

ESC Congress 2024 London

30 August - 2 September
Online



CONGRESO ESC 2024 DÍA 1

Con gran expectativa, comienza una nueva edición del Congreso Europeo de Cardiología (ESC) 2024, esta vez en la vibrante ciudad de Londres.

Este año, el congreso se centra en un tema de vital importancia: la **“personalización de la atención cardiovascular”**. Este enfoque promete transformar la atención del paciente, alejándose del modelo estandarizado y avanzando hacia tratamientos altamente individualizados.

La personalización de la atención abarca desde la predicción de riesgos y la adopción de medidas preventivas hasta la implementación de tratamientos específicos, todos diseñados para adaptarse a las necesidades únicas de cada paciente.

Durante cuatro días, el **Congreso ESC 2024** será el epicentro de la cardiología mundial, con la presentación de resultados de ensayos clínicos que tienen el potencial de impactar en la práctica clínica diaria.

Además, se presentarán 4 nuevas Guías ESC que cubrirán el manejo de la hipertensión arterial, los síndromes coronarios crónicos, la enfermedad arterial periférica y aortica, y la fibrilación auricular.

NOLTER se enorgullece en acercarles las novedades más destacadas y los hallazgos científicos más relevantes que se presentarán durante el Congreso ESC 2024.

A continuación compartimos los estudios presentados durante el primer día.

ÍNDICE

1. **Estudio ABYSS:** Interrupción de los Betabloqueantes en Pacientes con Infarto Previo.
2. **Estudio STOP or NOT:** Impacto de la Continuación versus la Suspensión de Inhibidores del Sistema Renina-Angiotensina en las Complicaciones Postoperatorias.
3. **Estudio COLICA:** Colchicina en Insuficiencia Cardíaca Aguda Descompensada.
4. **Estudio ADDICT-ICCU:** Uso Reciente de Drogas Recreacionales y Riesgo de Eventos Cardiovasculares.
5. **Registro TRIGISTRY:** Beneficio de la Cirugía Aislada de Válvula Tricúspide en Insuficiencia Tricuspídea Funcional.

1. ESTUDIO ABYSS

Interrupción de los Betabloqueantes en Pacientes con Infarto Previo.

La ausencia de ensayos aleatorizados recientes y directrices consensuadas sobre la duración de la terapia con betabloqueantes (BB) tras un infarto agudo de miocardio (IAM), ha llevado a que muchos pacientes continúen con este tratamiento de por vida.

Históricamente, los beneficios de los BB se han documentado en estudios realizados antes de la introducción de la moderna reperfusión miocárdica. La terapia de reperfusión coronaria temprana ha reducido los riesgos de insuficiencia cardíaca (IC) y mortalidad post-IAM, generando dudas sobre la necesidad de continuar con los BB de manera indefinida en pacientes con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada y sin otras indicaciones para su uso.

En este contexto, se llevó a cabo el **estudio ABYSS**, un ensayo aleatorizado de no inferioridad realizado por el Grupo ACTION en 40 centros franceses.

El objetivo fue evaluar si la interrupción de la terapia con BB un año después de un IAM no complicado podría ser segura y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Se incluyeron 3.698 pacientes con IAM previo de más de 6 meses, con una FEVI superior al 40%, en tratamiento crónico con BB y sin eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) en los últimos 6 meses. Estos pacientes fueron aleatorizados para continuar o interrumpir la terapia con BB.

La mediana de tiempo entre el último IAM y la aleatorización fue de 2.9 años.

El *criterio de valoración primario* fue un compuesto de muerte por cualquier causa, IAM no fatal, accidente cerebrovascular (ACV) no fatal u hospitalización por causas cardiovasculares. Además, se evaluó el impacto en la calidad de vida mediante el cuestionario European Quality of Life-5 Dimensions.

La edad media de la población del estudio fue 63.5±11 años y el 17.2% eran mujeres. En cuanto al evento índice, el 63% fue un IAM con elevación del segmento ST y el 95% de la población del estudio recibió revascularización coronaria, mayormente con angioplastia (96.9%).

Bisoprolol fue el BB más frecuentemente indicado (71.5%), seguido por acebutolol, atenolol y nebivolol entre otros.

