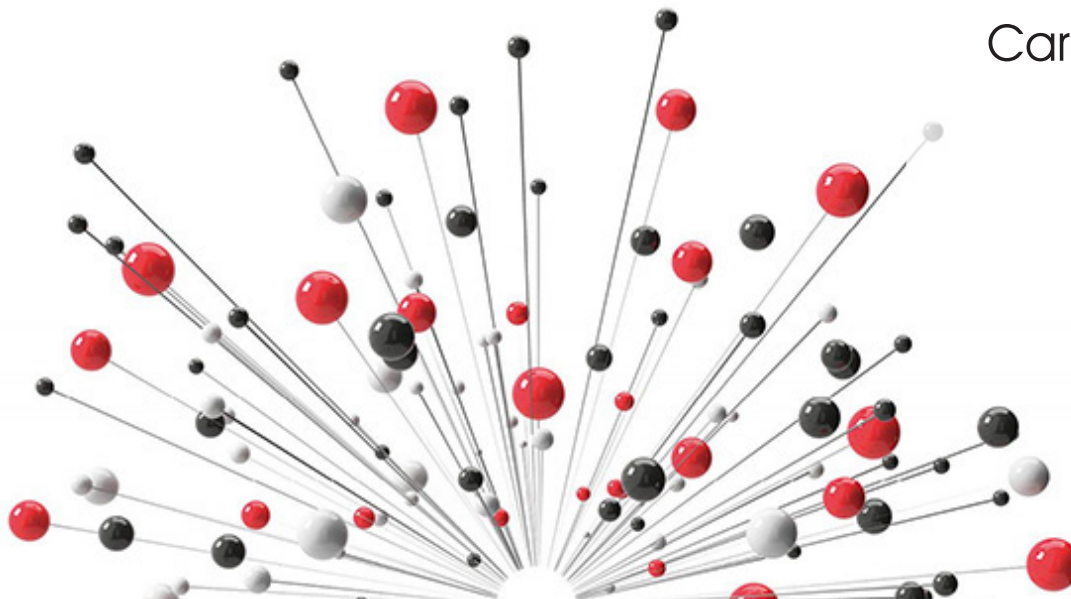


QUID NOVI?

COLECCIÓN

Año 10, Vol. 10, Nº 5

Destacados del Congreso
de la Sociedad Europea de
Cardiología 2020



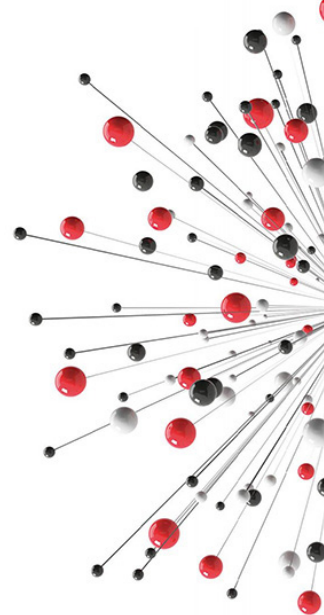
Sociedad Iberoamericana
de Información Científica



Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología 2020

Dr. Guillermo Fabregues

Médico Cardiólogo, Fundación Favaloro;
Presidente de la Sociedad Argentina
de Cardiología (2015); Ciudad de
Buenos Aires, Argentina.



Introducción

En el segundo semestre de 2020, el Congreso de la *European Society of Cardiology* (ESC) se llevó a cabo por primera vez de manera virtual, debido al contexto de pandemia que vive el mundo.

Con una asistencia récord de más de 110 000 participantes de 210 países, el Congreso ESC 2020, celebrado entre el 29 de agosto y el 1 de septiembre, brindó cuatro días de conferencias relevantes e innovadoras sobre diversos temas cardiovasculares que impactan en la práctica clínica.

