



HIGHLIGHTS ACC 2012

Chicago, 24-27 Marzo

Gonzalo Barón Esquivias

Lorenzo Fácila Rubio

Xavier García-Moll Marimon

Martín Ruiz Ortiz

FOCUS-CCTRN

Efecto de la implantación transendocardica de células de m.o en IC+CI



JAMA. 2012;307(16):doi:10.1001/jama.2012.418

- Ensayo clínico Fase 2
- Doble ciego
- Implantación de 100 millones de células autólogas de m.o
- Pacientes con FE deprimida e IC o angina

Criterios de inclusión



FOCUS-CCTRN

- Enfermedad coronaria significativa
- FE <45% y angina limitante y/o NYHA II-III
- Reciben el máximo tratamiento tolerado
- No se prevee revascularización
- Defecto de perfusión en SPECT
- Consentimiento informado

Criterios de Exclusión



FOCUS-CCTRN

- Fibrilación auricular, flutter o arritmia no controlada
- Choque DAI menos de 30 días
- Angina inestable en el momento
- SCA de alto riesgo, IAM o revascc un mes antes
- Trombo VI, anatomía coronaria que precisará revasc, valvulopatía significativa
- Plaquetas <100.000, Leucocitos < 2000
- ACV 60 días antes, Hemorragia, INR>2, IR, Ihep,VIH
- **Grosor < 8 mm**



Objetivo primario a 6 meses

FOCUS-CCTRN

- Primario
 - CAMBIO EN CONSUMO DE OXIGENO
 - CAMBIO EN LVESV POR ECO
 - REVERSIBILIDAD POR SPECT

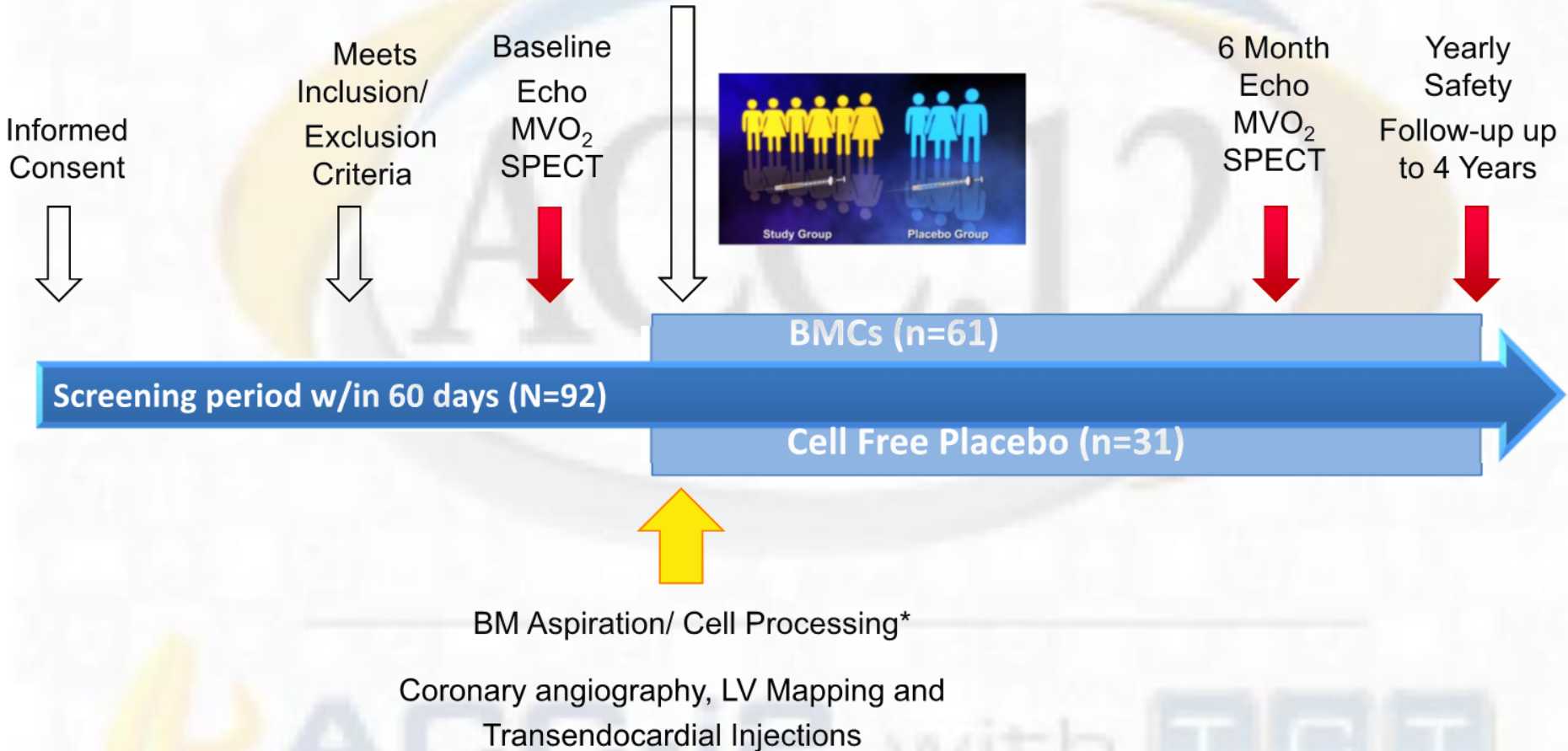
FOCUS-CCTRN

Métodos



61 Pacientes BMC
31 Placebo

2:1 Randomization
2 BMC:1 Cell-Free



Screening period w/in 60 days (N=92)

BMCs (n=61)

Cell Free Placebo (n=31)

BM Aspiration/ Cell Processing*

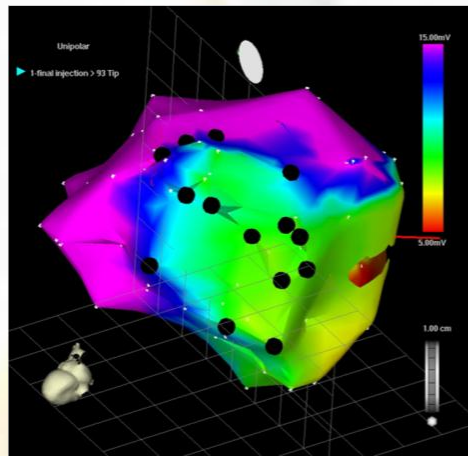
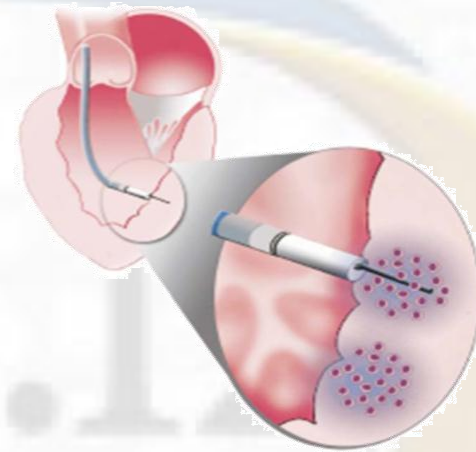
Coronary angiography, LV Mapping and
Transendocardial Injections

Inyecciones trasendocardicas

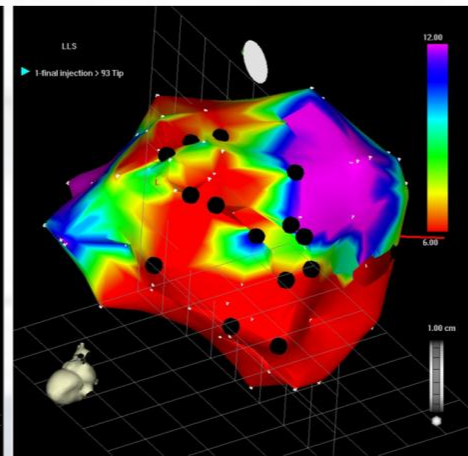
FOCUS-CCTRN



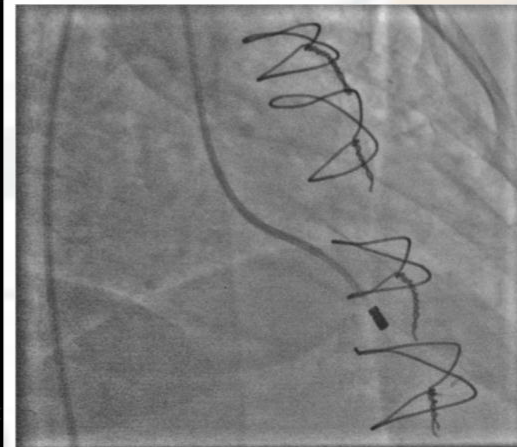
- Total of 15 injections
- Volume of 0.2 cc
- Targeted to ischemic myocardium
- Injection Criteria:
 - Unipolar voltage $\geq 6.9\text{mV}$
 - Loop Stability ≤ 4
 - PVC upon needle insertion



UniV



LLS



RESULTADOS

OBJETIVO PRIMARIO A 6 MESES

FOCUS-CCTRN

Outcome	Change with bone-marrow cells	95% CI	p
LVESV (mL/m ²)	-0.9	-6.1-4.3	0.73
Maximal oxygen consumption	1.0	-0.42-2.34	0.17
Reversible defect on SPECT	-1.2	-12.50-10.12	0.84

Seguimiento clínico



FOCUS-CCTRN

	BMC (n=61)	Placebo (n=31)
Death	1	0
New MI	1	0
Rehospitalization for PCI	0	0
Rehospitalization for ACS	1	0
Rehospitalization for CHF	3	5
New AICD implantation	0	0
Heart Transplant	0	1
LVAD	1	1
Total Outcomes	7	7
Patients	4 (7%)	4 (13%)
Crude Incidence Rate	0.066	0.129

Subanálisis pre-especificado

FOCUS-CCTRN

LVEF- Treatment: Age < 62

LVEF (Echo Core)	BMC			Placebo			Test					
	N	Mean	SD	N	Mean	SD	Change	SD	Statistic	P-value	LB	UB
Baseline	27	35.1	9.0	15	32.0	8.0						
Followup	27	38.2	11.8	15	30.4	7.8						
Change	27	3.1	5.2	15	-1.6	6.6	4.7	5.7	2.55	0.015	0.97	8.37

LVEF- Treatment: Age ≥ 62

LVEF (Echo Core)	BMC			Placebo			Test					
	N	Mean	SD	N	Mean	SD	Change	SD	Statistic	P-value	LB	UB
Baseline	27	34.2	8.8	13	32.5	9.6						
Followup	27	33.9	8.9	13	31.6	10.5						
Change	27	-0.3	4.7	13	-0.9	3.0	0.6	4.2	0.43	0.668	-2.28	3.52

Conclusiones



FOCUS-CCTRN

- En pacientes con EC y disfunción VI con IC o Angina, no hay diferencias en cuanto a mejora de reversibilidad, de dilatación de Vi o de consumo de oxígeno entre pacientes tratados con 100 millones de médula ósea autóloga frente a placebo a los 6 meses.
- Sólo en pacientes más jóvenes, y aquellos con más CD34-133 en las células de transplante mejoraron algún parámetro



CPORT-E TRIAL

ORIGINAL ARTICLE

Outcomes of PCI at Hospitals with or without On-Site Cardiac Surgery

Thomas Aversano, M.D., Cynthia C. Lemmon, R.N., B.S.N., M.S.,
and Li Liu, M.D., for the Atlantic CPORT Investigators

10.1056/NEJMoa1114540) March 25, 2012, at NEJM.org.

Objetivos primarios



- Mortalidad a 6 semanas
- Incidencia a 9 meses de la incidencia de episodios adversos mayores combinados (muerte IAM o revasc)
- Estudio de no inferioridad.

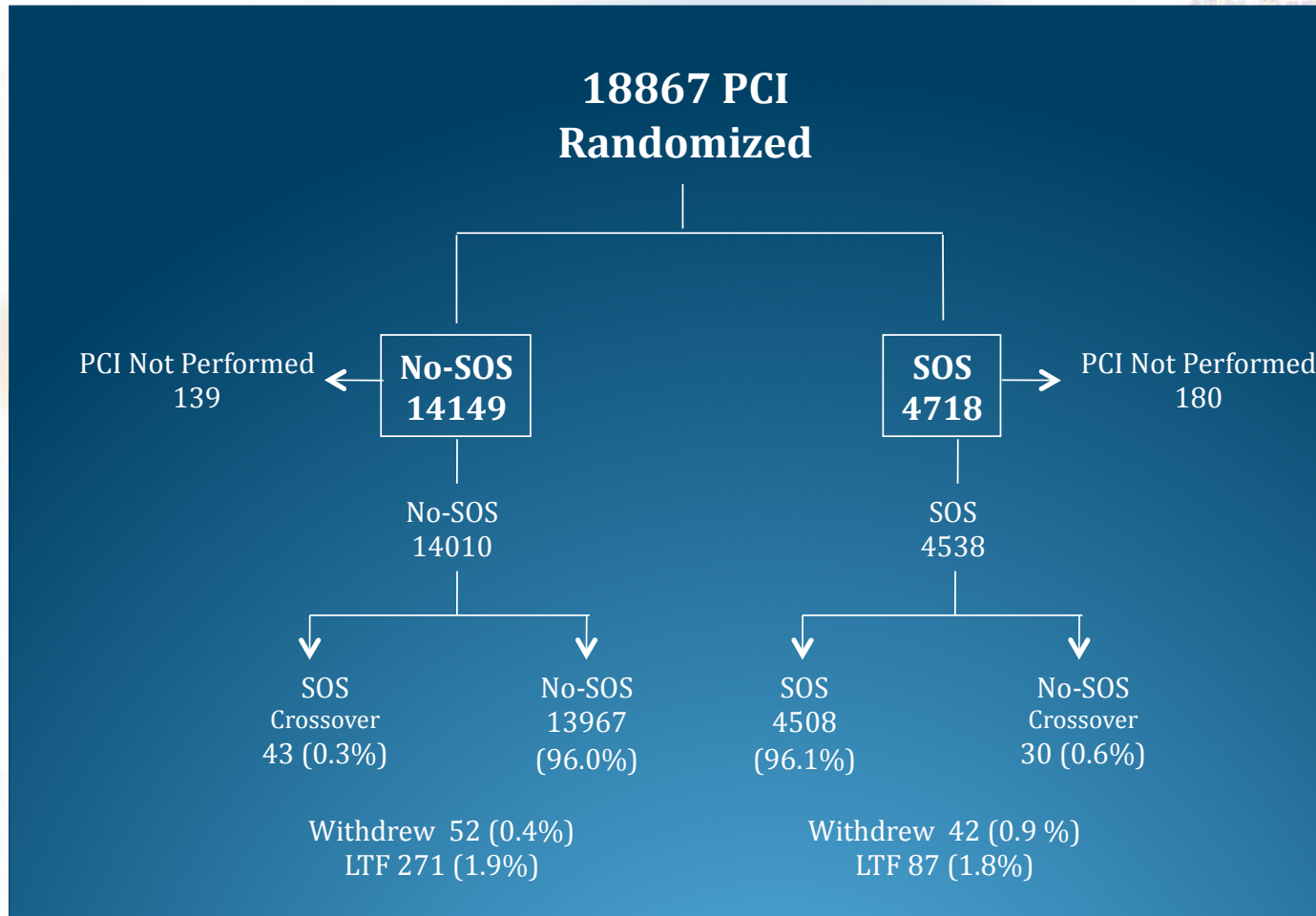
10.1056/NEJMoa1114540) March 25, 2012, at NEJM.org.

Criterios de inclusión /exclusión



Patient	Devices	Institution
Inclusion <ul style="list-style-type: none">• Age \geq 18 years• Informed consent• \geq 50% stenosis• All target lesions approachable at no-SOS hospital	Inclusion <ul style="list-style-type: none">• Balloon, stent• Distal protection• Covered stent• Cutting balloon - in-stent restenosis	Inclusion <ul style="list-style-type: none">• \geq 200 PCI/year• 24/7 Primary PCI• Complete formal development program• Interventionalist meets AHA/ACC competency
Exclusion <ul style="list-style-type: none">• Unprotected LM• EF < 20%• MD-judged high risk	Exclusion <ul style="list-style-type: none">• Atherectomy• Cutting balloon-de novo lesion	

Flujo de pacientes



10.1056/NEJMoa1114540) March 25, 2012, at NEJM.org.

Presentación



Clinical Characteristics	Procedure Status	
	No-SOS (%)	SOS (%)
STEMI	2.8	3.0
NSTEMI	25	26
Unstable Angina	37	35
Stable Angina	14	14
Atypical Chest Pain	5	5
Other	17	17

	Procedure Status	
	No-SOS (%)	SOS (%)
Elective	75.9	76.2
Urgent	22.7	19.4*
Emergency	0.36	0.57*

* P < 0.05

10.1056/NEJMoa1114540) March 25, 2012, at NEJM.org.

Resultados



Objetivos del estudio	Sin cirugía (%) n=14149	Con cirugía (%) n=4718	p
Mortalidad 6 semanas	0,9	1	0,004 para no inferioridad
Eventos adversos 9 meses	12,1	11,2	0,05 para no inferioridad
Mortalidad 9 meses	3,2	3,2	NS
IAM 9 meses	3,1	3,1	NS
Revascularización 9 meses	6,5	5,4	0,01
Cirugía emergente en PCI	0,1	0,2	NS

10.1056/NEJMoa1114540) March 25, 2012, at NEJM.org.