La interrupción del tratamiento a largo plazo con BB no demostró ser no inferior a la continuación en relación con el criterio de valoración primario (HR 1.16, IC95%: 1.01-1.33, p=0.44 para no inferioridad) con una mediana de seguimiento de 3 años.

El IAM ocurrió en el 2.5% del grupo interrupción y en el 2.4% del grupo continuación, mientras que la mortalidad se observó en el 4.1% y 4%, respectivamente. La hospitalización por causas cardiovasculares fue del 18.9% en el grupo interrupción y del 16.6% en el grupo de continuación.

Adicionalmente, la interrupción del BB se asoció con aumentos significativos en la presión arterial sistólica y diastólica, así como en la frecuencia cardíaca, tanto a los 6 meses como durante el seguimiento.

No se observó una mejora en la calidad de vida de los pacientes luego de la interrupción de los BB.

En conclusión, la interrupción del tratamiento betabloqueante a largo plazo en pacientes con antecedentes de IAM no ha demostrado ser no inferior a la continuación del tratamiento en cuanto a la combinación de muerte, IAM no fatal, ACV no fatal u hospitalización por causas cardiovasculares, ni ha mejorado la calidad de vida de los pacientes.

Fuente:

[Beta-Blocker Interruption or Continuation after Myocardial Infarction](#)

2. ESTUDIO STOP OR NOT

Impacto de la Continuación versus la Suspensión de Inhibidores del Sistema Renina-Angiotensina en las Complicaciones Postoperatorias

Cada año se realizan millones de cirugías mayores en todo el mundo y un número considerable de estos pacientes poseen comorbilidades como la hipertensión y la insuficiencia cardíaca (IC).

Para el manejo crónico de éstas, es común el uso de inhibidores del sistema renina-angiotensina (iSRA), como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o los antagonistas del receptor de angiotensina (ARA). Sin embargo, existe un debate sobre si estos fármacos deben interrumpirse o continuarse antes de una cirugía mayor, ya que esta decisión podría influir significativamente en las complicaciones perioperatorias.

El **estudio STOP or NOT**, abordó esta cuestión. Se trata de un ensayo aleatorizado y multicéntrico realizado en 40 centros en Francia cuyo objetivo fue evaluar el impacto de continuar o interrumpir los iSRA en las complicaciones perioperatorias en pacientes sometidos a cirugías mayores no cardíacas.

Se consideró como cirugía mayor aquella con una duración prevista de más de 2 h desde la incisión quirúrgica y que requiriera una estancia postoperatoria mínima de 3 días.

Los pacientes elegibles para una cirugía mayor no cardíaca electiva, que llevaban al menos 3 meses en tratamiento crónico con IECA o ARA, fueron aleatorizados en una proporción de 1:1 para continuar con los iSRA hasta el día de la cirugía o interrumpirlos 48 h antes de la operación.

Para todos los pacientes del estudio, se recomendó la reanudación del tratamiento con iSRA tan pronto como fuera posible.

El *punto final primario* evaluado fue el compuesto de mortalidad por todas las causas y complicaciones postoperatorias mayores dentro de los 28 días posteriores a la cirugía.

Estas complicaciones incluían muerte, eventos cardiovasculares postoperatorios (infarto de miocardio, trombosis arterial o venosa, accidente cerebrovascular, edema agudo de pulmón, shock cardiogénico postoperatorio, crisis hipertensiva severa, arritmia cardíaca severa que requiere intervención terapéutica), sepsis postoperatoria, complicaciones respiratorias, ingreso no planeado o readmisión en unidad de cuidados intensivos, injuria renal aguda y/o hiperkalemia o complicaciones quirúrgicas (necesidad de reoperación por cualquier motivo e intervenciones radiológicas para drenaje de absceso).

El estudio incluyó 2.222 pacientes con una edad media de 67 años, de los cuales el 65% eran hombres, el 98% estaba en tratamiento por hipertensión, el 9% presentaba enfermedad renal crónica, el 8% era diabético y el 4% tenía IC.

Al inicio del estudio, el 46% de los pacientes fueron tratados con IECA y el 54% con ARA.

Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas en la incidencia del punto final primario entre el grupo que interrumpió los iSRA y el grupo que los continuó (22% vs. 22%; HR 1.02, IC95%: 0.87-1.19, $p=0.85$).

