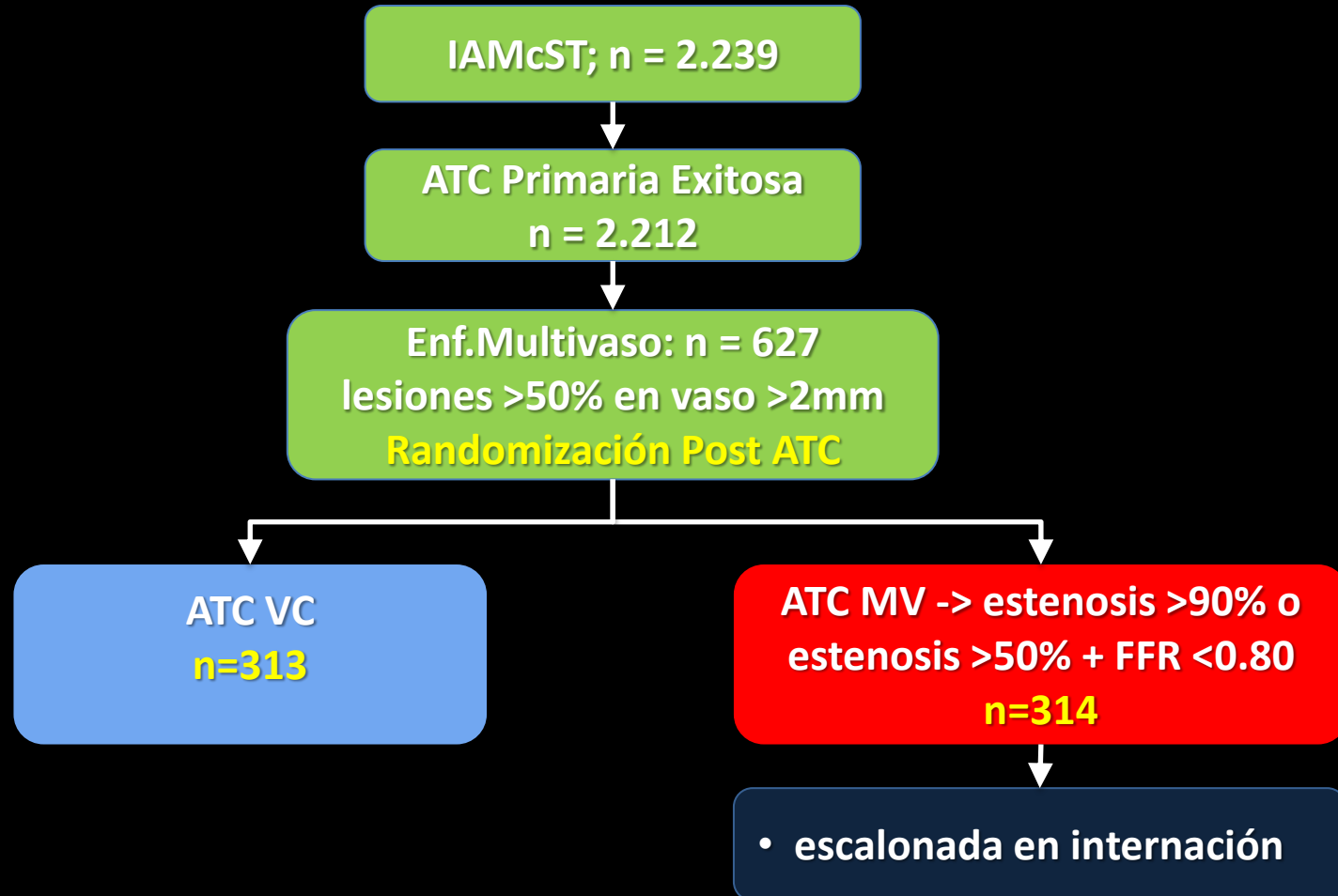
Evolución clínica a 12 Meses

Evento	ATC MV	ATC VC	HR (95%)	P
	N=150 (%)	N=146(%)		
MACE	15 (10.0)	31 (21.2)	0.45 (0.24, 0.84)	0.009
Muerte	2 (1.3)	6 (4.1)	0.32 (0.06, 1.60)	0.14
IAM Recurrente	2 (1.3)	4 (2.7)	0.48 (0.09, 2.62)	0.39
ICC	4 (2.7)	9 (6.2)	0.43 (0.13, 1.39)	0.14
Revasc. Repetida	7 (4.7)	12 (8.2)	0.55 (0.22, 1.39)	0.20