Conclusiones



- Comparando con pacientes de Hospitales con cirugía, los pacientes de los hospitales sin Cir. Cardíaca:
 - **El índice de ACTP fallida es más alto (3.4% vs 2.5% por paciente; 6.6% vs 5.9% per lesion)**
 - El uso de stent FA es más alto (24.2% vs 22.9%)
 - Los procedimientos diferidos para minimizar riesgos son menos frecuentes (26% vs 68%)
 - Menos visitas al cathlab son necesarias para completar la revascularización por ACTP (1.3 vs 1.7) y la cirugía cardíaca también es menos frecuente (1.5% vs 2.3%)
 - **A las 6 semanas y 9 meses tras ACTP, el índice de muerte, IAM, sangrado, ACV, insuficiencia renal y reparación vascular es similar en los hospitales con y sin cirugía cardíaca.**
 - **La incidencia de necesidad de revascularizaciones tras randomización del vaso objetivo es mayor en hospitales sin cirugía cardíaca**

10.1056/NEJMoa1114540) March 25, 2012, at NEJM.org.

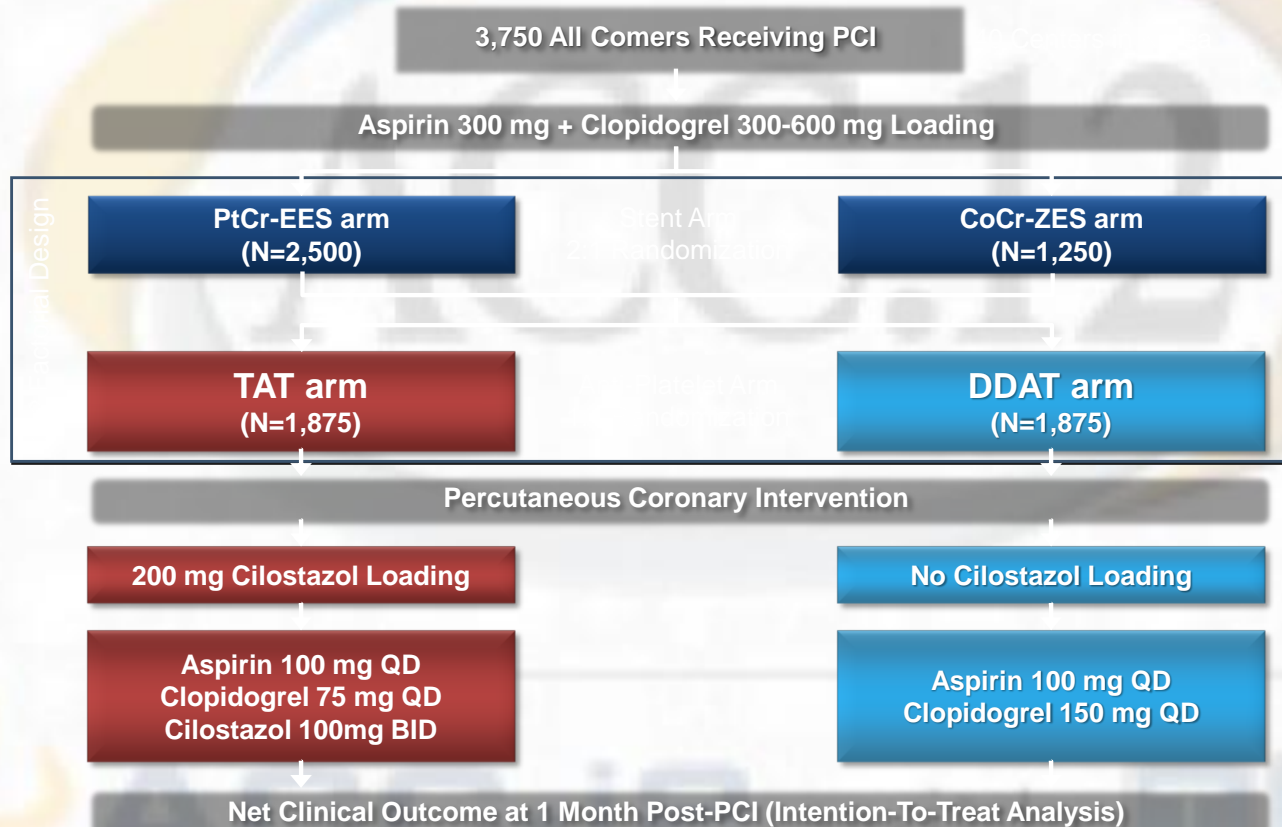
HOST-ASSURE: Cilostazol frente a doble dosis de clopidogrel tras la angioplastia



Study Design

Prospective, single-blinded, randomized multi-center trial

HOST
ASSURE



HOST-ASSURE: Cilostazol frente a doble dosis de clopidogrel tras la angioplastia



Background: PCI is a common procedure to treat those with coronary heart disease; however, it carries risks of cardiac death, MI, stroke or major bleeding. Optimal strategies to balance treatment and risk are needed.

Purpose: To determine efficacy and safety of triple anti-platelet therapy (TAT) including Cilostazol compared with a double dose of anti-platelet therapy (DAT) in patients undergoing PCI utilizing drug-eluting stents DES.

Design: Interventional, randomized, parallel, open label safety and efficacy treatment study

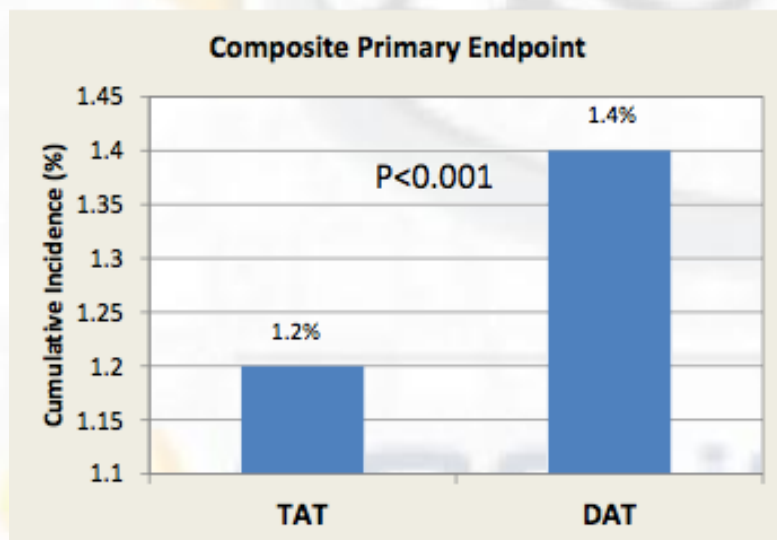
Methods: The study utilized 4 treatment arms over 1 month as follows:

- Promus Element stent + 100mg Aspirin QD + 150mg Clopidogrel QD
- Endeavor Resolute stent + 100mg Aspirin QD + 150mg Clopidogrel QD
- Promus Element stent + 100mg Aspirin QD + 75mg Clopidogrel QD + 100mg Cilostazol BID
- Endeavor Resolute stent + 100mg Aspirin QD + 75mg Clopidogrel QD + 100mg Cilostazol BID

Primary Endpoints: Net clinical outcome at one month using a composite of cardiac death, nonfatal MI, stroke and major bleeding

Results: Non-inferiority was shown as 23 patients (1.2%) in the TAT group and 27 (1.4%) experienced a primary event ($p < 0.001$)

Conclusion: Triple anti-platelet therapy with Cilostazol was found to be noninferior to double dosing Clopidogrel in patients who had undergone PCI.



N=1879

N=1876

Lípidos-ATP IV



PREV

EXPERTS

227

Update on the ATP IV Guidelines

Sunday, March 25, 2012, 10:45 a.m. – 12:15 p.m.

McCormick Place South, S501a

GME/CNE Hours: 1.5

Co-Chairs:

Christie M. Ballantyne, Houston, TX
Neil Stone, Winnetka, IL

Case Presenters:

James H. Stein, Madison, WI, Salim S. Virani,
Bellaire, TX

Panelists:

C. Noel Bairey Merz, Los Angeles, CA, Patrick E.
McBride, Madison, WI, Jennifer Robinson, Iowa City,
IA, Neil Stone, Winnetka, IL

PREV
SYMPOSIUM
631

Hypertension Guidelines 2012

Saturday, March 24, 2012, 4:30 p.m. – 6:00 p.m.

McCormick Place South, S100c

CME/CNE/CPE Hours: 1.5

ACPE No. 0012-9999-12-136-L04-P

Co-Chairs:

Thomas D. Giles, Metairie, LA
Suzanne Oparil, Birmingham, AL

4:30

Updates and New Guidelines for Hypertension Management in 2012 — Suzanne Oparil, Birmingham, AL

4:45

Initial Drug Choices in Low-risk and High-risk Populations — Kenneth A. Jamerson, Ann Arbor, MI

5:00

Should Target Blood Pressure Change in the New Guidelines? — William C. Cushman, Memphis, TN

5:15

Treatment of Hypertension in Diabetes and Chronic Kidney Disease — George L. Bakris, Chicago, IL

5:30

Lifestyle Modification — John D. Bisognano, Rochester, NY

5:45

Hypertension in Ethnic Minorities — Ronald G. Victor, Los Angeles, CA



PREV

SYMPOSIUM

631

Hypertension Guidelines 2012
Saturday, March 24, 2012, 4:30 p.m.
McCormick Place South, S100c



- Ninguna novedad importante
- Parece ser que las guías JNC 8 van a ser menos estrictas en el control de los pacientes que la JNC 7, tanto en DM como en ERC.
- Se explican los métodos de desarrollo de una guía clínica (los nueve pasos a seguir)

PREV

ORAL

926

Renal Sympathetic Denervation: A Novel Therapy for Hypertension?

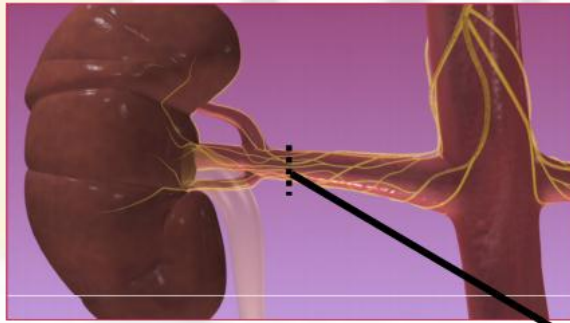
Sunday, March 25, 2012, 10:45 a.m. – 12:15 p.m.

McCormick Place North, N228

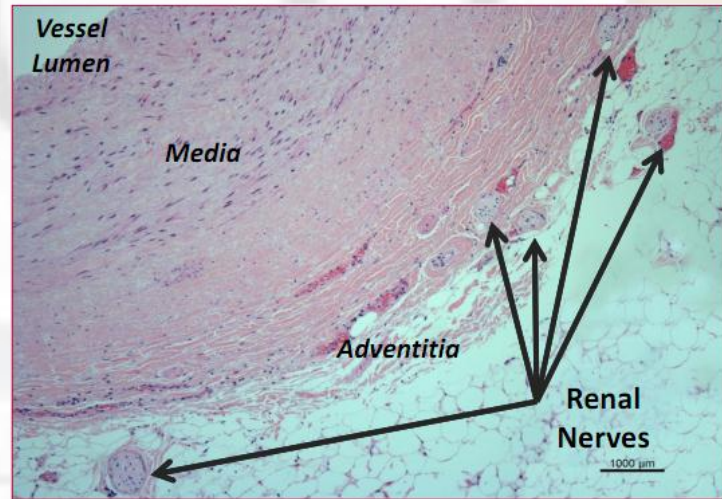
CME/CNE Hours: 1.5



Co-Chairs: George L. Bakris, Chicago, IL
Suzanne Oparil, Birmingham, AL



- Arise from T10-L2
- Follow the renal artery to the kidney
- Primarily lie within the adventitia
- The only location that renal efferent & afferent nerves travel together



926–5 6-months Follow-up in a Real Life Situation after Renal Denervation — Willemien Verloop, Wilko Spiering, Pierfrancesco Agostoni, Pieter Stella, Kevin Onsea, P. Doevendans, Michiel voskuil, UMC Utrecht, Utrecht, The Netherlands



- 78 pac (seguim. **6 meses en 23**).
- Bajada de Pas de 198 a 170 mmHg.
- Pas de >160 mmHg pasan de 19 a 11.
- **22% de No respondedores.**
- En 8 pacientes se reduce la medicación y en 3 se aumenta.
- No se encontraron predictores de no respondedores.

926–6 Effects of Renal Sympathetic Denervation on 24-hour Blood Pressure Variability — Axel Bauer, Christine Zuern, Konstantinos Rizas, Christian Eick, Meinrad Gawaz, Eberhard-Karls-Universität Tübingen. Tuebingen. Germany



- Variabilidad de la PA, 11 pacientes, con criterios inclusión simplicity-1, PAs 189 mmHg de media,
- 5,6 fármacos de media y 5,4 a los 6 meses
- Es significativo los cambios en variabilidad de la PA sin embargo no varia la PAs (solo tendencia).

926–7 Percutaneous Renal Denervation for Resistant Hypertension: Real World Outcomes — Darren Mylotte, Hakim Benamer, Thierry Untersee, Yves Louvard, Marie Claude Morice, Philippe GARot, Thierry Lefevre, Institut Cardiovasculaire Paris Sud, Paris, France



- 35 pac, 181 mmHg, 4,6 medicamentos.
- Procedimiento: Heparina, Sedación 40 min 97% pac ablacionado 8 ablaciones por paciente.
- Seguim 6 meses:
 - **Caída 28 PAs y 13 PAd. MAPA de 21 y 9 respectivamente**
- No responden **8,8%** (no relacionado con la presencia de 2 AR)
- 26% llegaron a objetivo PA , se redujo el Tto en 4 y en 3 se aumentó
- No efectos secundarios

SYMPPLICITY HTN-3 Trial: Evaluating Renal Denervation for Resistant Hypertension



1. Los no respondedores inicialmente, responden a lo largo de la evolución (respondedores lentos).
 - Los 45 pacientes que no respondieron inicialmente en el Symplicity-1, el 58% respondió (definido como una reducción de la PA sistólica de 10 mmHg o más) a los 3 meses, el 64% en un año, el 82% en dos años, y 100% en tres años.
2. Menor efecto en la MAPA
 - Menos intenso, aunque el % es similar que en la PA clínica
 - Symplicity HTN-3 dará la solución
3. Mayor número de pacientes que no responden en el mundo real.
4. Continúa el reto de saber cuales son las causas de los no respondedores

Physician Panel:

Henry Krum — *SYMPPLICITY HTN-1 Lead Author*

Murray Esler — *SYMPPLICITY HTN-2 Lead Author*

Suzanne Oparil — *SYMPPLICITY HTN-3 Steering Committee*

David Kandzari — *SYMPPLICITY HTN-3 Steering Committee*

HF

SYMPOSIUM

641

Joint Symposium of the Heart Failure Society of America and the American College of Cardiology: Contemporary Issues in the Diagnosis and Treatment of Chronic Ambulatory Heart Failure
Sunday, March 25, 2012, 12:30 p.m. – 1:45 p.m.
McCormick Place South, S406b
CME/CNE Hours: 1.25

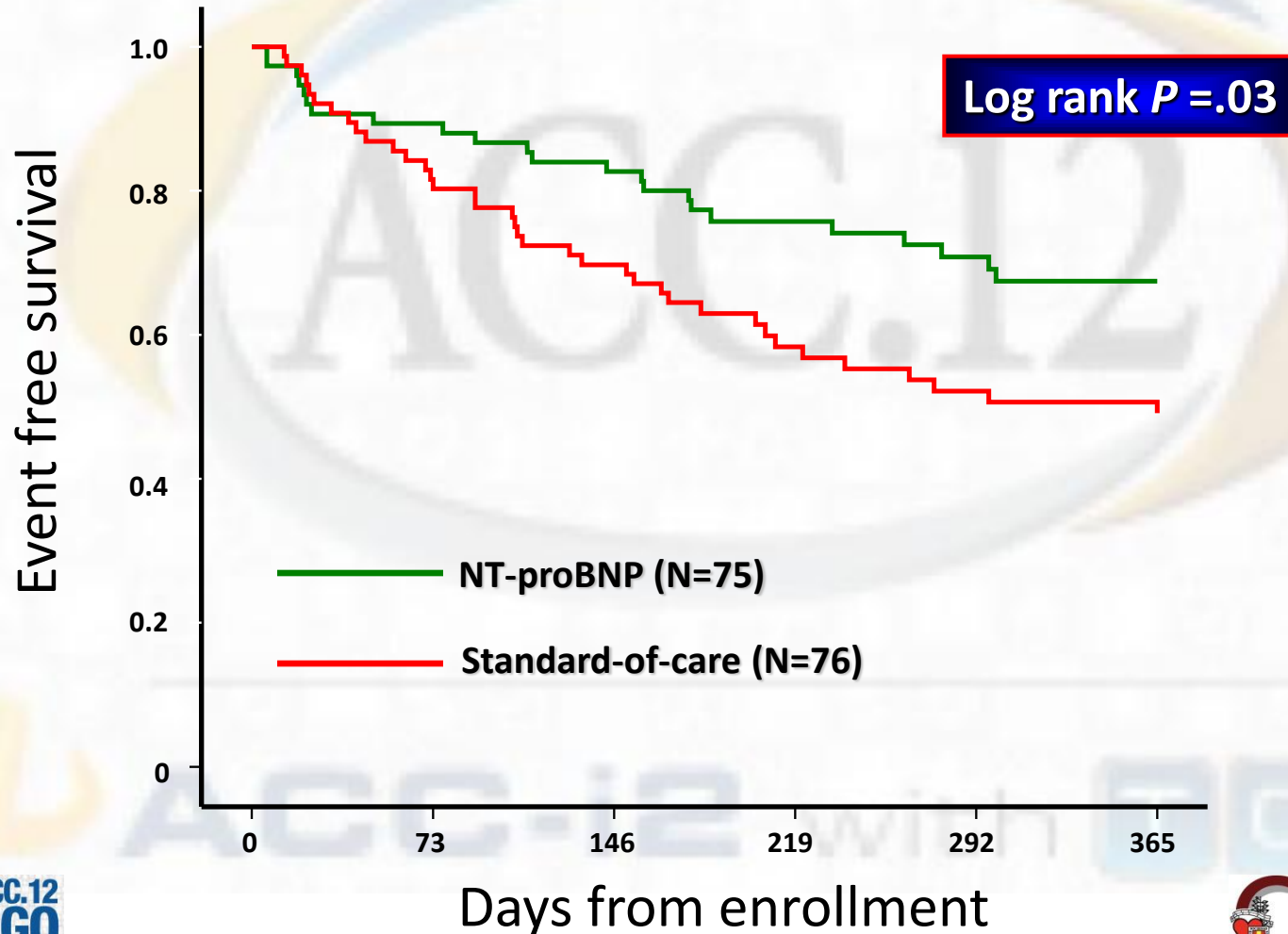
Co-Chairs: David DeNofrio, Boston, MA
G. Michael Felker, Durham, NC