Además de la celebración de dos simposios virtuales de interés en el tratamiento de las dislipidemias y la presentación de dos nuevas guías, se mostraron resultados novedosos surgidos de diversos estudios que cambian la forma de tratamiento de algunas enfermedades cardiovasculares. Entre los estudios más relevantes para la clínica diaria están los siguientes:

Estudios

EMPEROR-Reduced: empagliflozina en la insuficiencia cardíaca con reducción de la fracción de eyección

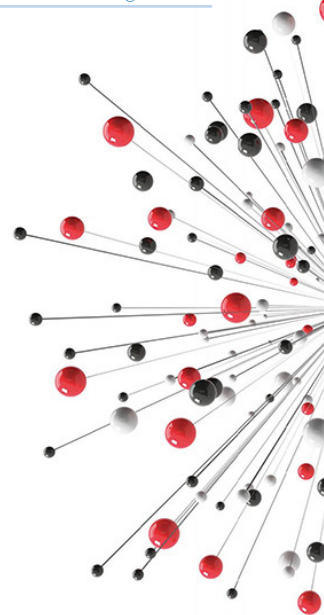
Desde la presentación del estudio *DAPA-Heart Failure* en el Congreso Europeo de Cardiología de 2019, realizado en París, es sabido que los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 (SGLT2) reducen el riesgo de hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC), independientemente de la presencia o ausencia de diabetes.

El *EMPEROR-Reduced* es un ensayo a doble ciego, multicéntrico y aleatorizado, donde los 3730 pacientes con IC de clase II, III o IV y fracción de eyección < 40% fueron asignados al azar a recibir 10 mg/día de empagliflozina o placebo, además de la terapia recomendada para la IC.

El criterio principal de evaluación fue la combinación de muerte cardiovascular u hospitalización por el empeoramiento de la IC.

En cuanto a los resultados, luego de una mediana de seguimiento de 16 meses, se produjo el evento del criterio principal de valoración en el 19.4% de los pacientes del grupo de empagliflozina y en el 24.7% del grupo de placebo (*hazard ratio* [HR] 0.75; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0.65 a 0.86; $p < 0.001$). De esta manera, la reducción del criterio principal combinado en el grupo de tratamiento fue del 25%. El efecto de la empagliflozina sobre el criterio principal fue constante en los pacientes, independientemente de la presencia o ausencia de diabetes. El número total de hospitalizaciones por IC fue menor en el grupo de empagliflozina respecto del grupo de placebo (HR: 0.70; IC 95%: 0.58 a 0.85; $p < 0.001$). Sin embargo, la empagliflozina no mostró reducción de la muerte cardiovascular ni general.

En conclusión, la empagliflozina redujo el riesgo del combinado de muerte cardiovascular u hospitalización por insuficiencia cardíaca a expensas de la reducción de las hospitalizaciones, frente a placebo, independientemente de la presencia o ausencia de diabetes.



LoDoCo2: colchicina para pacientes con síndrome coronario crónico

El estudio *LoDoCo2* buscó probar si el uso de colchicina en dosis de 0.5 mg/día previene los eventos cardiovasculares en pacientes con enfermedad coronaria crónica.

Un total de 5522 pacientes con enfermedad coronaria crónica fue aleatorizado para recibir 0.5 mg/día de colchicina o placebo. Además, todos los pacientes recibían terapia antiagregante plaquetaria e hipolipemiente. El criterio principal de valoración del estudio fue la combinación de muerte cardiovascular, infarto de miocardio, ictus isquémico o revascularización motivada por isquemia.

Cuando se analizaron los componentes del criterio principal de valoración se observó una tendencia constante en todos: el infarto de miocardio y la revascularización motivada por la isquemia fueron significativamente menos frecuentes en el grupo de colchicina.

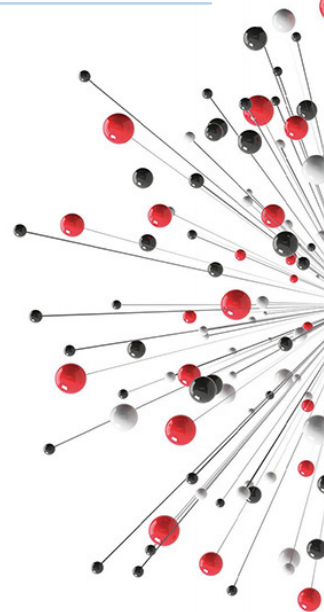
La dosis baja de colchicina fue bien tolerada a largo plazo. Durante el seguimiento máximo de 5 años, la dosis baja de colchicina no se asoció con ningún evento adverso grave.

Este estudio confirmó que las dosis bajas de colchicina fueron bien toleradas a largo plazo y redujeron significativamente el riesgo del criterio principal de valoración en casi un 30%. Los efectos del tratamiento con colchicina en los eventos cardiovasculares informados en el estudio *LoDoCo2* coincidieron con los hallazgos de los estudios CANTOS y COLCOT.