Conclusiones: La revascularización completa disminuye significativamente la tasa del MACE a 12 meses comparado con tratar solo el VC.

La revascularización total debe considerarse, pero son necesarios estudios mas grandes para confirmar estos resultados y especificamente definir si esta estrategia se asocia a mejor sobrevida.

DANAMI 3 - PRIMULTI

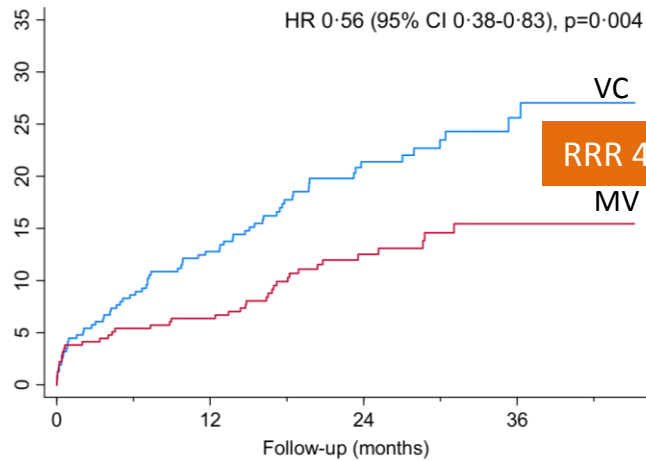


Endpoint 1^{ro}: Mortalidad por cualquier causa, IM no fatal, revascularización guiada por isquemia de lesiones no culpables.