The Evolving Role of Biomarkers in the Management of Heart Failure Patients — James L. Januzzi, Jr., Boston, MA



- Terapia guiada por BNP:
 - Identifica el que está inadecuadamente tratado
 - Identifica quien tiene alto riesgo
 - Los EC hasta ahora son en pacientes jóvenes, IC por DS, bajo BNP objetivo, los cambios son guiados por BNP, bajadas significativas de BNP
 - PROTECT study (151 pac), terapia guiada por proBNP

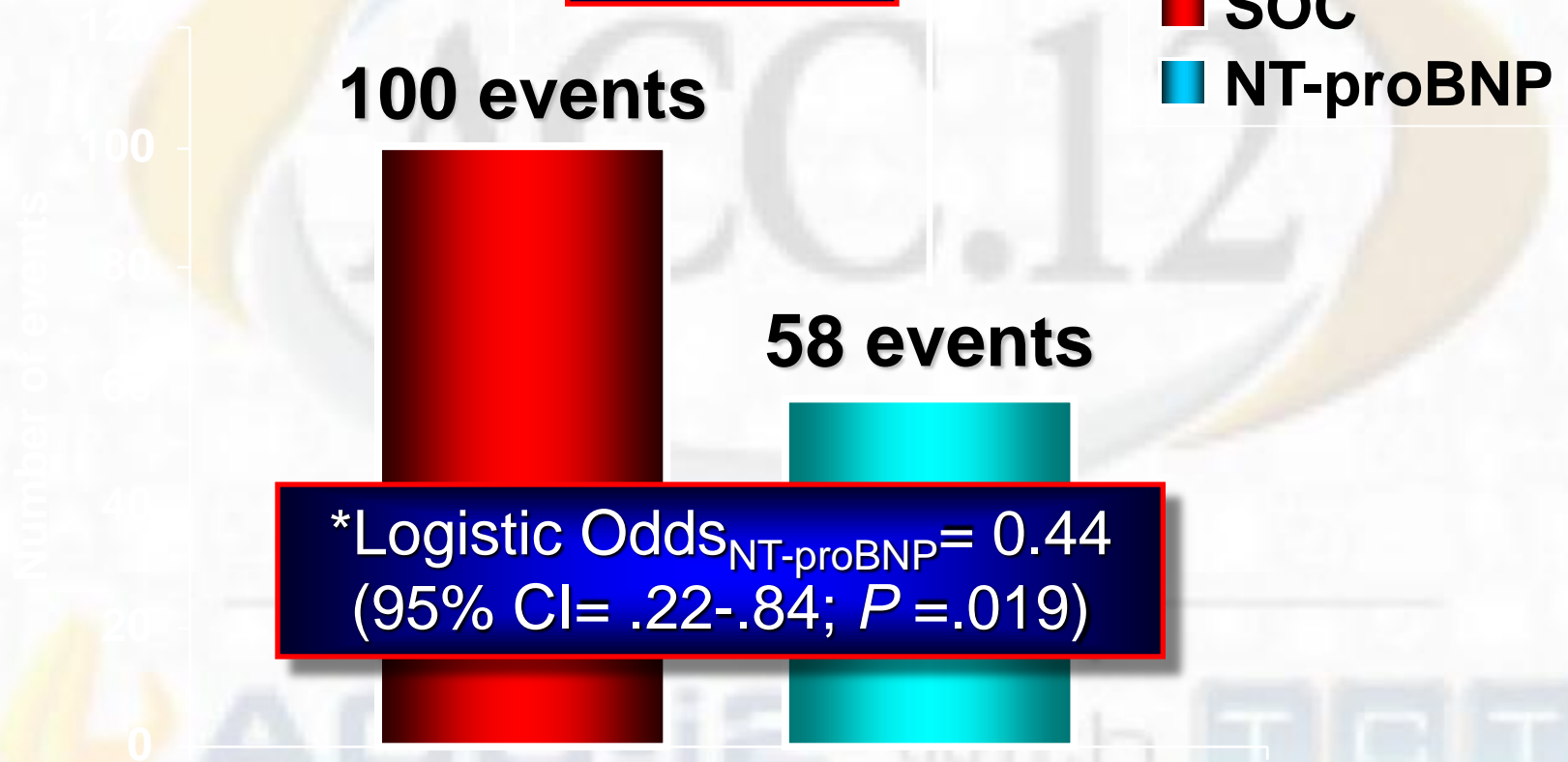
PROTECT



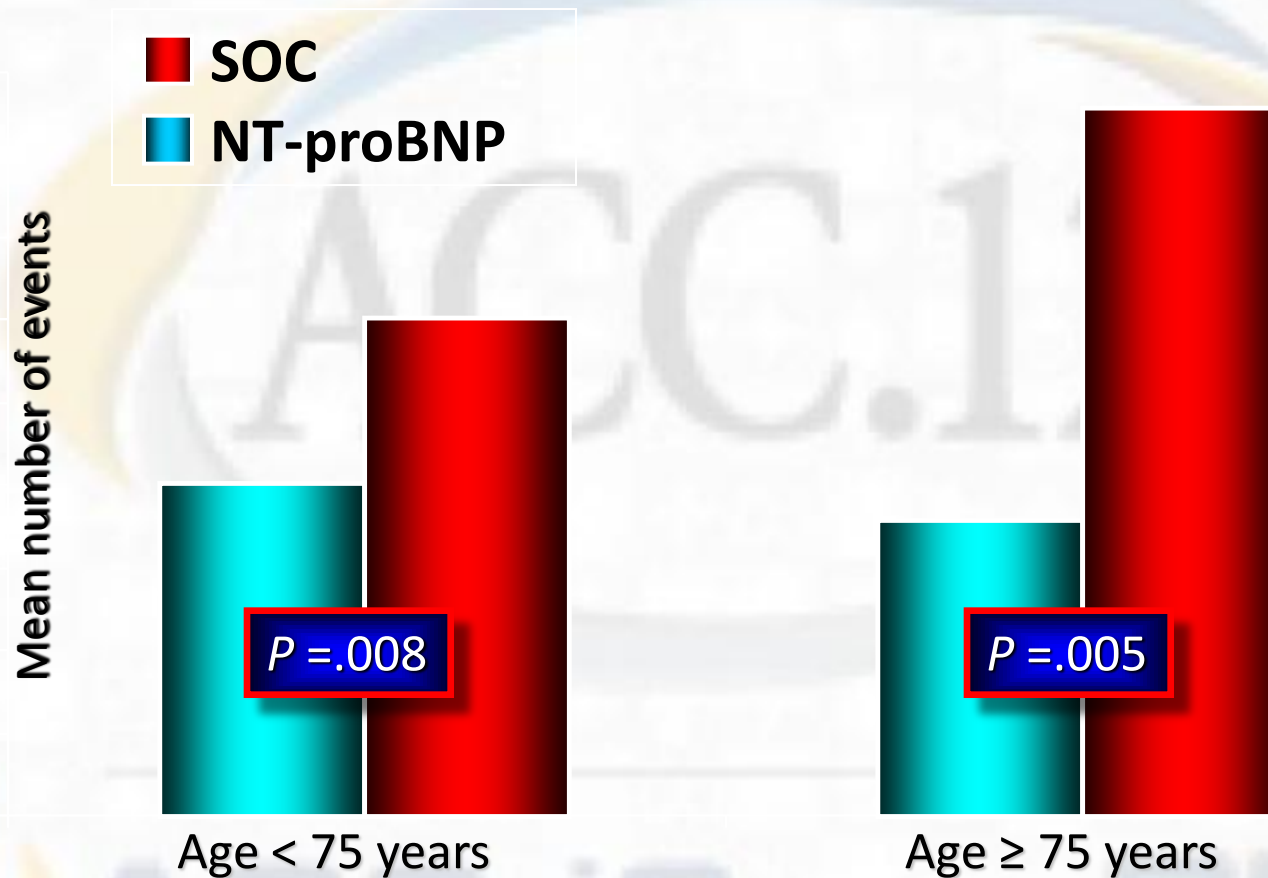
Objetivo primario



$P = .009$



Edad y seguimiento



*No interaction between age and NT-proBNP guided care was found ($P = .11$)



Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy in Obese Patients with Diabetes

STAMPEDE

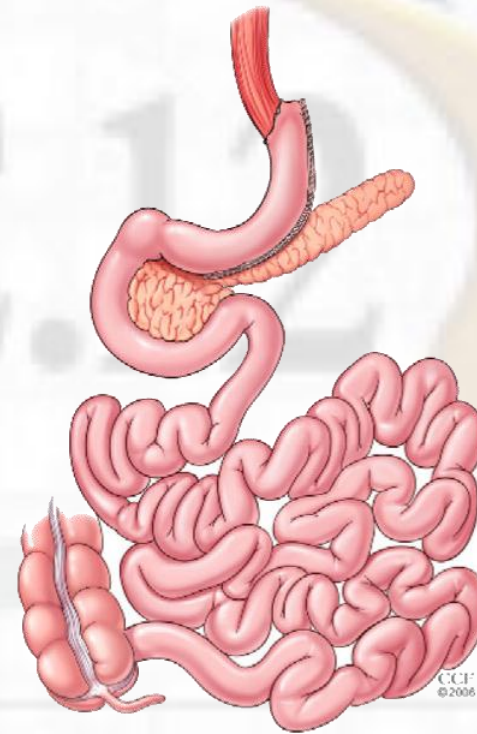
- TMO vs TMO+cirugía bariátrica para conseguir solución BQ de DM2 (Hb1Ac<6%), mejorías en : glucosa, lípidos, IMC, PCR, medicación, seguridad y episodios adversos.
- IMT: peso, GLP1, sensibilizadores, insulina, controles con multidisciplinar, control monitorizado de glucosa

Tipo de cirugía

STAMPEDE



Y de Roux



Gastroplastia Tubular

Características basales



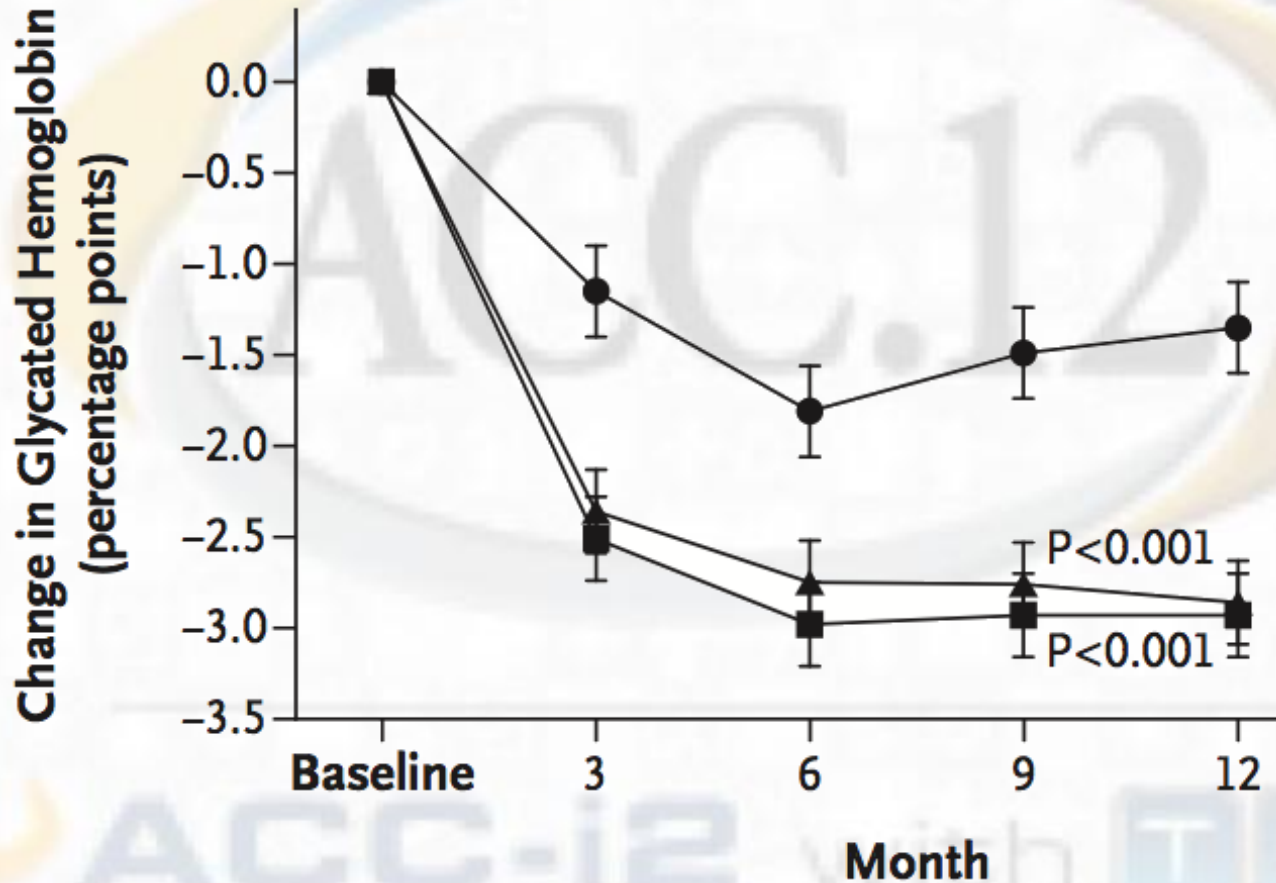
STAMPEDE

Characteristic	Medical Therapy (N=50)	Gastric Bypass (N=50)	Sleeve Gastrectomy (N=50)	P Value
Duration of diabetes — yr	8.9±5.8	8.2±5.5	8.5±4.8	0.72
Use of insulin — no. (%)	22 (44)	22 (44)	22 (44)	1.00
Age — yr	49.7±7.4	48.3±8.4	47.9±8.0	0.46
Female sex — no. (%)	31 (62)	29 (58)	39 (78)	0.08
Body-mass index†				
Value	36.8±3.0	37.0±3.3	36.2±3.9	0.42
<35 — no. (%)	19 (38)	14 (28)	18 (36)	0.54
Body weight — kg	106.5±14.7	106.7±14.8	100.8±16.4	0.10
Waist circumference — cm	114.5±9.4	116.4±9.2	114.0±10.4	0.43
Waist-to-hip ratio	0.95±0.09	0.96±0.07	0.96±0.09	0.88
White race — no. (%)‡	37 (74)	37 (74)	36 (72)	0.97
Smoker — no./total no. (%)	15/42 (36)	20/50 (40)	11/50 (22)	0.14
Metabolic syndrome — no. (%)	46 (92)	45 (90)	47 (94)	1.00
History of dyslipidemia — no./total no. (%)	36/43 (84)	44/50 (88)	40/50 (80)	0.55
History of hypertension — no./total no. (%)	26/43 (60)	35/50 (70)	30/50 (60)	0.51