El estudio concluye que la colchicina en dosis bajas es una opción potencial para la prevención de los eventos cardiovasculares en pacientes con enfermedad coronaria crónica.

BRACE CORONA: interrupción o continuación de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina/antagonistas del receptor de angiotensina en pacientes con COVID-19

Es sabido que el coronavirus ingresa a las células del pulmón utilizando los receptores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) y, en relación con esto, se han estimado múltiples argumentos a favor y en contra del uso de inhibidores de la ECA y antagonistas de la angiotensina 2 en pacientes con COVID-19.



Es por ello por lo que los investigadores iniciaron este estudio, para evaluar el impacto de la continuación o la suspensión de estos fármacos en pacientes con infección confirmada.

Los pacientes elegidos, tratados con inhibidores del sistema renina-angiotensina (inhibidores de la ECA, antagonistas del receptor de angiotensina), con diagnóstico confirmado de COVID-19, fueron aleatorizados a continuar con el tratamiento o discontinuarlo por 30 días. El criterio principal de valoración fue la mediana de días vivos y fuera del hospital a los 30 días.

Todos los participantes (n = 659) recibían en forma crónica inhibidores de la ECA o antagonistas del receptor de angiotensina y habían sido hospitalizados con infección por COVID-19.

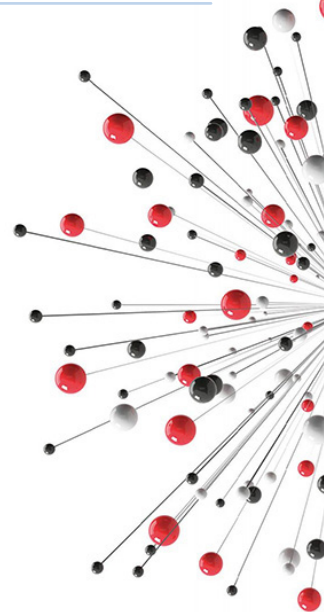
El número de días dentro y fuera del hospital fue de 21.9 para los pacientes que suspendieron los fármacos y 22.9 para aquellos que los continuaron.

El cociente promedio de días vivos y fuera del hospital entre los grupos que suspendieron y continuaron el tratamiento fue de 0.96 (IC 95%: 0.90 a 1.01; p = 0.09). La diferencia promedio entre los grupos fue de -1.1 días (IC 95%: 2.33 a 0.17).

La proporción de pacientes vivos y fuera del hospital al final de los 30 días en el grupo que suspendió los fármacos fue del 91.8% frente al 95% en el grupo de los que continuaron con el tratamiento.

La tasa de mortalidad a los 30 días fue similar en los dos grupos (2.8% frente a 2.7%, respectivamente; HR: 0.97).

En conclusión, en pacientes hospitalizados con COVID-19, la suspensión de inhibidores del sistema renina-angiotensina por 30 días no afecta el número de días dentro y fuera del hospital. Debido a que estos hallazgos indican que no hay beneficio clínico de interrumpir de rutina estos fármacos en pacientes con COVID-19 leve a moderada, la administración de estos antihipertensivos debe continuarse en los pacientes con una indicación clara.

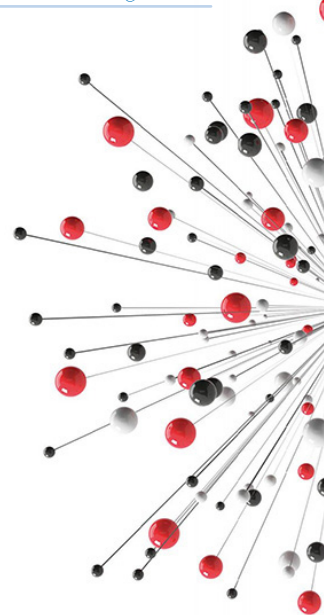


Guías de práctica clínica

Nueva guía para el tratamiento de los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST

Estos son los puntos más importantes de las nuevas guías:

1. Recomendación fuerte de la utilización de troponina de alta sensibilidad en la evaluación de pacientes con dolor torácico. La utilización de otro tipo de marcadores para el diagnóstico no está fuertemente recomendada.
2. Se agrega como algoritmo de evaluación de los pacientes una sistemática con troponina al inicio y a las 2 horas, que puede ser más fácil de implementar que al inicio y a la hora.
3. En relación con la estimación del riesgo isquémico, la guía recomienda una integración de la información del electrocardiograma, los biomarcadores, la clínica y los puntajes para definir el riesgo. Reconoce que, por sí solos, los *scores* no alcanzan para discriminar el riesgo en forma precisa y tomar una decisión solamente basada en estas herramientas. Es por ello que sigue recomendando el *score* GRACE, pero el nivel de recomendación disminuyó a IIb. Desde el punto de vista de los marcadores, la guía recomienda el uso de NT-proBNP para colaborar con la estratificación.
4. Desde el punto de vista de la estratificación de riesgo, se quita el estrato de riesgo moderado y solo permanecen los de muy alto riesgo, alto riesgo y bajo riesgo.
5. Por primera vez, se considera la utilización de estudios no invasivos, como tomografía coronaria o test funcional en pacientes de bajo riesgo.
6. La guía se pronuncia en contra de la utilización sistemática de inhibidores del receptor P2Y12 como pretratamiento (antes de conocer la anatomía coronaria en la cinecoronariografía) y, al mismo tiempo, recomienda la utilización de inhibidores potentes, como prasugrel y ticagrelor; el primero cuenta con más evidencia que el segundo.
7. Promoción de la individualización del esquema antiagregante durante el primer año según riesgo isquémico y hemorrágico y recomendación de la continuación del esquema antitrombótico durante el segundo año en los pacientes de riesgo isquémico alto.

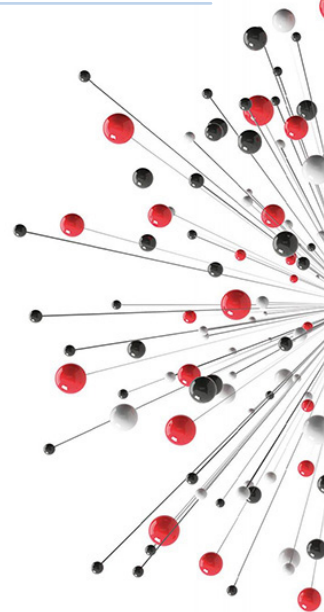


Novedades en tratamiento farmacológico

Importancia de la polipíldora para la hipertensión y la insuficiencia cardíaca

El paciente con IC o enfermedad coronaria recibe múltiples fármacos, y pasa de ser sano a ser un paciente que toma varios fármacos. De ahí la importancia de explicar que lo que recibe el paciente es una estrategia terapéutica de combinación de fármacos que reduce en 90% la mortalidad. El futuro está en la polipíldora, tanto en la enfermedad coronaria como en la hipertensión, la insuficiencia cardíaca y la diabetes. En la polipíldora se combinan tres medicamentos que han mostrado evidencia de su eficacia para evitar complicaciones como infarto, accidente cerebrovascular, muerte súbita, etc., con menos tomas diarias y mayor impacto, sobre todo en la adhesión.

En conclusión, se han obtenido datos firmes (EMPEROR, DAPA, en insuficiencia renal, en insuficiencia cardíaca, ya que la mortalidad de estas enfermedades es alta), y ahora hay que utilizarlos; ese es el gran desafío de la medicina.



EL presente **Quid Novi? (QN) Destacados del Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología 2020**, fue propuesta y patrocinada por Laboratorios Gador S.A. Los textos que en esta publicación se editan expresan la opinión de los firmantes o de los autores que han redactado los artículos originales, por lo que se deslinda a Gador S.A. de toda responsabilidad al respecto. El Departamento Editorial de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) reprodujo con fidelidad las opiniones personales y los conceptos científicos escritos por el corresponsal científico destacado en el evento. SIIC realizó la producción científica, literaria en castellano, la interpretación de lenguas extranjeras y la gráfica general de esta versión impresa. Colección Quid Novi? Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la Ley N° 11723.

SINLIP[®] Prevent

ROSUVASTATINA 10 mg • CANDESARTAN 16 mg • HIDROCLOROTIAZIDA 12.5 mg

SINLIP[®] PREVENT se encuentra adherido a un Plan de Gestión de Riesgo (PGR)

PALIAX[®]
VALSARTÁN

PALIAX[®] D
VALSARTÁN - HIDROCLOROTIAZIDA

PAXON[®]
LOSARTÁN

PAXON[®] D
LOSARTÁN - HIDROCLOROTIAZIDA

PAXON[®] XR
LOSARTÁN / COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN CONTROLADA

Material exclusivo para profesionales de la salud
Para más información sobre estos productos, diríjase a www.gador.com.ar