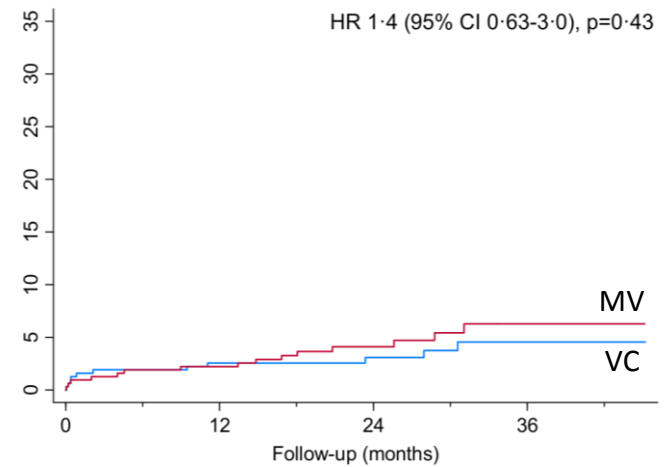
DANAMI 3 - PRIMULTI

MACE: muerte, IAM no fatal, revascularización de lesiones NC

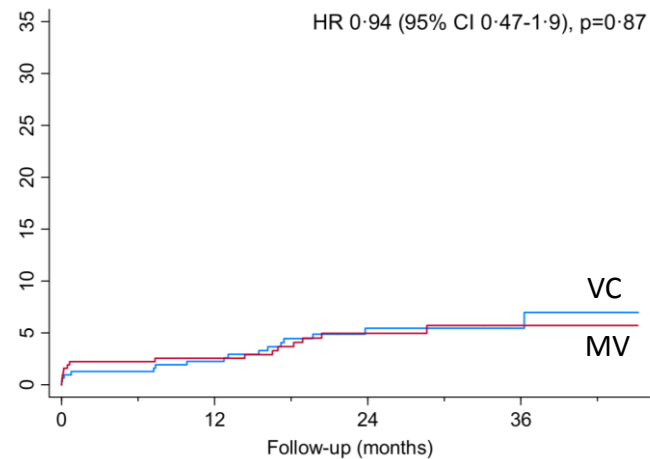
MACE



Mortalidad Global

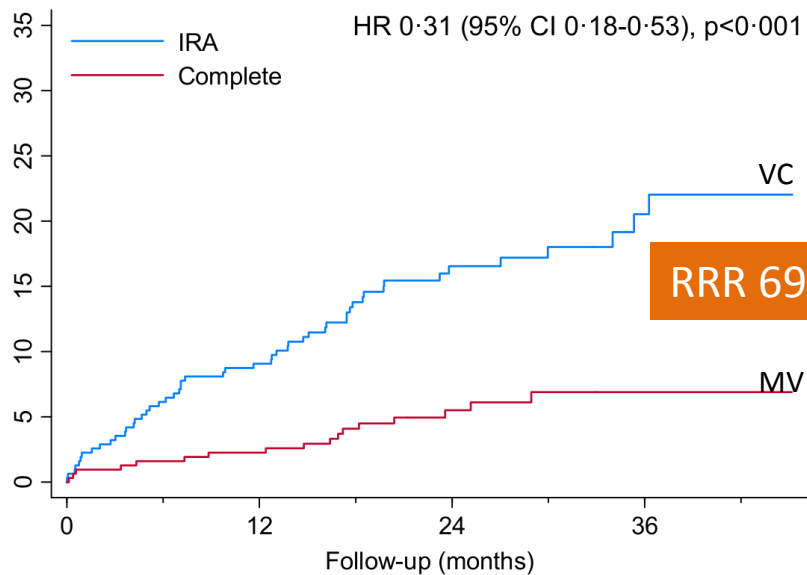


IM no fatal



DANAMI 3 - PRIMULTI

Nueva Revascularización



- 40% de los ptes. debieron ser intervenidos de urgencia de lesiones NC
- Estaban coordinados para un stress test, pero debieron ingresar al hospital para completar su revascularización
- Este estudio promueve la **ATC pre-alta** de lesiones críticas (>90%) en vasos no culpables

PRAMI / CvIprit / DANAMI PRIMULTI:

¿Qué hizo la diferencia de MACE?

PRAMI

CvLPRIT

DANAMI 3-
PRIMULTI

ATCP MV en el IAMcST: Metanálisis 2015

Moretti: 9 estudios, 4.686 pacientes

[International Journal Cardiology 2015;179:552-7](#)

“Parece segura a corto plazo y reduce la revascularización repetida”

Sarathy: 4 estudios, 775 pacientes

[Heart Lung Circ 2015;24:327-334](#)

“Puede resultar en una mejor evolución; sin embargo, no hay suficiente data para validarla”

Rasoul: 15 estudios, 35.975 pacientes

[Netherlands Heart Journal 2015;23:224-31](#)

“Se asocia a mayor mortalidad, mas sangrado; menor riesgo de reintervención y reinfarcto”

Song: 30 estudios, 44.256 pacientes

[J Interven Cardiol 2015;28:1-13](#)