Cambios en Hb1Ac

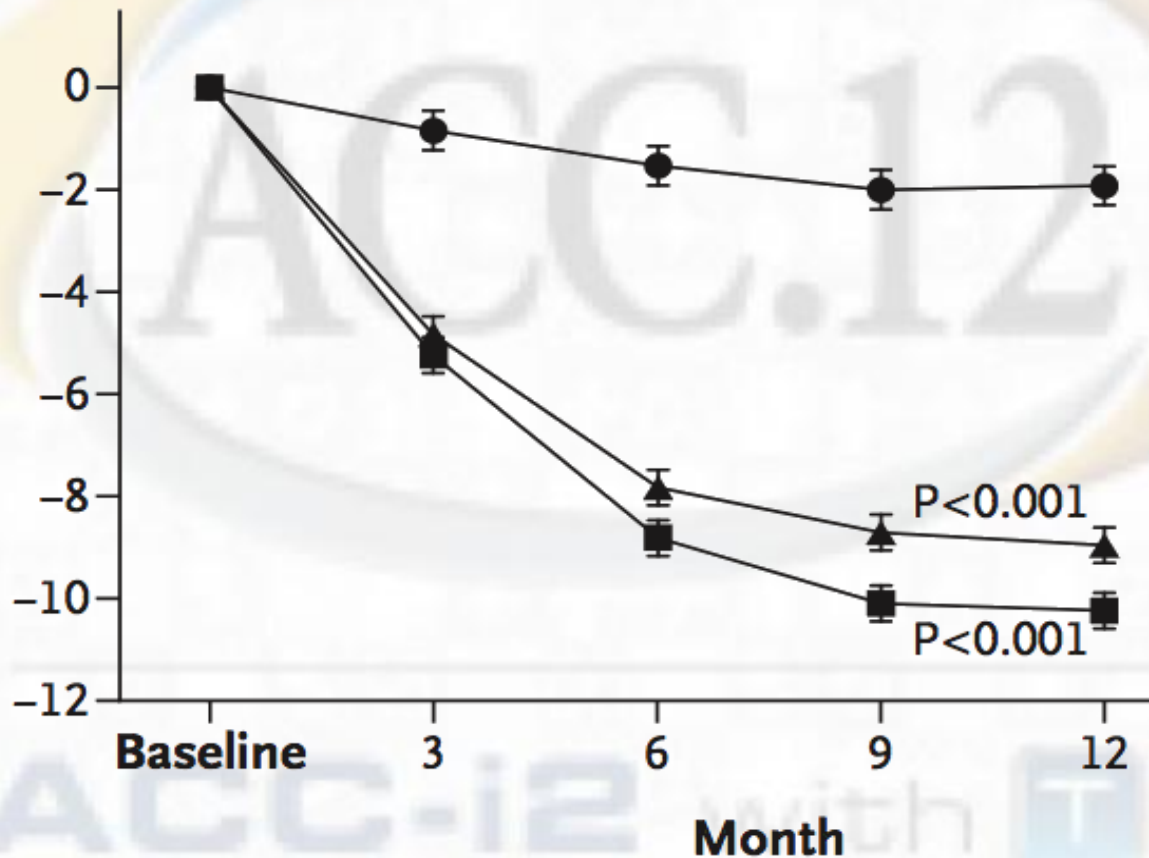


STAMPEDE



Cambios en IMC

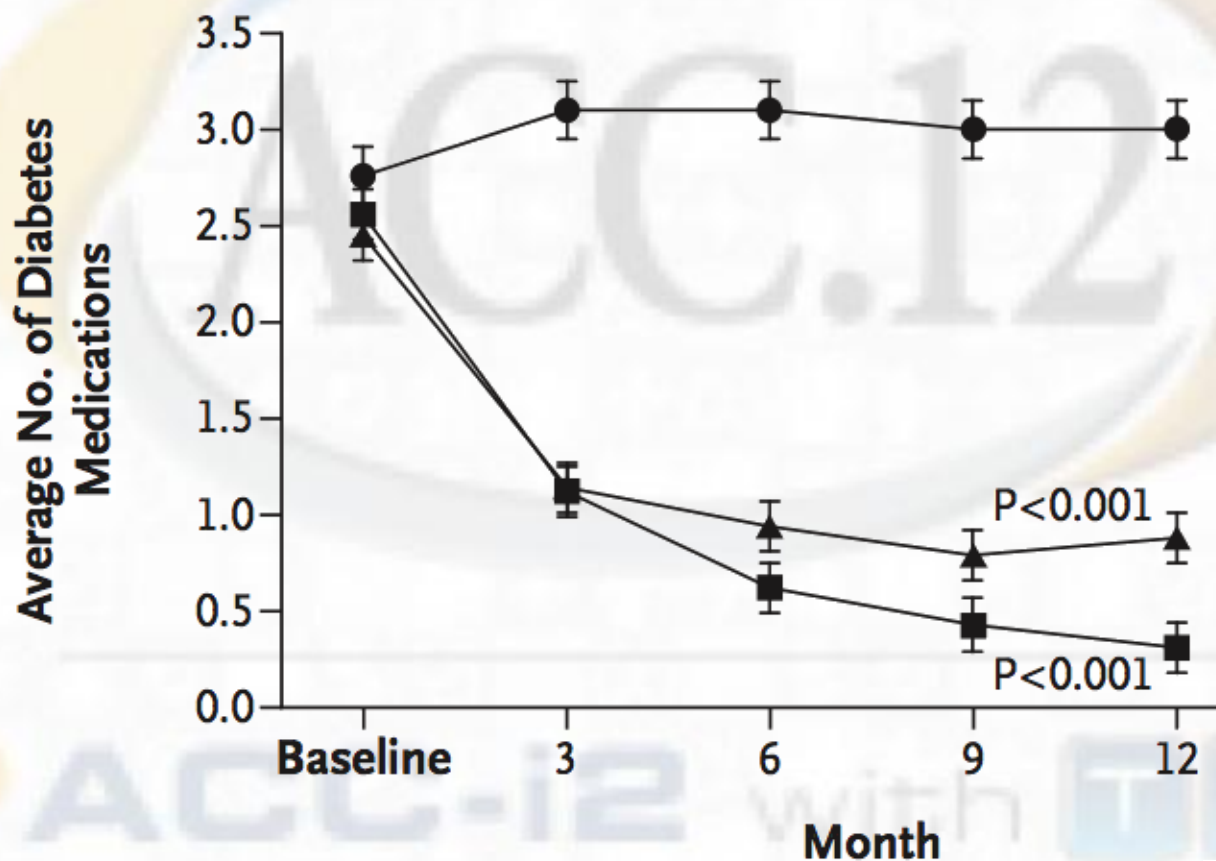
STAMPEDE



Cambios en número de tratamientos cardiovasculares



STAMPEDE



CONCLUSIONES



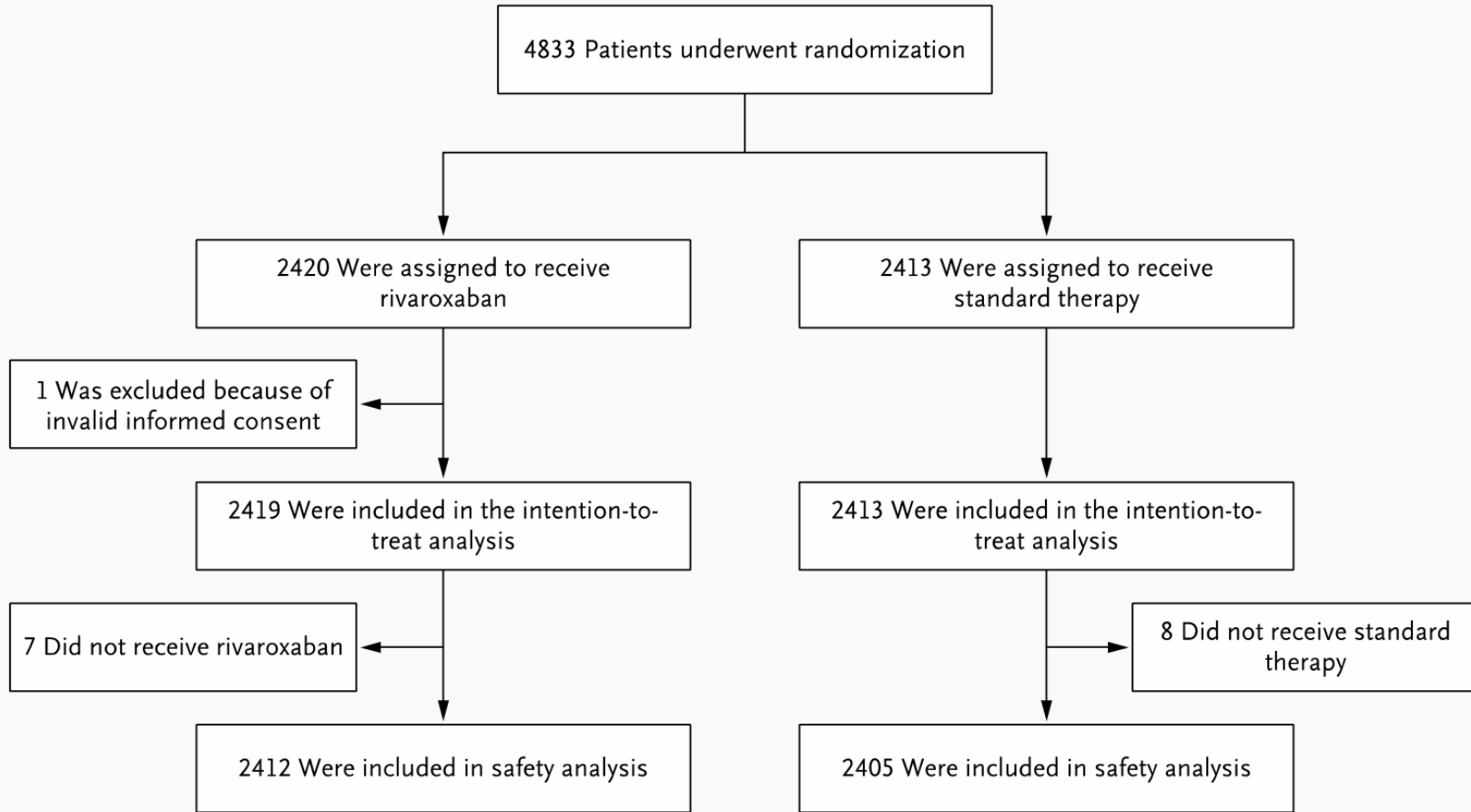
STAMPEDE

- En pacientes obesos con DM tipo 2 no controlada, tras 12 meses de TMO+ cirugía bariátrica se consigue un control adecuado de la glucosa en más pacientes que con TMO solamente.
- Son necesarios más estudios para ver si estos resultados se mantienen en el tiempo

Oral Rivaroxaban for the Treatment of Symptomatic Pulmonary Embolism

EINSTEIN-PE

Flujo de pacientes



Características basales



EINSTEIN-PE

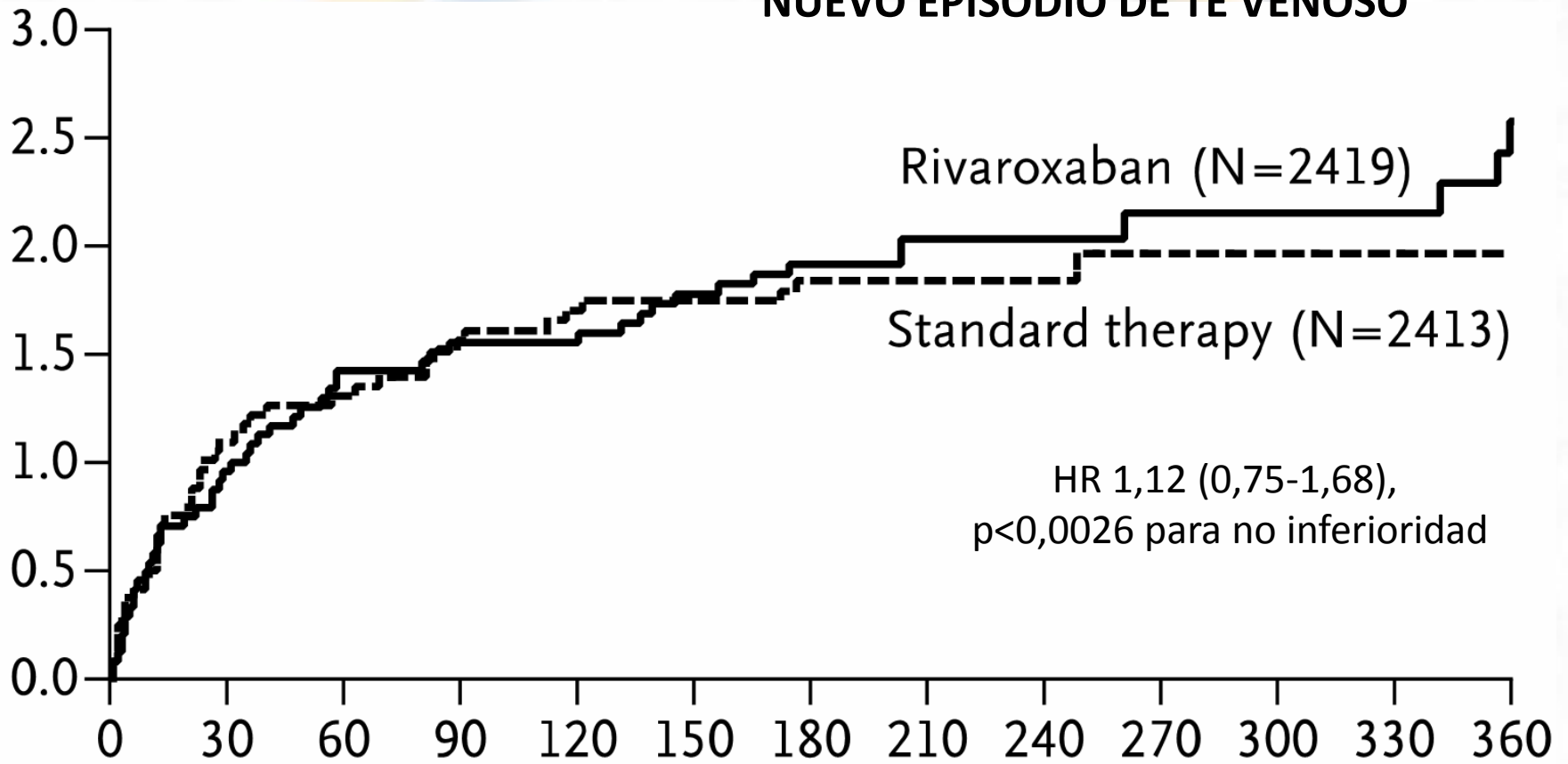
Characteristic	Rivaroxaban (N=2419)	Standard Therapy (N=2413)	P Value
Prerandomization treatment with low-molecular-weight heparin, heparin, or fondaparinux — no. (%)	2237 (92.5)	2223 (92.1)	0.62
Duration of prerandomization treatment — no. (%)			0.56
1 day	1389 (57.4)	1400 (58.0)	
2 days	801 (33.1)	777 (32.2)	
>2 days	47 (1.9)	46 (1.9)	
At least one dose of a study drug received — no. (%)	2412 (99.7)	2405 (99.7)	0.79
Intended duration of treatment — no. (%)			0.95
3 mo	127 (5.3)	122 (5.1)	
6 mo	1387 (57.3)	1387 (57.5)	
12 mo	905 (37.4)	904 (37.5)	
Mean study duration — days	263	268	
Actual duration of treatment — days			
3-mo group			0.69
Median	93.0	92.0	
Interquartile range	91.0–97.0	90.0–96.0	
6-mo group			0.28
Median	182.0	181.0	
Interquartile range	179.0–184.0	178.0–183.0	
12-mo group			0.48
Median	355.0	354.0	
Interquartile range	278.0–358.0	274.0–357.0	
Mean study treatment duration — days	216	214	
Reasons for premature discontinuation of treatment — no. (%)			
Any reason	258 (10.7)	297 (12.3)	0.07
Adverse event	111 (4.6)	92 (3.8)	
Consent withdrawn	66 (2.7)	118 (4.9)	
Loss to follow-up	8 (0.3)	10 (0.4)	

Resultados: Objetivo primario



EINSTEIN-PE

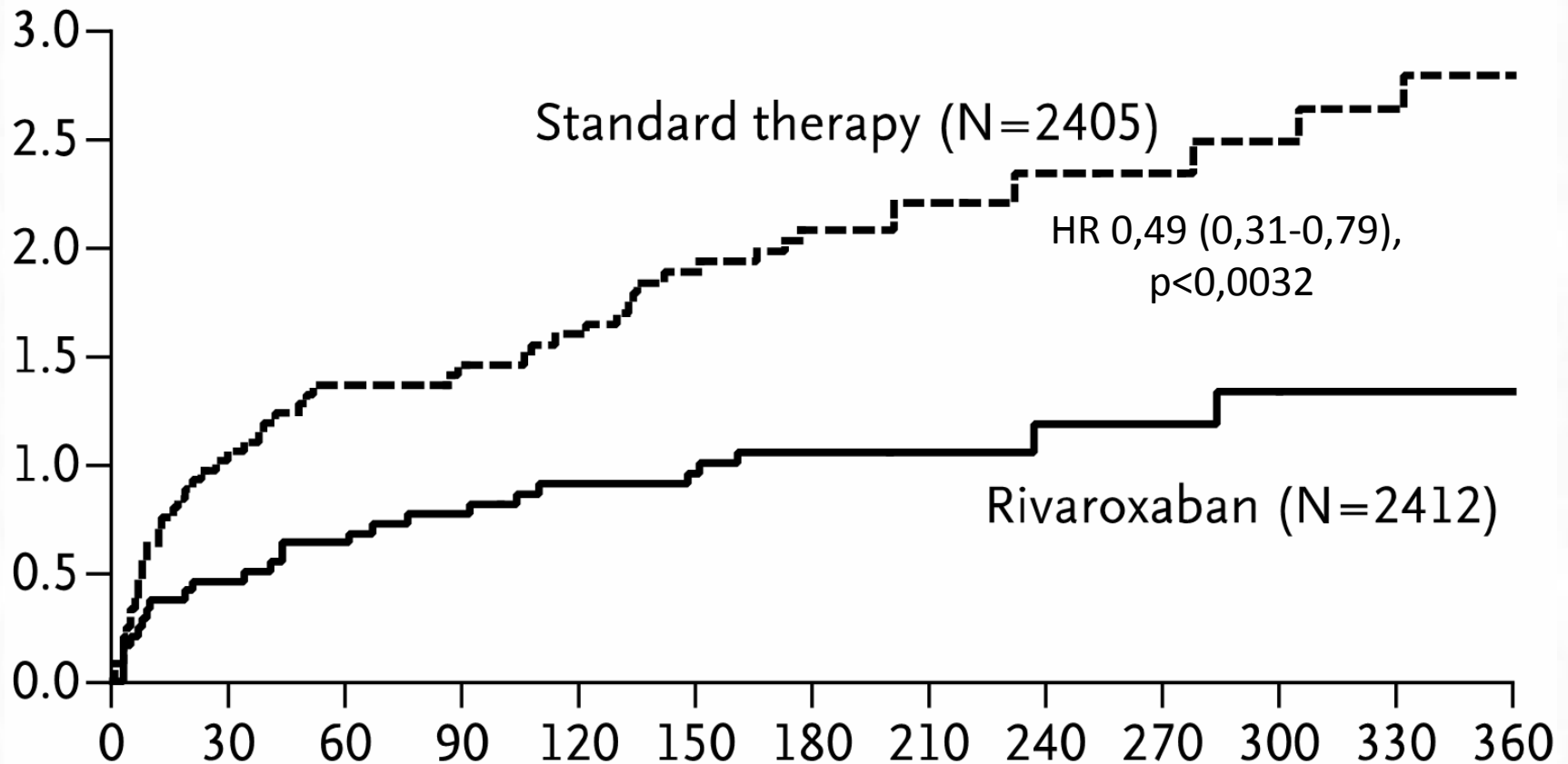
NUEVO EPISODIO DE TE VENOSO



Hemorragia mayor



EINSTEIN-PE



Conclusiones



EINSTEIN-PE

- En el embolismo pulmonar agudo sintomático el tratamiento con rivaroxaban es una estrategia eficaz, segura y cómoda.