Sin embargo, se observó una mayor frecuencia de episodios de hipotensión intraoperatoria en el grupo que continuó con los iSRA (54% vs. 41%, HR 1.31, IC95%: 1.19-1.44). La mediana

de duración de la hipotensión, con una presión arterial media inferior a 60 mmHg, fue de 6 minutos en el grupo que discontinuó los iSRA y de 9 minutos en el grupo que los continuó.

En resumen, interrumpir los iSRA antes de una cirugía no cardíaca resultó en una tasa similar de complicaciones postoperatorias mayores en comparación con la continuación del tratamiento.

A pesar de que el grupo que mantuvo el uso de iSRA experimentó más episodios de hipotensión intraoperatoria, esto no se tradujo en un mayor riesgo de complicaciones postoperatorias.

Considerando que las complicaciones postoperatorias fueron similares, la decisión de continuar o interrumpir el tratamiento con iSRA antes de la cirugía puede basarse en las características individuales de cada paciente.

3. ESTUDIO COLICA

Colchicina en Insuficiencia Cardíaca Aguda Descompensada

La inflamación es un factor clave en la evolución de la insuficiencia cardíaca (IC), contribuyendo a la progresión de la enfermedad y a peores resultados clínicos.

Si bien se han estudiado fármacos antiinflamatorios en el manejo de la IC crónica, los beneficios no han sido claros. En el caso de la IC aguda (ICA), la inflamación es más activa, lo que se asocia con un pronóstico desfavorable.

Hasta la fecha, la colchicina ha demostrado eficacia en otras enfermedades cardiovasculares caracterizadas por inflamación, pero su uso en la ICA no había sido evaluado.

El **estudio COLICA** fue un ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, doble ciego y controlado con placebo, que evaluó si la colchicina podría mejorar la estabilidad clínica en pacientes con ICA al reducir la inflamación y prevenir episodios de empeoramiento de IC.

El estudio incluyó a pacientes con un diagnóstico primario de ICA que presentaban signos clínicos de congestión y requerían al menos 40 mg de furosemida intravenosa, además de tener niveles elevados de NT-proBNP (>900 pg/mL), independientemente de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), tipo de IC (crónica o de nuevo inicio), y si se encontraban en un entorno ambulatorio o en hospital de día.

A los participantes se les asignó aleatoriamente colchicina o placebo dentro de las primeras 24 h del ingreso, con una dosis de carga 2 mg, seguida de 0.5 mg cada 12 h durante 8 semanas.

El *punto final primario* de eficacia fue la reducción promedio de los niveles de NT-proBNP a la semana 8.

Se incluyeron un total de 278 pacientes con una media de edad de 75 años, de los cuales el 68% eran hombres, con una mediana de FEVI del 40%, con el 57% de los pacientes con $FEVI \leq 40\%$ y 31% con $FEVI \geq 50\%$.

Más de la mitad de los pacientes (54%) tenían antecedente de IC, y el 57% estaba hospitalizado al momento de la aleatorización. El nivel basal de NT-proBNP fue de 4.390 pg/mL.

Los pacientes recibieron la droga del estudio a una mediana de 15 h luego de la administración inicial de furosemida.

Al final del seguimiento de 8 semanas, no se observó una diferencia significativa en la reducción promedio de NT-proBNP entre los grupos de colchicina y placebo (-62.2% vs. 62.1%).

Sin embargo, la colchicina logró una reducción significativa en los marcadores inflamatorios, como la proteína C reactiva (PCR: -70.8% vs. -51.1%, $p < 0.001$) y interleukina-6 (IL-6: -49.9% vs. -30.4%, $p = 0.019$).

No se encontraron diferencias significativas en la incidencia de nuevos episodios de empeoramiento de la IC entre colchicina y placebo (14.9% vs. 16.8%, respectivamente),

aunque la necesidad de furosemida intravenosa fue menor en los pacientes tratados con colchicina.

En términos de seguridad, la diarrea fue más frecuente en el grupo colchicina (13.7% vs. 11.9%, $p=0.727$), pero esto no condujo a una mayor tasa de suspensión del tratamiento (8.5% vs. 8.8%).

En resumen, si bien la colchicina demostró efectos antiinflamatorios al reducir los niveles de PCR e IL-6 a las 8 semanas en pacientes con ICA, no logró una reducción significativa en los niveles de NT-proBNP en comparación con placebo.

