

se separan a los 2-3 meses) y la baja probabilidad de que el beneficio esté mediado por un efecto antitrombótico (dada la ausencia de beneficio sobre el infarto de miocardio y el ictus) hacen suponer que la mayor parte del beneficio sea por la reducción en el empeoramiento de la IC y la muerte súbita cardiaca mediado por un efecto hemodinámico (diuresis osmótica y mejora de la función cardiaca por reducción de poscarga) o antiarrítmico.

En el ensayo aleatorizado LEADER⁴, con la administración de liraglutida subcutánea 1,8 mg/día a más de 9.000 pacientes de muy alto riesgo CV (el 81% con enfermedad CV previa), seguidos 42-60 meses, se demostró una reducción del 13% en el objetivo primario (muerte CV, infarto de miocardio no mortal o ictus no mortal) a expensas fundamentalmente de reducir la mortalidad CV en un 22%. La tasa de mortalidad por cualquier causa también fue inferior en el grupo de liraglutida (*hazard ratio* = 0,85; intervalo de confianza del 95%, 0,74-0,97; *p* = 0,02), mientras que en las tasas de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y hospitalización por IC no hubo diferencias.

Por último, en el ensayo SUSTAIN-6⁵ en 3.297 pacientes diabéticos y mayoritariamente con enfermedad CV, se demostró que el tratamiento activo con ambas dosis semanales de semaglutida subcutánea (otro agonista del péptido similar al glucagón tipo 1 [GLP-1]) redujo en un 26% el objetivo primario compuesto principalmente por una disminución significativa (39%) de la tasa de accidente cerebrovascular no mortal y no significativa (26%) en el infarto de miocardio no mortal, sin diferencia en la muerte CV. En el lado negativo, aumentaron las complicaciones relacionadas con la retinopatía diabética. A diferencia del estudio EMPA-REG³, en los 2 estudios con agonistas GLP-1 mencionados^{4,5}, los beneficios han sido más tardíos, y sí que se apreciaba una tendencia a reducción del infarto de miocardio o el ictus, lo cual puede indicar que el beneficio de estos agonistas GLP-1 esté mediado por un efecto beneficioso en la progresión de la aterosclerosis.

Respecto al intervencionismo coronario, en el paciente diabético sometido a implante de *stents* (ya sea estable o inestable), el uso de *stents* liberadores de everolimus produjo una reducción significativa del riesgo de infarto de miocardio, trombosis del *stent*, nueva revascularización y el combinado de eventos cardiacos adversos respecto al uso de *stents* liberadores de paclitaxel⁶.

Con todos estos resultados, en los que por primera vez se ha demostrado con distintos tratamientos para la DM2 una clara reducción de los eventos CV, cuando tratemos a estos pacientes, los cardiólogos clínicos no podemos mirar hacia otro lado y dejar pasar

la oportunidad de mejorar el pronóstico CV de nuestros pacientes haciendo un buen uso de los fármacos comentados.

CONFLICTO DE INTERESES

J.C.S. ha participado en auditorías y ponencias financiadas por la alianza Boehringer-Lilly.

Juan Cosin-Sales^{a,*}, Carlos Escobar^b, Domingo Marzal^c y Vivencio Barrios^d

^aServicio de Cardiología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^cServicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Mérida, Mérida, Badajoz, España

^dServicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: jcosinsales@gmail.com (J. Cosin-Sales).

On-line el 1 de noviembre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Diabetes: fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
2. Tancredi M, Rosengren A, Svensson AM, Kosiborod M, Pivodic A, Gudbjörnsdóttir S. Excess mortality among persons with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2015;373:1720–1732.
3. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2015;373:2117–2128.
4. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, et al. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2016;375:311–322.
5. Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2016. <https://www.doi.org/10.1056/NEJMoa1607141>.
6. Kaul U, Bangalore S, Seth A, et al. Paclitaxel-eluting versus everolimus-eluting coronary stents in diabetes. *N Engl J Med*. 2015;373:1709–1719.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.08.016>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.052>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.038>

0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Selección de lo mejor del año 2016 en cardiopatía isquémica



Selection of the Best of 2016 in Ischemic Heart Disease

Sr. Editor:

Durante 2015-2016 han aparecido diversos estudios relevantes en relación con la cardiopatía isquémica. Señalaremos algunos de los más estimables.