GO FOR ACC.12
CHICAGO
MARCH 24 - 27, 2012 • EXHIBITS: MARCH 24 - 26

 **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE**
Cardiología

Moderate Pulmonary Embolism Treated with Thrombolysis (MOPETT Study)

Background: currently massive pulmonary embolism (PE) is treated with thrombolytics. New data indicates that there could be a role for these drugs at lower doses in moderate PE.

Purpose: Determine if reduced doses of the thrombolytic drug tissue plasminogen activator (t-PA) could be used to treat moderate PE.

Methods: 121 patients with moderate PE; 61 were given ½ dose of thrombolytic + modified anticoagulant therapy ; 60 were given anticoagulant alone.

RESULTS
PA pressures reduced quickly
Pulmonary HTN and PE recurrence reduced
Hospital discharge - earlier
A lower thrombolytic dose is safe and effective

Primary Endpoints: Pulmonary hypertension alone or with recurrent PE.

Conclusion: Use of a smaller t-PA dose than that used in severe PE, is effective and safe in moderate PE.

Off-Pump or On-Pump Coronary-Artery Bypass

Grafting at 30 Days.

CORONARY trial investigators

Los beneficios y riesgos de la cirugía de bypass aortocoronario sin bomba de circulación extracorpórea, en comparación con la cirugía con bypass cardiopulmonar, no están claramente establecidos.

En 79 centros en 19 países, 4752 pacientes con cirugía de bypass prevista

Randomizados a cirugía sin bomba o con bomba.

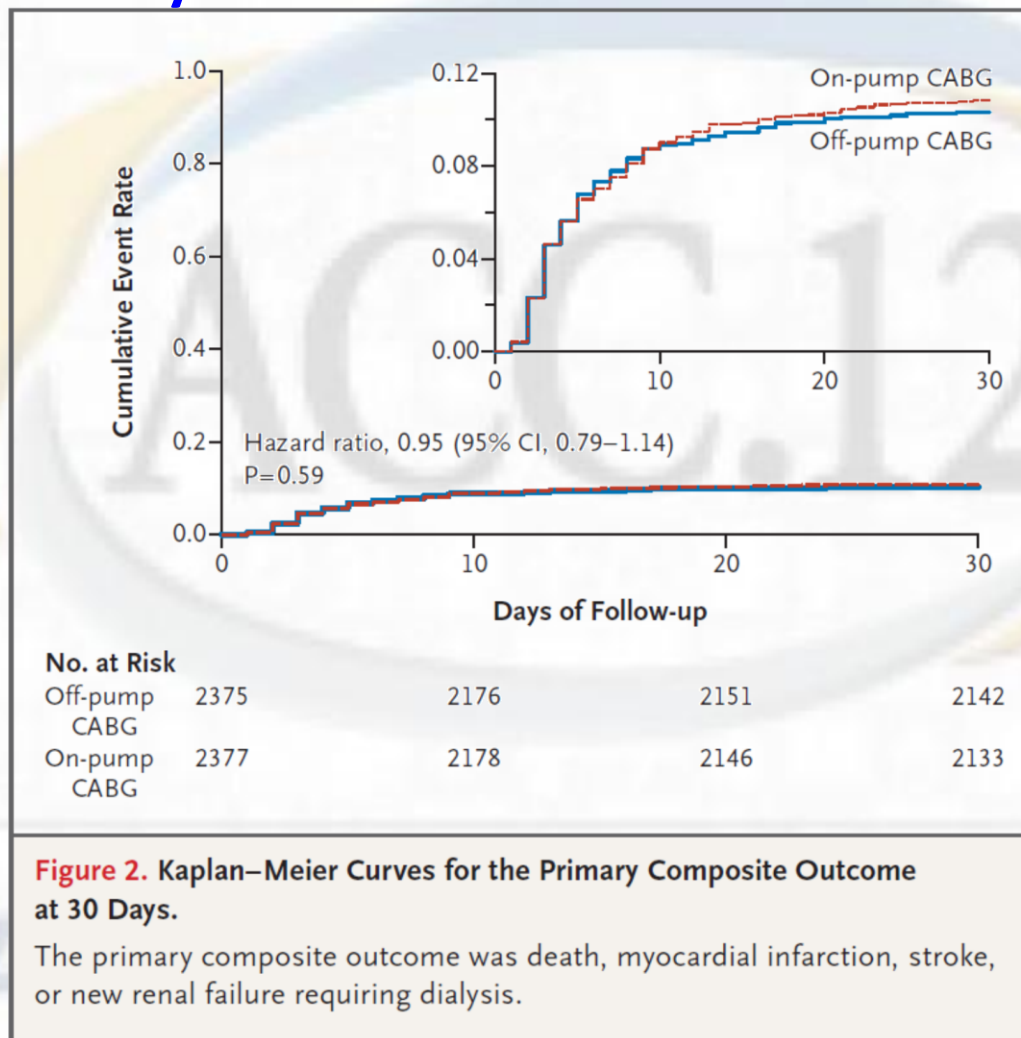
Cirujanos expertos (>2 años, >100 procedimientos)

Objetivo primario compuesto:

- muerte
- ictus no mortal
- infarto no mortal
- insuficiencia renal (nueva) que precisara diálisis en <30 días



Off-Pump or On-Pump Coronary-Artery Bypass Grafting at 30 Days.



Off-Pump or On-Pump Coronary-Artery Bypass Grafting at 30 Days.



Table 2. Outcomes at 30 Days.

Outcome	Off-Pump CABG (N = 2375)	On-Pump CABG (N = 2377)	Hazard Ratio (95% CI)	P Value
Primary outcome — no. (%)*	233 (9.8)	245 (10.3)	0.95 (0.79–1.14)	0.59
Death	60 (2.5)	59 (2.5)	1.02 (0.71–1.46)	
Myocardial infarction	158 (6.7)	170 (7.2)	0.93 (0.75–1.15)	
Stroke	24 (1.0)	27 (1.1)	0.89 (0.51–1.54)	
New renal failure requiring dialysis	28 (1.2)	27 (1.1)	1.04 (0.61–1.76)	
Other prespecified outcome — no. (%)				
Death from cardiovascular causes†	60 (2.5)	59 (2.5)	1.02 (0.71–1.46)	0.93
Angina	3 (0.1)	2 (0.1)	1.50 (0.25–8.99)	0.66
Primary outcome at discharge‡	228 (9.6)	246 (10.3)	0.94 (0.78–1.13)	0.50

Off-Pump or On-Pump Coronary-Artery Bypass

Grafting at 30 Days.



Table 2. Outcomes at 30 Days.

Outcome	Off-Pump CABG (N = 2375)	On-Pump CABG (N = 2377)	Hazard Ratio (95% CI)	P Value
Other outcome — no./total no. (%)				
Repeat revascularization	16/2330 (0.7)	4/2328 (0.2)	4.01 (1.34–12.0)	0.01
Percutaneous coronary intervention	11/2330 (0.5)	3/2328 (0.1)	3.67 (1.02–13.2)	0.05
Repeat CABG	6/2330 (0.3)	1/2328 (<0.1)	6.00 (0.72–49.8)	0.10
Other surgeries	38/2330 (1.6)	34/2328 (1.5)	1.12 (0.71–1.77)§	0.63
Any reoperation				
Including CABG¶	77/2330 (3.3)	91/2328 (3.9)	0.85 (0.63–1.14)§	0.27
Including repeat revascularization	87/2330 (3.7)	93/2328 (4.0)	0.94 (0.70–1.25)§	0.65
Respiratory failure or infection	138/2330 (5.9)	175/2338 (7.5)	0.79 (0.63–0.98)§	0.03
Rehospitalization (from discharge to 30 days)	123/2375 (5.2)	120/2377 (5.0)	1.03 (0.80–1.31)§	0.84
AKIN stage 1 or more	631/2251 (28.0)	728/2270 (32.1)	0.87 (0.80–0.96)§	0.01
RIFLE risk	382/2251 (17.0)	443/2270 (19.5)	0.87 (0.76–0.98)§	0.02
RIFLE injury, AKIN stage 2	138/2251 (6.1)	168/2270 (7.4)	0.83 (0.66–1.03)§	0.09
RIFLE failure, AKIN stage 3	45/2251 (2.0)	59/2270 (2.6)	0.77 (0.52–1.13)§	0.18
Atrial fibrillation	435/2375 (18.3)	426/2377 (17.9)	1.02 (0.90–1.15)§	0.72

Off-Pump or On-Pump Coronary-Artery Bypass Grafting at 30 Days.



Conclusiones

No hubo diferencias significativas entre la cirugía con bomba o sin bomba con respecto a la mortalidad a 30 días, IAM, ictus o insuficiencia renal que precisara diálisis.

El uso de cirugía sin bomba redujo las tasas de transfusión, reoperación por sangrado perioperatorio, complicaciones respiratorias y fracaso renal agudo, pero se asoció aun riesgo aumentado de revascularización precoz.

Survival after PCI or CABG in Older Patients with Stable Multivessel Coronary Disease: Results from the ACCF-STS Database Collaboration



La cuestión de la efectividad de la cirugía de bypass aortocoronario frente a la intervención coronaria percutánea no está resuelta. El ACCF y la STS colaboraron para comparar las tasas de supervivencia a largo plazo tras PCI y CABG.

Se asociaron el ACCF National Cardiovascular Data Registry y el STS Adult Cardiac Surgery Database a las bases de datos de Medicare y Medicaid durante los años 2004 a 2008. Los resultados fueron comparados tras ajustar por propensity scores y inverse-probability-weighting para reducir el sesgo de selección de tratamiento.

189793 pacientes ≥ 65 años: CABG (86244) o PCI (103549)

Seguimiento 2.67 años

Objetivo principal: mortalidad total

Survival after PCI or CABG in Older Patients with Stable Multivessel Coronary Disease: Results from the ACCF-STS Database Collaboration



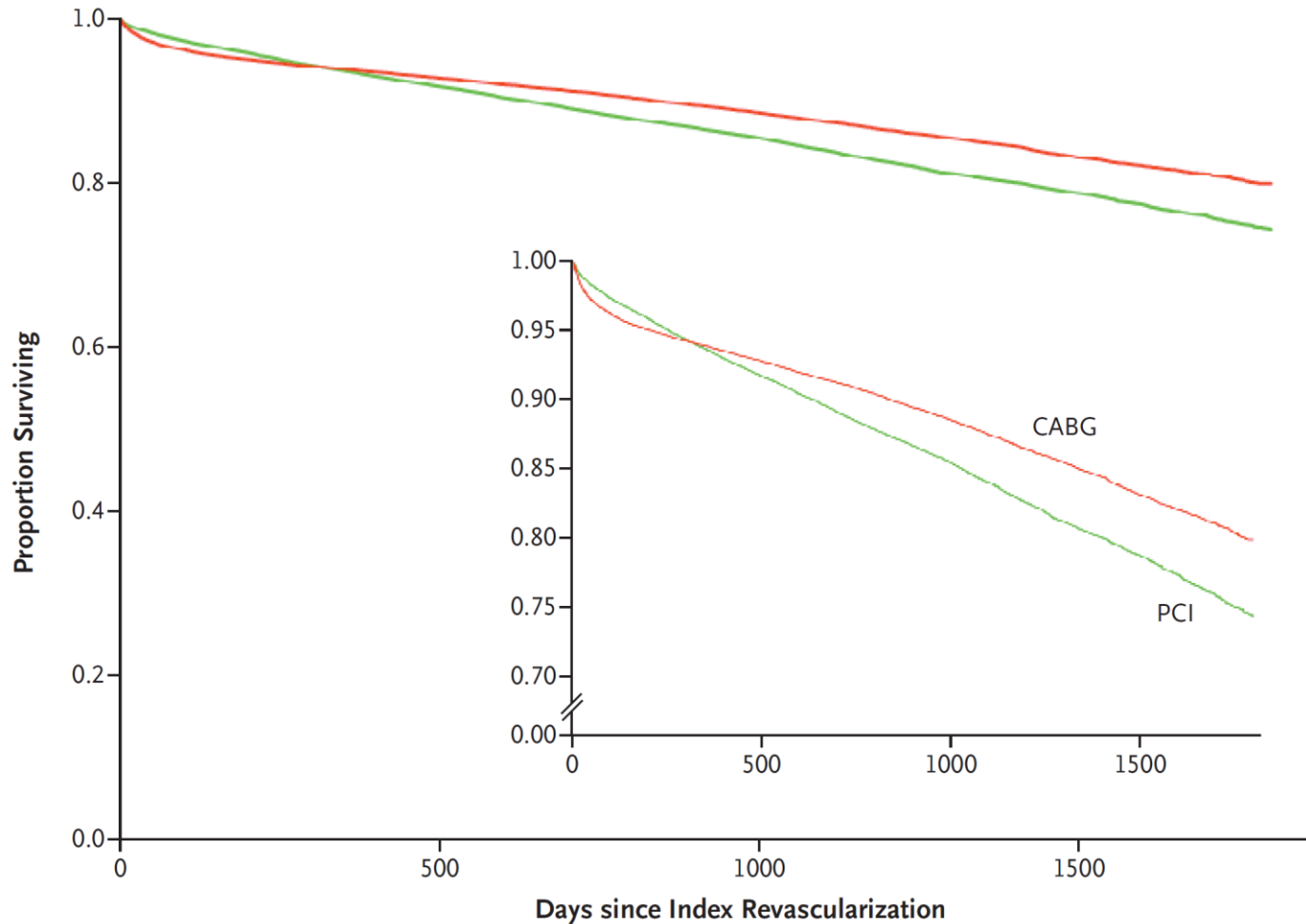
	CABG (N = 86,244)	PCI (N = 103,549)	P Value
Age (yr)	73.1±5.6	74.7±6.5	<0.001
Male sex (%)	68.6	57.8	<0.001
History of heart failure (%)	11.5	10.2	<0.001
History of myocardial infarction (%)	25.3	24.6	<0.001
Diabetes (%)			
Any	38.6	34.4	<0.001
Requiring insulin	10.2	9.8	0.007
Hypertension (%)	84.8	83.4	<0.001
Renal failure (%)	6.1	6.2	0.57
Chronic lung disease (%)	20.7	18.9	<0.001
Cerebrovascular disease (%)	17.6	15.8	<0.001

Survival after PCI or CABG in Older Patients with Stable Multivessel Coronary Disease: Results from the ACCF-STS Database Collaboration