Fuente:

[Colchicine in acutely decompensated heart failure: the COLICA trial](#)

4. ESTUDIO ADDICT-ICCU

Uso Reciente de Drogas Recreacionales y Riesgo de Eventos Cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo una de las principales causas de muerte a nivel mundial, lo que resalta la importancia de identificar factores de riesgo modificables para mejorar el pronóstico de los pacientes que sufren eventos cardíacos agudos.

En este sentido, el consumo de drogas recreativas ha emergido como un área de creciente interés en la salud cardiovascular.

El **estudio ADDICT-ICCU**, fue un estudio de cohorte que evaluó cómo el consumo de drogas recreativas afecta el pronóstico de los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos cardiológicos (UCI-C).

Para ello, se incluyeron todos los pacientes consecutivos que fueron ingresados en UCI-C de 39 centros en Francia, durante dos semanas en abril de 2021.

Para detectar el consumo reciente de drogas, se realizaron pruebas sistemáticas de orina, capaces de identificar el uso de sustancias hasta seis días después de su consumo.

El *objetivo principal* del estudio fue evaluar la incidencia de eventos cardio y cerebrovasculares mayores (MACCE), un compuesto que incluyó muerte cardiovascular, infarto de miocardio no fatal y accidente cerebrovascular.

Se incluyeron 1.499 pacientes consecutivos, con una edad media de 63 años y un 70% de hombres.

De estos pacientes, un 11% dieron positivo en las pruebas de consumo de drogas recreativas: 9.8% para cannabis, 2.3% para heroína y otros opioides, 1.7% para cocaína, 0.6% para anfetaminas y 0.6% para MDMA. Mas del 25% de los pacientes con resultados positivos habían consumido dos o más sustancias.

El 7% de los pacientes presentaron un MACCE a un año de seguimiento.

Los pacientes que consumieron drogas recreativas tuvieron una tasa significativamente mayor de MACCE en comparación con los no consumidores (13% vs. 6%, respectivamente).

El análisis multivariable demostró que el consumo de drogas recreativas se asoció con un riesgo tres veces mayor de sufrir un MACCE (HR 2.99, IC95%: 1.73-5.16, $p<0.001$).

Esta relación se mantuvo significativa en pacientes con síndrome coronario agudo, incluso luego de ajustar por factores de riesgo tradicionales (HR 2.98, IC95%: 1.43-6.21, $p<0.004$).

La MDMA fue la sustancia que mostró la asociación más fuerte con los MACCE (HR 4.14, IC95%: 1.02-16.8), seguida por la heroína y otros opioides (HR 3.6, IC95%: 1.57-8.23) y el cannabis (HR 1.77, IC95%: 1.02-3.08).

Otras drogas no mostraron una relación estadísticamente significativa con eventos adversos.

En conclusión, los pacientes con antecedentes recientes de consumo de drogas recreativas ingresados en la UCI-C presentan el triple de riesgo de presentar un MACCE dentro de un año.

Estos resultados subrayan la importancia de implementar pruebas de detección de drogas recreativas de manera rutinaria en entornos de cuidados intensivos, lo que permitiría una mejor estratificación del riesgo y la posibilidad de brindar una atención individualizada que incluya la promoción de la abstinencia de drogas.

5. REGISTRO TRIGISTRY

Beneficio de la Cirugía Aislada de Válvula Tricúspide en Insuficiencia Tricuspídea Funcional.

La insuficiencia tricuspídea (IT) es una valvulopatía frecuente y se asocia con una morbilidad elevada, pero el beneficio de su corrección y el momento ideal para hacerlo no están claramente establecidos.

El puntaje TRI-SCORE, que evalúa 8 parámetros clínicos relacionados tanto con la severidad de la presentación clínica como con el impacto de la valvulopatía sobre el ventrículo derecho (VD), la función renal y hepática, permite predecir la mortalidad intrahospitalaria luego de la cirugía aislada de válvula tricúspide (VT).

El **Registro TRIGISTRY** es un estudio de cohorte multicéntrico e internacional incluyó pacientes consecutivos con IT funcional severa aislada. Con este análisis, se buscó identificar subgrupos de pacientes que pudieran beneficiarse de la cirugía.