En cuanto a la cardiopatía isquémica crónica, destaca la publicación de los resultados a largo plazo del estudio COURAGE¹, en el que se aleatorizó a 2.287 pacientes estables a recibir inicialmente tratamiento médico óptimo o, además, angioplastia coronaria. Los datos de 1.211 pacientes (53% de la muestra original), con una mediana de seguimiento de 6,2 años, están en línea con el artículo original al no encontrar diferencias en la mortalidad (24 frente a 25%; *p* = 0,76)¹.

Varios estudios han resaltado últimamente el deficiente control de los factores de riesgo cardiovascular, incluso en prevención secundaria. El estudio EVITA² analizó la eficacia de la vareniclina en conseguir el abandono del hábito tabáquico en pacientes que habían presentado recientemente un síndrome coronario. Con un diseño multicéntrico y doble ciego controlado, los autores aleatorizaron a 302 pacientes (edad media, 55 años; 75% varones; 56% elevación del segmento ST; consumo medio de 21 cigarrillos/día) hospitalizados por un evento coronario agudo a recibir vareniclina o placebo durante 12 semanas. El objetivo primario fue la abstinencia a 24 semanas, confirmada con determinación de monóxido de carbono espirado. Los pacientes que recibieron el fármaco fumaron significativamente menos que la cohorte de control (abstinencia: 47,3 frente a 32,5%), con una tasa similar de eventos adversos a 30 días de dejar el tratamiento².

Más allá del riesgo cardiovascular, un grupo de autores suecos ha confirmado la importancia de la enfermedad periodontal en la génesis del infarto de miocardio. Los investigadores del estudio

Tabla

Factores asociados al desarrollo de muerte súbita tras un infarto sin elevación del segmento ST

Factor	HR (IC95%)
FEVI	
≥ 55%	1 (referencia)
45-54%	1,77 (1,31-2,29)
35-44%	1,91 (1,35-2,79)
< 35%	2,46 (1,68-3,61)
Edad (por incrementos de 5 años)	
Diabetes mellitus	1,17 (1,10-1,26)
Filtrado glomerular (por 5ml/min/1,73m ² de decremento)	1,67 (1,30-2,13)
Frecuencia cardíaca (por incremento de 5 lpm)	1,09 (1,05-1,15)
Historia de vasculopatía periférica	1,08 (1,04-1,13)
1,70 (1,23-2,34)	
Raza	
Blanca	1 (referencia)
Asiática	1,75 (1,28-2,39)
Otras	1,10 (0,54-2,24)
Sexo masculino	
Clase Killip > 1	1,42 (1,09-1,85)
Infarto de miocardio previo	1,44 (1,06-1,95)
1,33 (1,03-1,70)	

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; HR: hazard ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

Elaborada con datos procedentes de Hess et al.⁵.

PAROKRANK³ analizaron a 805 pacientes < 75 años con un primer infarto de miocardio (edad media, 62; 81% varones) mediante exploración dental y ortopantomografía, comparándolos con un grupo emparejado similar de control³. Se pudo observar una mayor frecuencia de enfermedad periodontal en los casos (43 frente a 33%) y se calculó un riesgo incrementado de tener un infarto (*odds ratio* = 1,49; intervalo de confianza del 95%, 1,03-1,60), previo ajuste por otras variables relevantes (tabaquismo, diabetes, nivel educativo y estado civil)³.