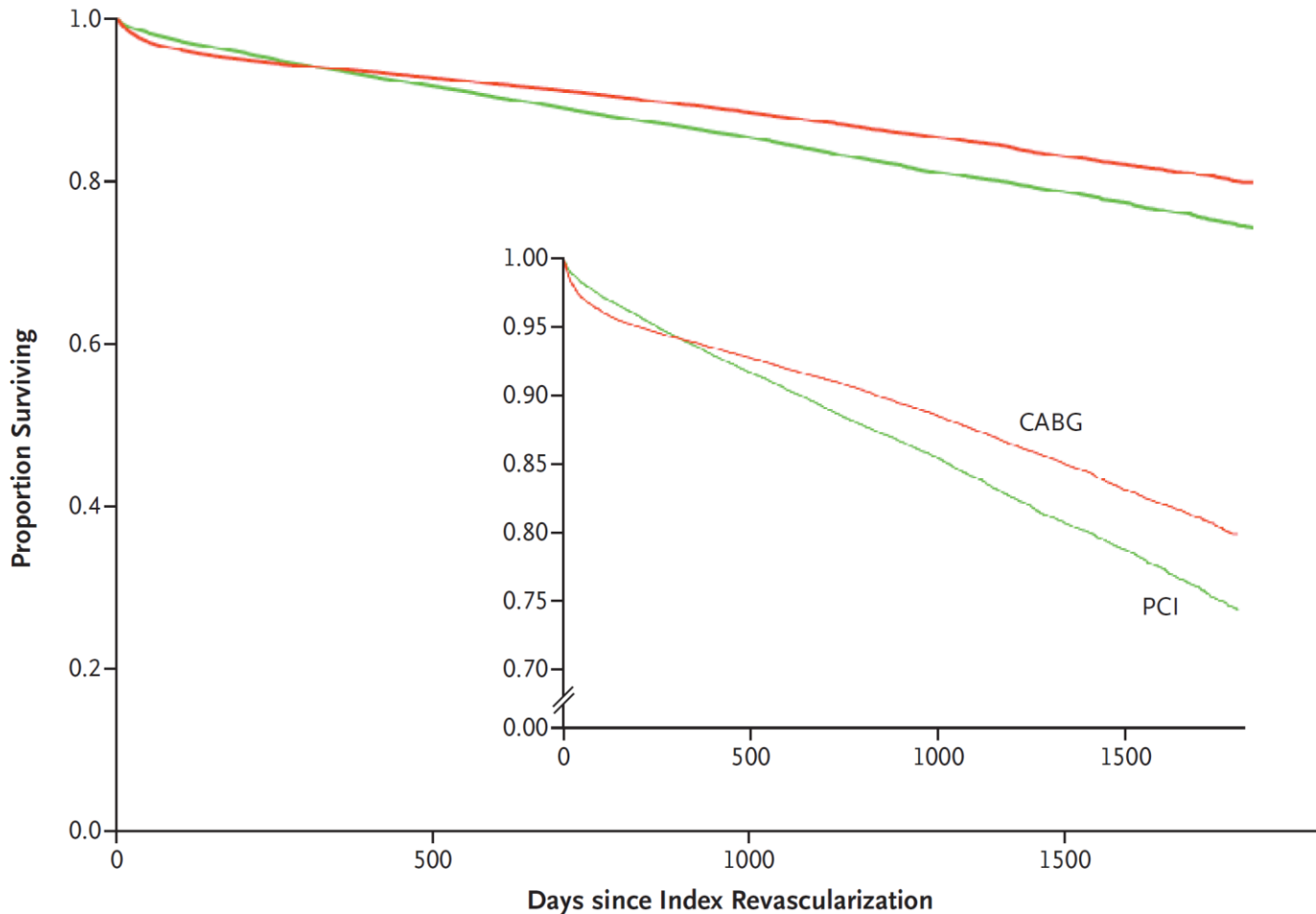


Chronic lung disease (%)	20.7	18.9	<0.001
Cerebrovascular disease (%)	17.6	15.8	<0.001
Peripheral arterial disease (%)	17.9	15.3	<0.001
Body-mass index†	28.7±5.8	28.7±5.9	0.78
Smoking status (%)			
Former smoker	44.0	42.5	<0.001
Current smoker	12.9	11.6	<0.001
Angina (%)			
None	21.8	30.8	<0.001
Stable	49.6	22.6	<0.001
Unstable	28.6	46.6	<0.001
Ejection fraction (%)	52.9±12.2	55.5±11.4	<0.001
Three-vessel disease (%)	80.3	32.1	<0.001
Urgent status (%)	68.6	57.8	<0.001

Survival after PCI or CABG in Older Patients with Stable Multivessel Coronary Disease: Results from the ACCF-STS Database Collaboration



Survival after PCI or CABG in Older Patients with Stable Multivessel Coronary Disease: Results from the ACCF-STS Database Collaboration



Two-Year Outcomes after Transcatheter or Surgical Aortic-Valve Replacement.



PARTNER trial investigators

En pacientes con estenosis aórtica de alto riesgo el estudio PARTNER mostró tasas de supervivencia a un año similares con el implante de una válvula aórtica percutánea (TAVI) y con el reemplazo valvular aórtico. Sin embargo, es preciso un seguimiento a más largo plazo para determinar si la TAVI tiene beneficios prolongados.

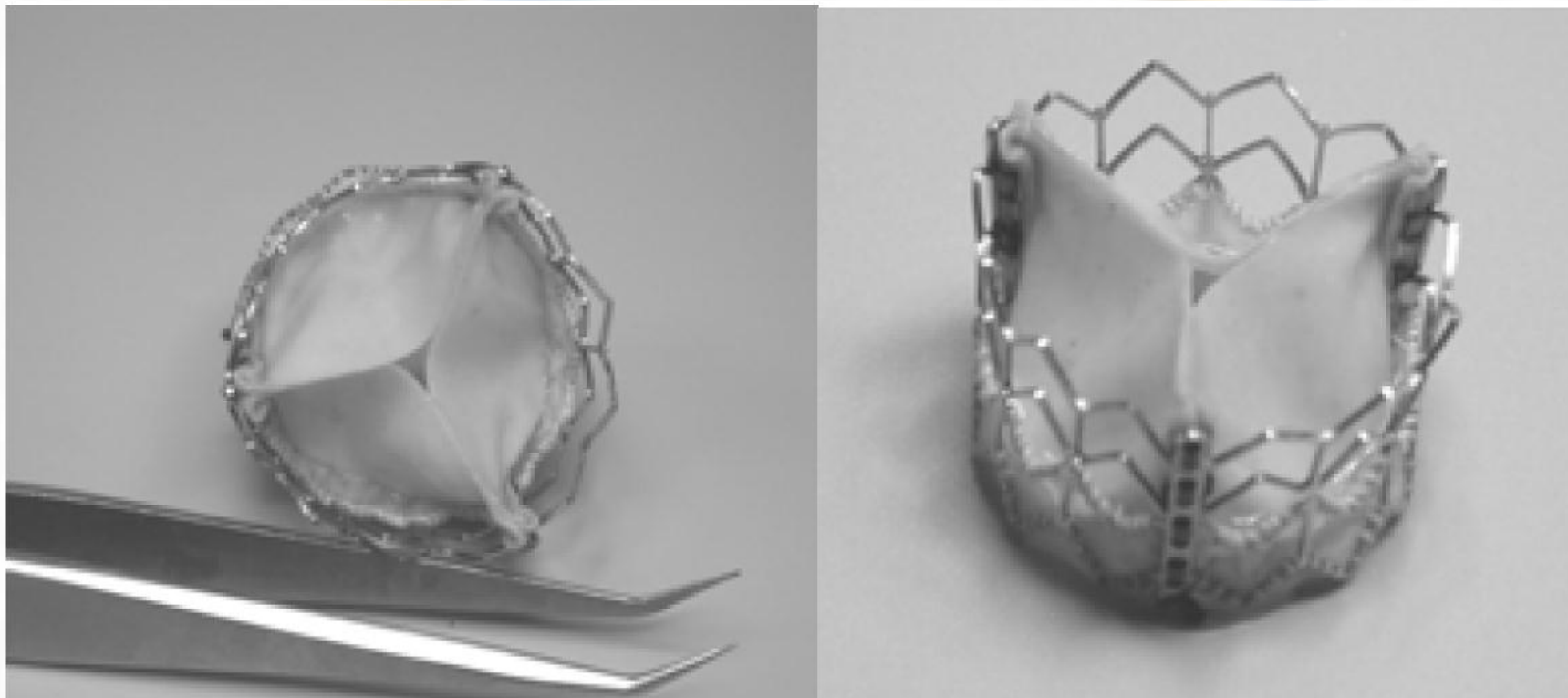
25 centros

699 pacientes de alto riesgo.

Randomizados a TAVI o a cirugía de reemplazo valvular aórtico.

Seguimiento a dos años, con valoración de objetivos clínicos y ecocardiográficos.

Two-Year Outcomes after Transcatheter or Surgical Aortic-Valve Replacement.

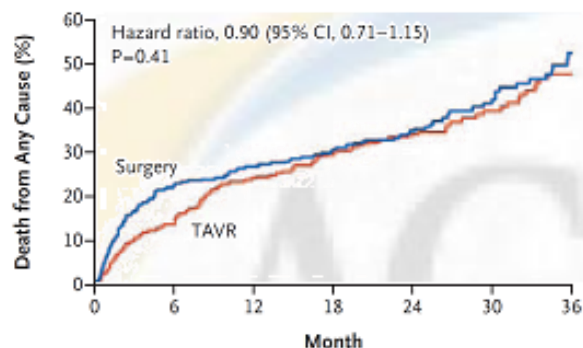


ACC-i2 with TCT

Two-Year Outcomes after Transcatheter or Surgical Aortic-Valve Replacement.

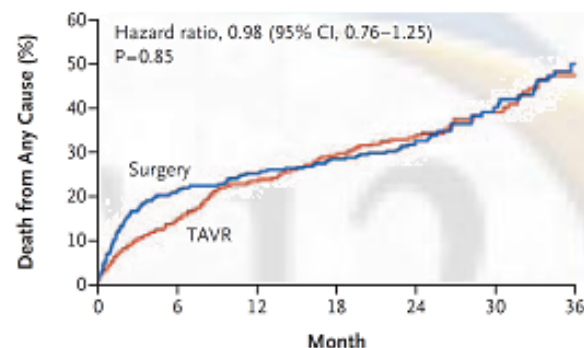


A Death from Any Cause, Intention-to-Treat Population



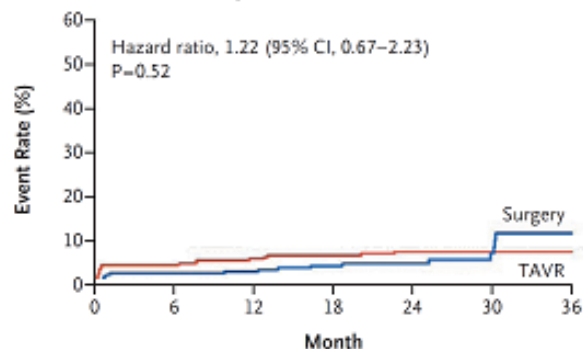
No. at Risk		0	6	12	18	24	30	36
TAVR		348	298	260	234	172	70	31
Surgery		351	252	236	217	165	65	32

B Death from Any Cause, As-Treated Population



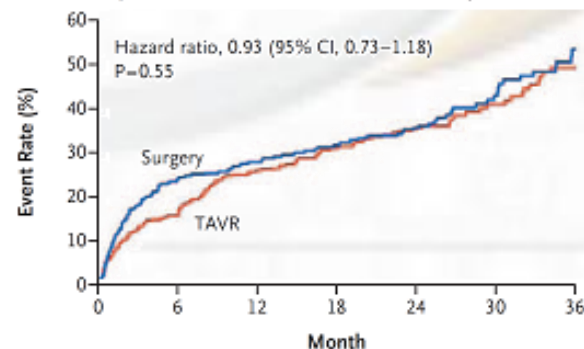
No. at Risk		0	6	12	18	24	30	36
TAVR		344	291	259	232	155	70	29
Surgery		313	243	229	211	143	63	28

C Stroke, Intention-to-Treat Population



No. at Risk		0	6	12	18	24	30	36
TAVR		348	287	249	224	162	65	28
Surgery		351	246	230	211	160	62	31

D Death from Any Cause or Stroke, Intention-to-Treat Population



No. at Risk		0	6	12	18	24	30	36
TAVR		348	291	254	230	168	68	29
Surgery		351	247	232	213	162	63	31

Two-Year Outcomes after Transcatheter or Surgical Aortic-Valve Replacement.



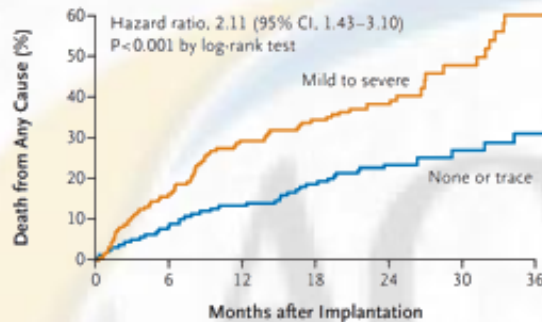
Table 1. Clinical Outcomes at 1 Year and 2 Years with TAVR or Surgery (Intention-to-Treat Population).*

Outcome	1 Year			2 Years		
	Surgery (N=351)	TAVR (N=348)	P Value†	Surgery (N=351)	TAVR (N=348)	P Value†
	<i>no. of patients (%)</i>			<i>no. of patients (%)</i>		
Myocardial infarction	2 (0.6)	0	0.16	4 (1.5)	0	0.05
Major vascular complication¶	13 (3.8)	39 (11.3)	<0.001	13 (3.8)	40 (11.6)	<0.001
Major bleeding	88 (26.7)	52 (15.7)	<0.001	95 (29.5)	60 (19.0)	0.002
Endocarditis	3 (1.0)	2 (0.6)	0.63	3 (1.0)	4 (1.5)	0.61
Renal failure**	20 (6.5)	18 (5.4)	0.57	21 (6.9)	20 (6.2)	0.75
New pacemaker	16 (5.0)	21 (6.4)	0.44	19 (6.4)	23 (7.2)	0.69
SVD requiring surgical replacement	0	0		0	0	

Two-Year Outcomes after Aortic-Valve Replacement. Transcatheter or Surgical



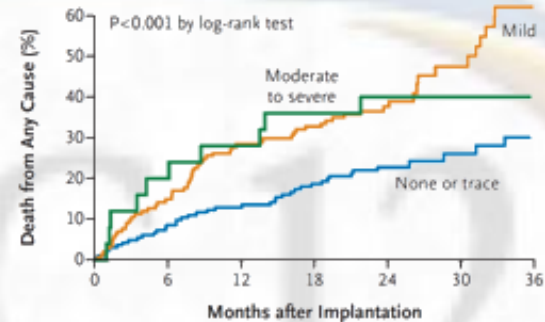
A Severity of Paravalvular Leak: None or Trace versus Mild to Severe



No. at Risk

None or trace	158	142	134	121	84	39	15
Mild to severe	160	134	112	101	64	26	12

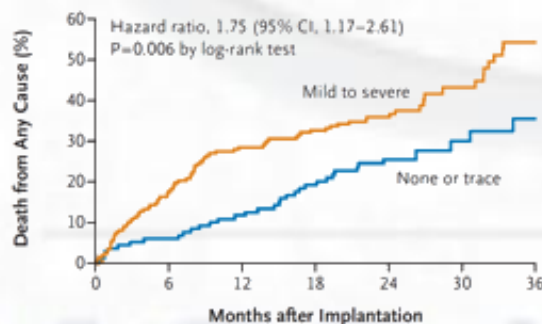
B Severity of Paravalvular Leak: None or Trace, Mild, or Moderate to Severe



No. at Risk

None or trace	158	142	134	121	84	39	15
Mild	136	115	95	86	51	21	10
Moderate to severe	24	19	17	15	13	5	2

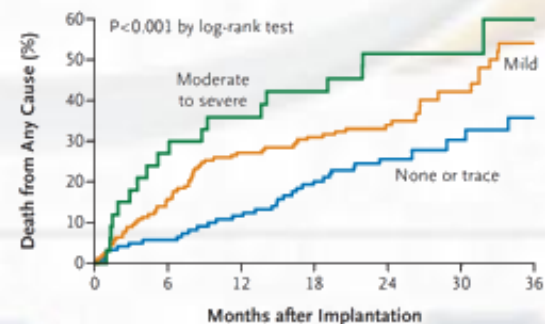
C Severity of Total Aortic Regurgitation: None or Trace versus Mild to Severe



No. at Risk

None or trace	125	117	108	95	64	29	10
Mild to severe	196	161	140	128	85	37	17

D Severity of Total Aortic Regurgitation: None or Trace, Mild, or Moderate to Severe



No. at Risk

None or trace	125	117	108	95	64	29	10
Mild	162	136	118	109	70	31	15
Moderate to severe	34	25	22	19	15	6	2

Two-Year Outcomes after Transcatheter or Surgical Aortic-Valve Replacement.



Conclusiones

El seguimiento a 2 años de los pacientes del ensayo PARTNER apoya el empleo de la TAVI como una alternativa a la cirugía en pacientes de alto riesgo. Los dos tratamientos fueron similares en cuanto a mortalidad, reducción de síntomas, y mejoría de la hemodinámica valvular, aunque la regurgitación paravalvular fue más frecuente en la TAVI y estuvo asociada con un incremento de mortalidad tardía.

930-3 ACCESS EUROPE: A Post Market Study of the MitraClip System for the Treatment of Significant Mitral Regurgitation (MR) in Europe: Analysis of Outcomes at 6-Months



Inclusión completada en Abril de 2011 en 14 Centros Europeos

Objetivo del estudio: Seguridad a los 6 meses de seguimiento en el “mundo real”.

Incluidos 566 pacientes, de los que se completa el seguimiento de 480.

74 ± 10 años, CAD 63%, I Renal 43%

97% IM 3-4, 77% funcional, 85% CF III-IV, 52% FE < 40%, Euroscore logístico 23 ± 19%

930-3 ACCESS EUROPE: A Post Market Study of the MitraClip System for the Treatment of Significant Mitral Regurgitation (MR) in Europe: Analysis of Outcomes at 6-Months

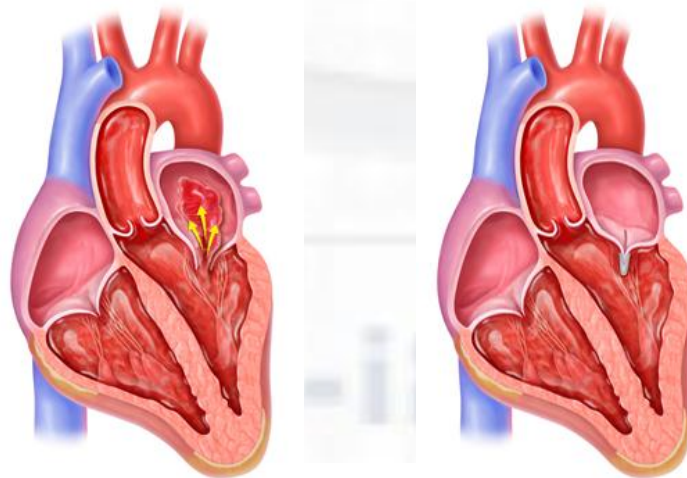


Implante en el 99,6% de los casos, 60% 1 Mitraclip, 37% 2 Mitraclips

Mortalidad procedimiento: 2%; Mortalidad a los 30 días: 3,4%

A los 6 meses Supervivencia 89%, IM >2 20%, Cirugía mitral 3%, CF I-II 70%, 6MWT aumento de 66 metros, -12 puntos en cuestionarios de QoL

El estudio ACCESS-EU muestra importantes beneficios clínicos en una población del “mundo real” con comorbilidades significativas y alto riesgo quirúrgico.