Se compararon las tasas de supervivencia hasta 10 años entre los pacientes sometidos a cirugía aislada de VT (reparación o reemplazo) y aquellos manejados de manera conservadora, tanto en la población general como estratificados por categorías de TRI-SCORE (bajo: ≤ 3 , intermedio: 4-5, alto: ≥ 6).

Un total de 1.768 pacientes con IT funcional severa fueron incluidos en este análisis; de estos, el 69% fueron manejados de manera conservadora y el 31% con cirugía aislada de VT (36% con reparación valvular y 64% con reemplazo valvular). El 33% presentaba un TRI-SCORE bajo, el 32% intermedio y el 35% alto.

La mortalidad intrahospitalaria luego de la cirugía de VT fue 9.6%, aumentando significativamente según la categoría de TRI-SCORE (2.7%, 9.2% y 16.9%, en la categoría baja, intermedia y alta).

A los 10 años de seguimiento, las tasas de supervivencia entre la cirugía y el manejo conservador fueron comparables (41% vs. 36%, HR 0.97, IC95%: 0.88-1.08, $p=0.57$).

La cirugía mejoró significativamente la supervivencia en la categoría de TRI-SCORE bajo (72% vs. 44%, HR 0.27, IC95%: 0.20-0.37, $p<0.0001$), pero no mostró beneficio en la categoría intermedia (36% vs. 37%, HR 1.17, IC95%: 0.98-1.40, $p=0.09$) o alta (20% vs. 24%, HR 1.06, IC95%: 0.91-1.25, $p=0.45$).

En cuanto al tipo de intervención, la mortalidad intrahospitalaria fue comparable entre la reparación y el reemplazo de VT (8.5% y 10.3%, respectivamente, $p=0.05$), con incrementos significativos en ambas intervenciones a medida que aumentaba el TRI-SCORE (1.2%, 9.7% y 18.1% en el grupo reparación; 4%, 8.9% y 16.4% en el grupo reemplazo, para las categorías baja, intermedia y alta, respectivamente).

A 10 años de seguimiento, la reparación valvular demostró una mayor supervivencia en comparación con el manejo conservador (61% vs. 36%, HR aj 0.46, IC95%: 0.39-0.55, $p<0.0001$), mientras que el reemplazo valvular resultó en una menor supervivencia (30% vs. 36%; HR aj 1.45, IC95%: 1.35-1.69, $p<0.001$).

Por tanto, la reparación mostró una ventaja significativa sobre el reemplazo valvular en términos de supervivencia (HR 0.31, IC95%: 0.26-0.37, $p<0.001$).

Tanto la reparación (84% vs. 44%, HR 0.11, IC95%: 0.06-0.19) como el reemplazo valvular (61% vs. 44%, HR 0.65, IC95%: 0.47-0.90) mejoraron la supervivencia en pacientes con TRI-SCORE bajo, en comparación con el tratamiento conservador.

En la categoría intermedia, la reparación valvular presentó una mejor supervivencia (59% vs. 37%, HR 0.49, IC95%: 0.35-0.68), mientras que el reemplazo valvular fue posiblemente perjudicial (25% vs. 37%; HR 1.43, IC95%: 1.18-1.72), en comparación con el tratamiento conservador.

Entre los pacientes con un TRI-SCORE alto, no se observaron diferencias significativas en la supervivencia a 10 años entre el grupo reparación y el manejo conservador (28% vs. 24%, HR aj 0.86, IC95%: 0.68-1.08, $p=0.20$), pero el reemplazo de VT se asoció con una menor supervivencia (17% vs. 24%, HR 1.58, IC95%: 1.35-1.86).

En resumen, en pacientes con insuficiencia tricuspídea funcional severa aislada, la reparación valvular ofrece una ventaja significativa en términos de supervivencia en comparación con el reemplazo, y este beneficio se atenúa conforme aumenta el TRI-SCORE.

No se observó un beneficio con la cirugía en pacientes con un TRI-SCORE alto.

Estos hallazgos destacan la importancia de una intervención oportuna y una cuidadosa selección de pacientes.

Fuente:

[Benefit of isolated surgical valve repair or replacement for functional tricuspid regurgitation and long-term outcomes stratified by the TRI-SCORE](#)