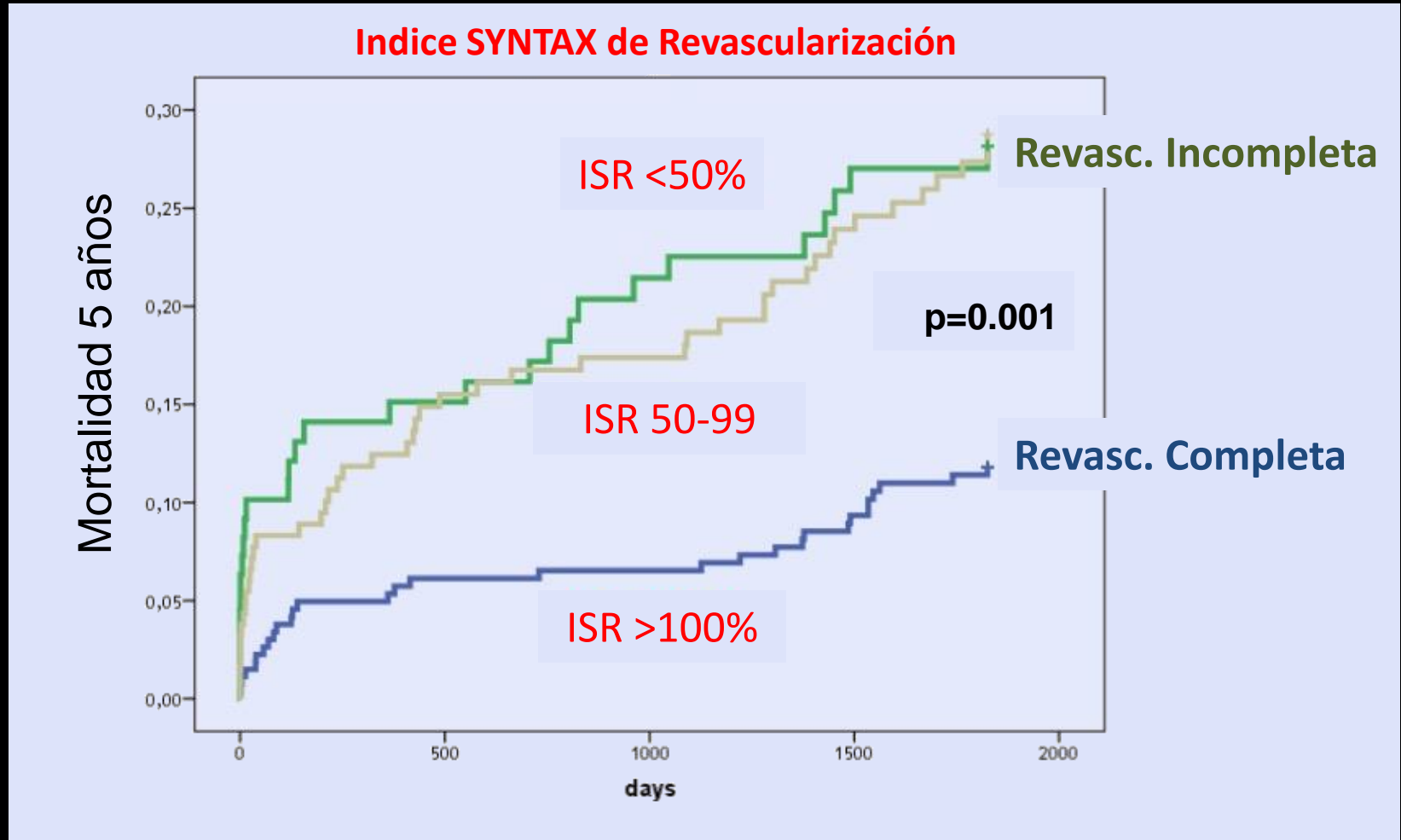
“Es efectiva en reducir la revascularización reiterada pero sin beneficio significativo en muerte o IAM”

Kowalewski: 7 estudios, 1.303 pacientes

[Heart 2015;101:1309-17](#)

“Reduce MACE en 41%, dado por 52% reducción en IAM recurrente y revascularización reiterada”

Grado de Revascularización post ATCP y mortalidad



¡No hay una única
estrategia para
todos los pacientes!



Conclusiones: IAMcST - Enf. Multivaso



Conclusiones: IAMcST - Enf. Multivaso

- Estudios observacionales: peor resultado con ATC MV
- Estudios randomizados: mejor resultado con ATC MV
- Metanálisis 2015: NO concluyentes
- ATC MV no reduciría la mortalidad
- ATC MV ¿no aumenta la mortalidad?: no debiera estar contraindicada en pacientes estables
- Buscar la revascularización completa; ¿cuando?: COMPLETE Trial, CROSS-AMI, COMPARE-ACUTE