2507- Imaging in TAVI

Novedades 2011-2012



EXPERT CONSENSUS STATEMENT

EAE/ASE Recommendations for the Use of Echocardiography in New Transcatheter Interventions for Valvular Heart Disease

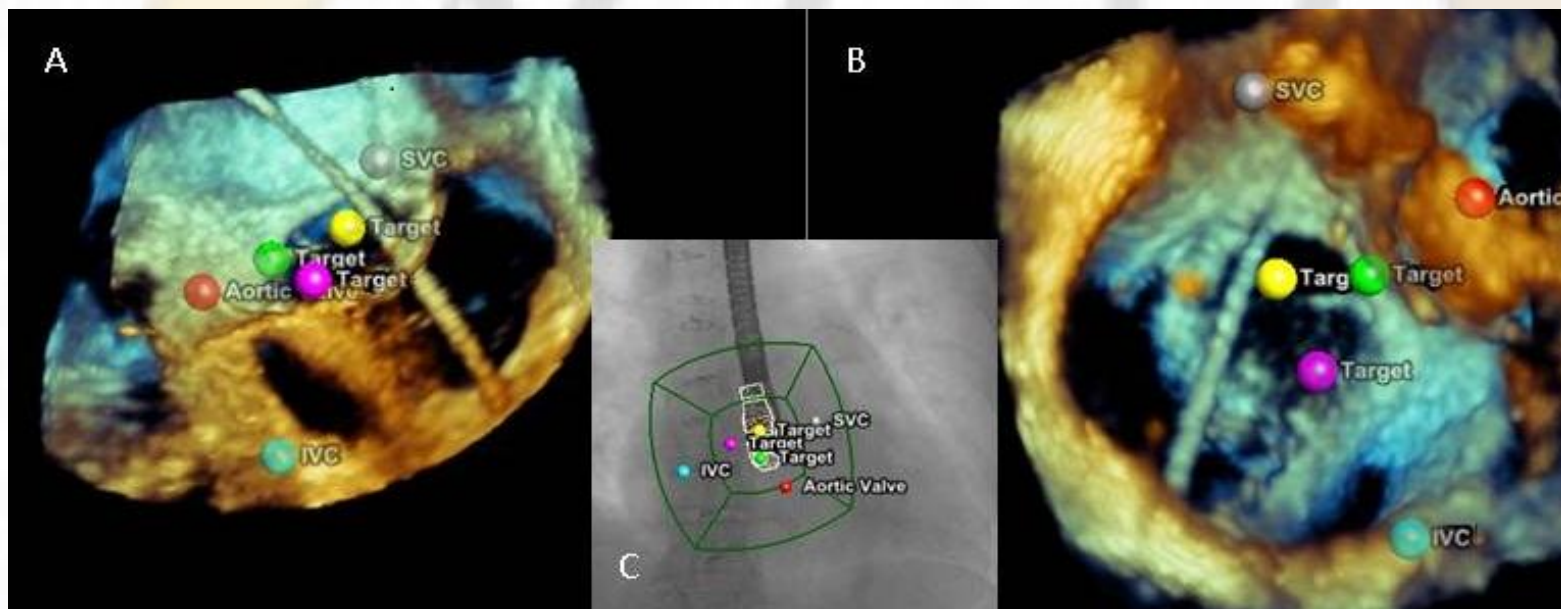
Jose L. Zamorano^{1*†}, Luigi P. Badano², Charles Bruce³, Kwan-Leung Chan⁴, Alexandra Gonçalves⁵, Rebecca T. Hahn⁶, Martin G. Keane⁷, Giovanni La Canna⁸, Mark J. Monaghan⁹, Petros Nihoyannopoulos¹⁰, Frank E. Silvestry⁷, Jean-Louis Vanoverschelde¹¹, and Linda D. Gillam^{12‡}, *Rochester, Minnesota; Ottawa, Ontario, Canada; Porto, Portugal; New York, New York; Philadelphia, Pennsylvania; London, United Kingdom; Brussels, Belgium; Morristown, New Jersey*

Predictores de regurgitación aórtica post-TAVI: tamaño del anillo, calcificación valvular, discordancia anillo-prótesis.

Varios estudios sobre el papel de las técnicas de imagen en la valoración del tamaño del anillo y elección del tamaño protésico apuntan al valor de nuevas técnicas, como el ETE3D y la medición del perímetro del anillo aórtico por TAC en la elección del tamaño adecuado de la prótesis.

2507- Imaging in TAVI

2507-9 Integrated 3D Echo-X-Ray Image Guidance for Structural Heart Interventions.
Stacey D Clegg. Colorado. USA.



Ecocardiografía



1093-99 Novel Three Dimensional Echocardiography guided optimization improves clinical outcome in cardiac resynchronization therapy.

1093-100 Pacing at Accelerated Resting Heart Rate improves the Yield for AV-Optimization in patients with CRT.

1093-103 Estimation of Scar by Speckle Tracking Radial Strain to guide lead placement in Patients Receiving CRT.

1095-188 Prognostic Value of Strain Echocardiography in patients undergoing chemotherapy.

907-5 Deformation Imaging Is an Independent Predictor of Outcomes in Asymptomatic Aortic Stenosis with Normal Ejection Fraction

904 Management of the Patient with Atrial Fibrillation: Anticoagulation and Prevention of Stroke-- Joint Oral Arrhythmias Session of the Heart Rhythm Society and the American College of Cardiology



- 1) 904-4: Stroke Risk in Post-Menopausal Women with Atrial Fibrillation in the Women's Health Initiative: A Validation and Comparison of the CHADS₂ and CHA₂DS₂-VASc Risk Scores
- 2) 904-5 The CHA₂DS₂-VASc Score Identifies AF Patients with A CHADS₂ Score Of 0 or 1 Treated with Antiplatelet Therapy Who Are Unlikely to Benefit from Oral Anticoagulant Therapy
- 3) 904-6 Dabigatran and Myocardial Infarction, Drug or Class Effect. Meta-Analysis of Randomized Trials with Oral Direct Thrombin Inhibitors
- 4) 904-9 Efficacy and Safety of Apixaban Compared with Warfarin According to CHADS₂ and HASBLED Risk Scores for Stroke Prevention in Atrial Fibrillation
- 5) 904-7 Bleeding with Aspirin and Apixaban in Patients Unsuitable for Vitamin K Antagonist Therapy: The AVERROES Study
- 6) 904-8 Evaluation of Recombinant Activated Factor Vii, Prothrombin Complex Concentrate and Fibrinogen Concentrate to Reverse Apixaban in a Rabbit Model



GO FOR ACC.12
CHICAGO
MARCH 24 - 27, 2012 • EXHIBITS: MARCH 24 - 26

 **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE**
Cardiología

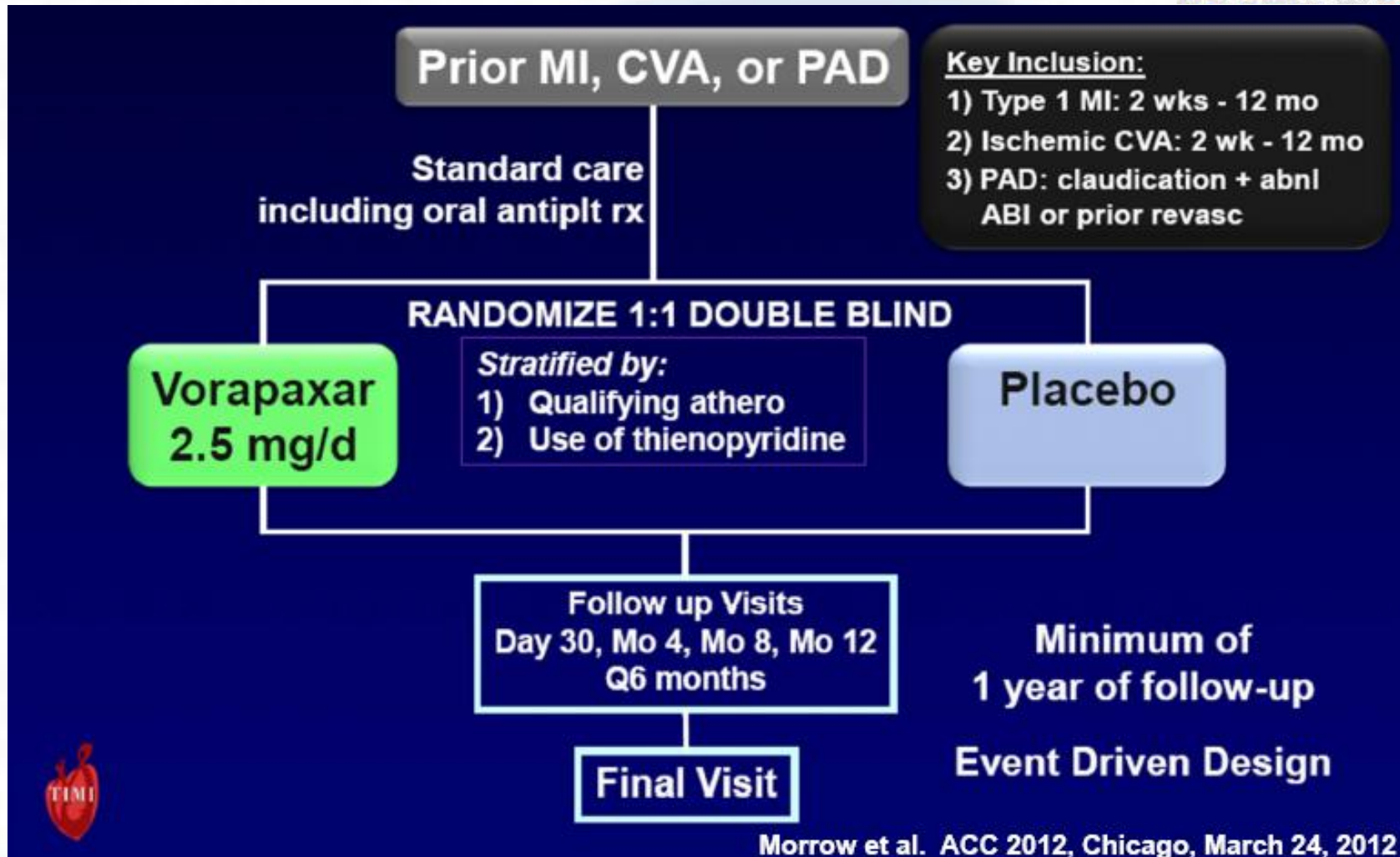
TRA 2°P TIMI 50

Thrombin Receptor Antagonist in Secondary Prevention of Atherothrombosis

NCT00526474; Trial funded by Merck

David A. Morrow, MD, MPH
On behalf of the TRA 2°P-TIMI 50
Steering Committee and Investigators
ACC 2012, Chicago, March 24, 2012

Diseño del estudio



Morrow et al. ACC 2012, Chicago, March 24, 2012

Efficacy: hierarchical testing

1. Cardiovascular (CV) death, MI, or stroke
2. CV death, MI, stroke, or urgent coronary revascularization
3. CV death or MI

Bleeding endpoints of primary interest:

- GUSTO moderate or severe bleeding
- TIMI Clinically Significant Bleeding:
TIMI major, TIMI minor, or bleeding requiring medical attention (medical/surgical rx, lab eval)

Morrow et al. ACC 2012, Chicago, March 24, 2012

January, 2011, the DSMB announced that based on its ongoing review of safety:

- **↑ ICH with vorapaxar in pts w/ a prior stroke**
→ D/C all pts with a prior stroke
- **Trial should continue in pts without a hx of stroke**

Analyses

- **1st line analysis in *all* patients, including stroke**
- **2nd line analysis (*new*): pts w/out prior stroke**
- **Special interest in patients who qualified w/ MI**

Morrow et al. ACC 2012, Chicago, March 24, 2012

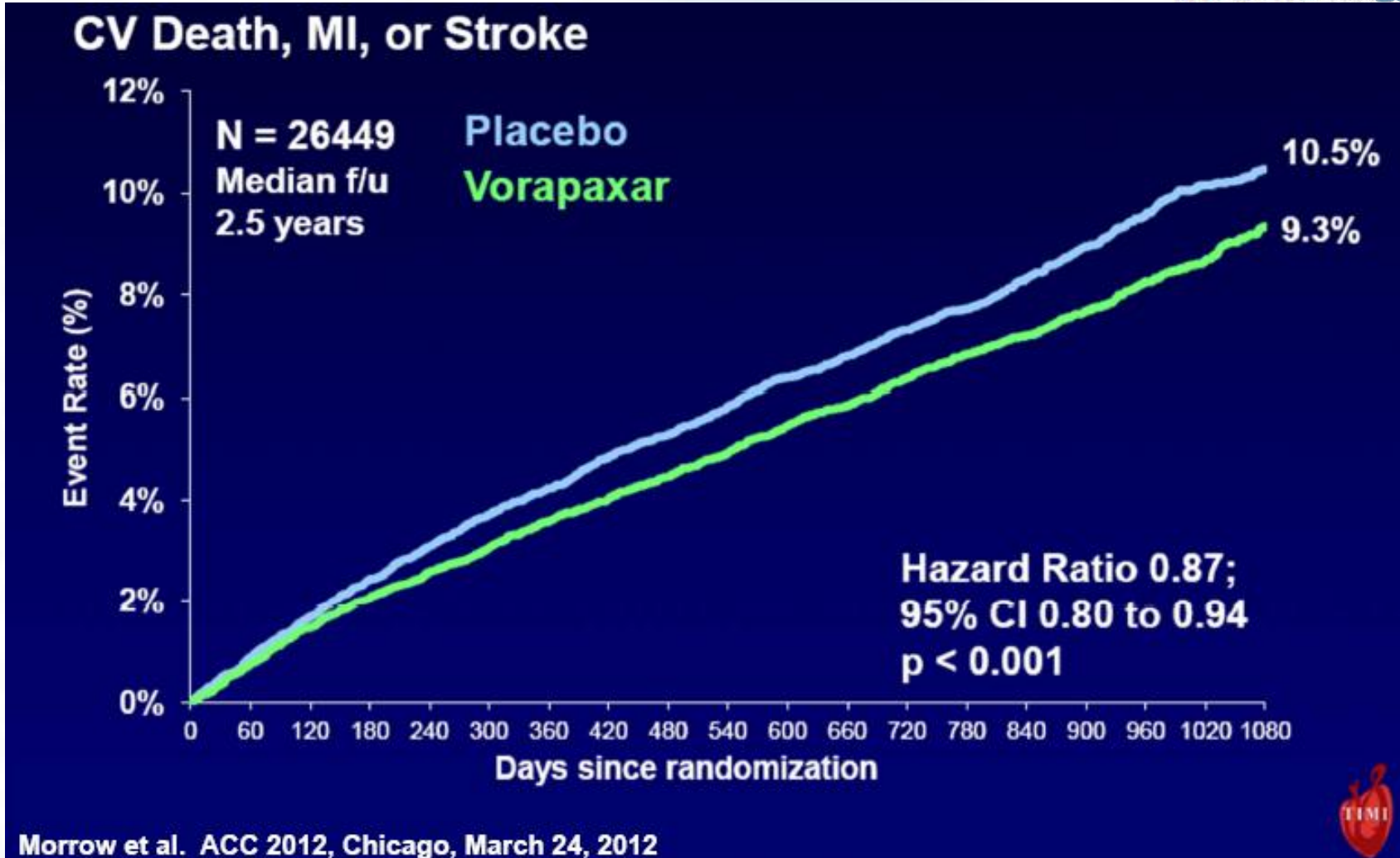


Tratamiento de base

		Placebo (N = 13224)	Vorapaxar (N = 13225)
<i>Antiplatelet Therapy, %</i>			
Qualifying MI	Aspirin	98	98
	Thienopyridine	78	78
PAD	Aspirin	88	88
	Thienopyridine	37 (28% DAPT)	37
Stroke	Aspirin	81	81
	Thienopyridine	24 (8% DAPT)	24
	Dipyridamole	19	20
<i>Other Medications at Enrollment</i>			
Lipid-lowering agent (%)		92	91
ACEI or ARB (%)		75	74
Beta-blocker (qualifying MI)		84	84

