

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 LEADER<sup>4</sup>, 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-6<sup>5</sup> 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-REG<sup>3</sup>, en los 2 estudios con agonistas GLP-1 mencionados<sup>4,5</sup>, 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 paclitaxel<sup>6</sup>.

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<sup>a,\*</sup>, Carlos Escobar<sup>b</sup>, Domingo Marzal<sup>c</sup> y Vivencio Barrios<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

<sup>b</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>c</sup>Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Mérida, Mérida, Badajoz, España

<sup>d</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

\* Autor para correspondencia:

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

On-line el 1 de noviembre de 2016

## BIBLIOGRAFÍA

- WHO. Diabetes: fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- Tancredi M, Rosengren A, Svensson AM, Kosiborod M, Pivodic A, Gudbjörnsdottir S. Excess mortality among persons with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2015;373:1720-1732.
- 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.
- 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.
- 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>.
- 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 COURAGE<sup>1</sup>, 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)<sup>1</sup>.

Varios estudios han resaltado últimamente el deficiente control de los factores de riesgo cardiovascular, incluso en prevención secundaria. El estudio EVITA<sup>2</sup> 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 tratamiento<sup>2</sup>.

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%)
<b>FEVI</b>	
≥ 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)
<b>Edad (por incrementos de 5 años)</b>	
Diabetes mellitus	1,17 (1,10-1,26)
Filtrado glomerular (por 5ml/min/1,73m <sup>2</sup> 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)	
<b>Raza</b>	
Blanca	1 (referencia)
Asiática	1,75 (1,28-2,39)
Otras	1,10 (0,54-2,24)
<b>Sexo masculino</b>	
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.<sup>5</sup>.

PAROKRANK<sup>3</sup> 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 control<sup>3</sup>. 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)<sup>3</sup>.

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 mayor<sup>4</sup>. 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.<sup>4</sup> 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 hemorrágicas<sup>4</sup>.

Otro punto candente es la caracterización de la probabilidad de muerte súbita tras un infarto de miocardio. En relación con ello, Hess et al.<sup>5</sup> 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-18<sup>6</sup>, 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)<sup>6</sup>.

**CONFLICTO DE INTERESES**

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

Iván J. Núñez Gil<sup>a,\*</sup>, Alessandro Sionis<sup>b</sup>, Emad Abu-Assi<sup>c</sup> y Rosa María Lidón<sup>d</sup><sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España<sup>b</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España<sup>c</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España<sup>d</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [ibnsky@yahoo.es](mailto: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.