Los síndromes coronarios agudos son cada vez más frecuentes en nuestro medio y son una importante causa de ingreso en los ancianos, cuya proporción poblacional es cada vez mayor⁴. Aunque últimamente se recomienda una estrategia invasiva y precoz en el tratamiento de este tipo de pacientes, destaca una carencia de datos procedentes de ensayos clínicos en pacientes añosos. Con esta idea, Tegn et al.⁴ publicaron el estudio *After Eighty*: un ensayo europeo multicéntrico controlado con pacientes de 80 años o más que ingresaron por un infarto sin elevación del segmento ST, a los que se aleatorizó a una estrategia invasiva precoz o a tratamiento médico óptimo (229 y 228 pacientes, respectivamente). Con un análisis por intención de tratar y una media de seguimiento de 1,53 años, la incidencia del objetivo primario compuesto (infarto de miocardio, ictus, necesidad de revascularización urgente y muerte) fue del 40,6% en los pacientes asignados a estrategia invasiva frente al 61,4% de los inicialmente tratados solo con tratamiento médico. Al desglosar las variables de manera individual, se vieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a infarto y revascularización urgente, pero no de ictus o muerte. Con una tasa de complicaciones mayores similar (1,7 y 1,8%), los autores concluyen que la estrategia invasiva precoz es superior a la conservadora, pero remarcan que las diferencias en cuanto a eficacia se diluyen con el paso del tiempo, aunque sin claras diferencias respecto a las complicaciones hemorrágicas⁴.

Otro punto candente es la caracterización de la probabilidad de muerte súbita tras un infarto de miocardio. En relación con ello, Hess et al.⁵ llevaron a cabo un análisis conjunto de 4 ensayos clínicos (APPRAISE-2, PLATO, TRACER y TRILOGY-ACS) y 37.555

pacientes tras un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (edad media, 65 años; 67,4% varones), con intención de determinar las incidencias de muerte súbita y muerte por causas cardiovasculares, tras un seguimiento medio de 12,1 meses. Se observó una incidencia acumulada de muerte súbita de 0,79, 1,65 y 2,27% a los 6, 18 y 30 meses, respectivamente (una tercera parte de las muertes cardiovasculares). Los autores concluyeron que es posible realizar una adecuada estratificación clínica y sugirieron factores relacionados y una puntuación de riesgo (tabla).

Para finalizar, en el estudio PRAGUE-18⁶, presentado en el congreso de la Sociedad Europea de Cardiología de 2016 celebrado en Roma, se aleatorizó a 1.230 pacientes con infarto con elevación del segmento ST a recibir tratamiento antiagregante con prasugrel o ticagrelor sin que se detectaran diferencias relevantes en cuanto a eficacia y seguridad entre ambos fármacos a los 7 y 30 días de seguimiento. El estudio fue criticado durante la sesión de presentación por falta de potencia y por su interrupción temprana (según los autores por su futilidad)⁶.

CONFLICTO DE INTERESES

E. Abu-Assi es Editor Asociado de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA.

Iván J. Núñez Gil^{a,*}, Alessandro Sionis^b, Emad Abu-Assi^c y Rosa María Lidón^d^aServicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España^cServicio de Cardiología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España^dServicio de Cardiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: ibnsky@yahoo.es (I.J. Núñez Gil).

On-line el 28 de octubre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

- Sedlis SP, Hartigan PM, Teo KK, et al. COURAGE Trial Investigators. Effect of PCI on long-term survival in patients with stable ischemic heart disease. *N Engl J Med*. 2015;373:1937-1946.
- Eisenberg MJ, Windle SB, Roy N, et al. Varenicline for smoking cessation in hospitalized patients with acute coronary syndrome. *Circulation*. 2016;133:21-30.
- Rydén L, Buhlin K, Ekstrand E, et al. Periodontitis increases the risk of a first myocardial infarction: a report from the PAROKRANK study. *Circulation*. 2016;133:576-583.
- Tegn N, Abdelnoor M, Aaberge L, et al. After Eighty study investigators. Invasive versus conservative strategy in patients aged 80 years or older with non-ST-elevation myocardial infarction or unstable angina pectoris (After Eighty study): an open-label randomised controlled trial. *Lancet*. 2016;387:1057-1065.
- Hess PL, Wojdyla DM, Al-Khatib SM, et al. Sudden cardiac death after non-ST-segment elevation acute coronary syndrome. *JAMA Cardiol*. 2016;1:73-79.
- Motovska Z, Hlinomaz O, Miklik R, et al. Prasugrel versus ticagrelor in patients with acute myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention: multicenter randomized PRAGUE-18 study. *Circulation*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.024823>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.10.008><http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.012>

0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.