Morrow et al. ACC 2012, Chicago, March 24, 2012

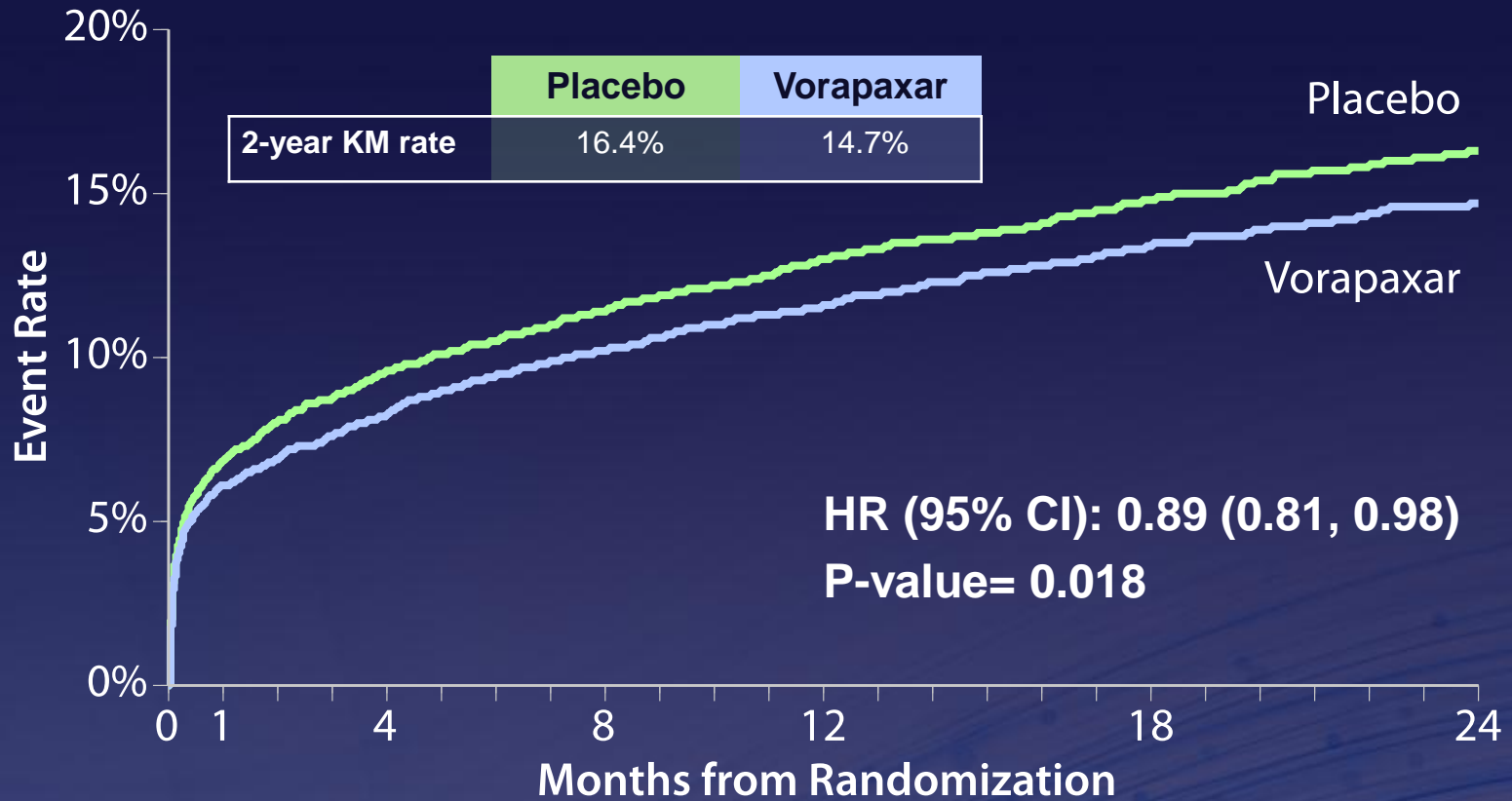
Valoración principal de eficacia



Morrow et al. ACC 2012, Chicago, March 24, 2012

Key Secondary Endpoint

CV Death, MI, Stroke

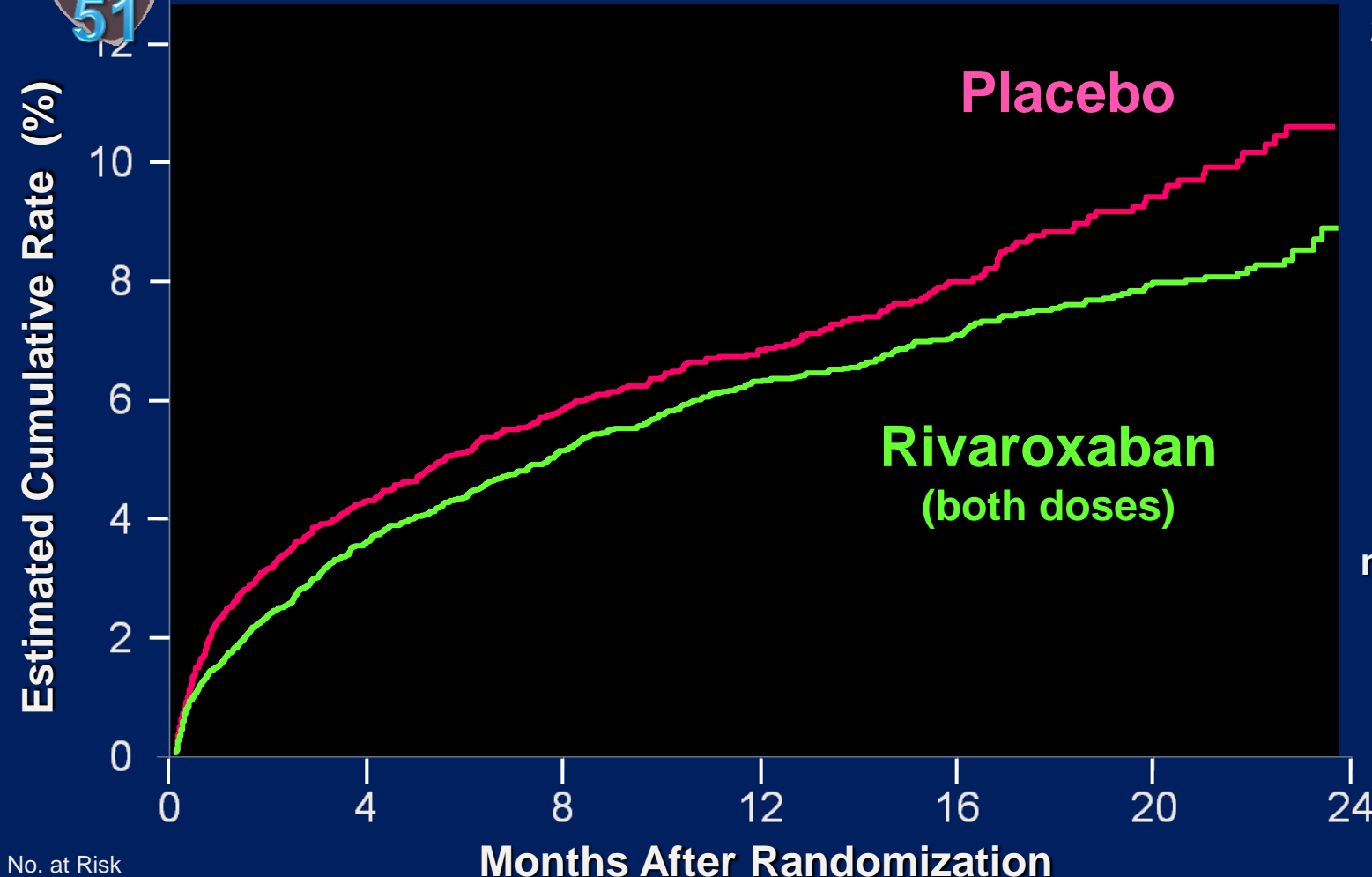


No. at risk

Placebo	6471	5895	5575	5263	3922	2383	830
Vorapaxar	6473	5949	5684	5356	4023	2427	868

PRIMARY EFFICACY ENDPOINT:

CV Death / MI / Stroke* (Ischemic + Hemg.)



2 Yr KM Estimate

10.7%

8.9%

HR 0.84
(0.74-0.96)

ARR 1.7%

mITT p = 0.008

ITT p = 0.002

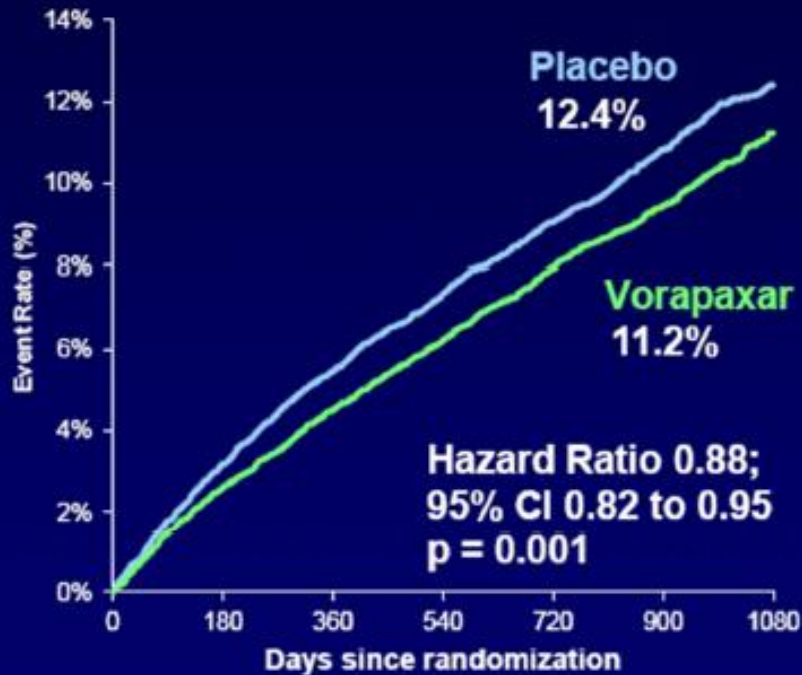
NNT = 59

No. at Risk	Months After Randomization						
	0	4	8	12	16	20	24
Placebo	5113	4307	3470	2664	1831	1079	421
Rivaroxaban	10229	8502	6753	5137	3554	2084	831

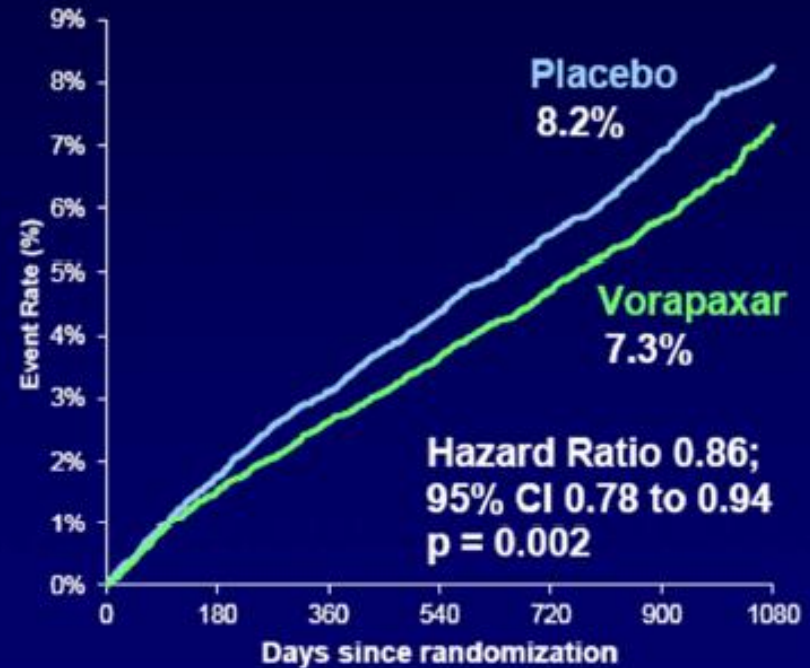
*: First occurrence of cardiovascular death, MI, stroke (ischemic, hemorrhagic, and uncertain) as adjudicated by the CEC across thienopyridine use strata
 Two year Kaplan-Meier estimates, HR and 95% confidence interval estimates from Cox model stratified by thienopyridine use are provided per mITT approach; Stratified log-rank p-values are provided for both mITT and ITT approaches; ARR=Absolute Relative Reduction; NNT=Number needed to treat; Rivaroxaban=Pooled Rivaroxaban 2.5 mg BID and 5 mg BID.

Episodios de eficacia mayor

CV death, MI, Stroke, or Urgent Coronary Revascularization



CV death or MI



Morrow et al. ACC 2012, Chicago, March 24, 2012



Episodios de eficacia en la totalidad del estudio

3-yr KM rate (%)	Placebo (N = 13224)	Vorapaxar (N = 13225)	HR	p-value
CV death, MI, stroke	10.5	9.3	0.87	<0.001
CV death	3.0	2.7	0.89	0.15
MI	6.1	5.2	0.83	0.001
Any Stroke	2.8	2.8	0.97	0.73
Ischemic stroke	2.6	2.2	0.85	0.059
Urgent coronary revascularization	2.6	2.5	0.88	0.11
CVD, MI, Stroke, UCR, vascular hosp.	14.7	13.1	0.87	<0.001
All-cause mortality	5.3	5.0	0.95	0.41

UCR = recurrent ischemia leading to urgent coronary revascularization

Morrow et al. ACC 2012
Chicago, March 24, 2012



Episodios de eficacia en pacientes sin antecedentes de AVC

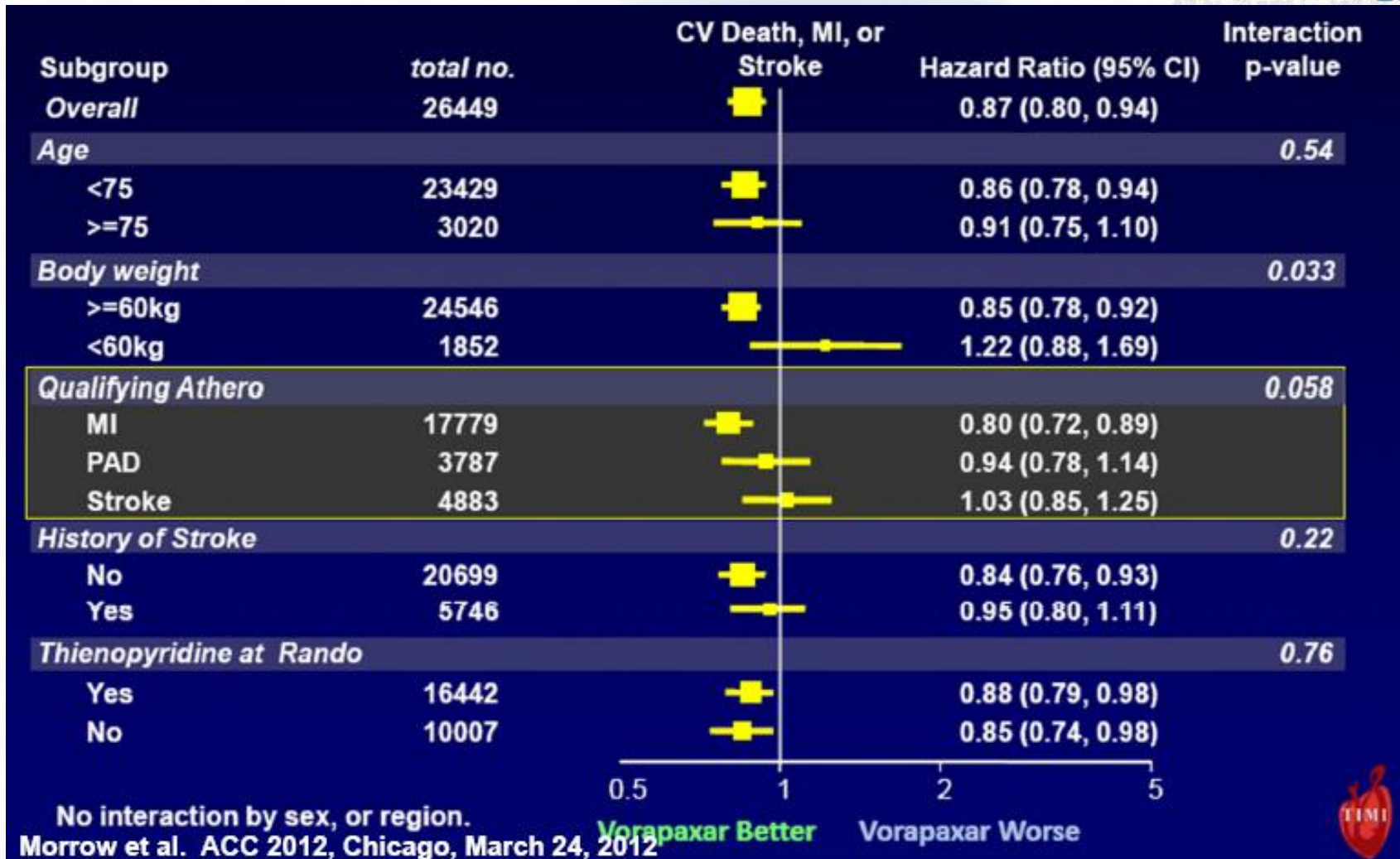
3-yr KM rate (%)	Placebo (N = 10344)	Vorapaxar (N = 10335)	HR	p-value
CV death, MI, stroke	9.6	8.3	0.84	<0.001
CV death	2.8	2.5	0.87	0.13
MI	6.4	5.5	0.84	0.004
Any Stroke	1.7	1.5	0.82	0.11
Ischemic stroke	1.5	1.1	0.72	0.013
CVD, MI, Stroke, urg coronary revasc.	11.8	10.6	0.86	<0.001
CV death or MI	8.4	7.4	0.85	0.002
CVD, MI, Stroke, UCR, vascular hosp.	14.0	12.3	0.86	<0.001

UCR = recurrent ischemia leading to urgent coronary revascularization

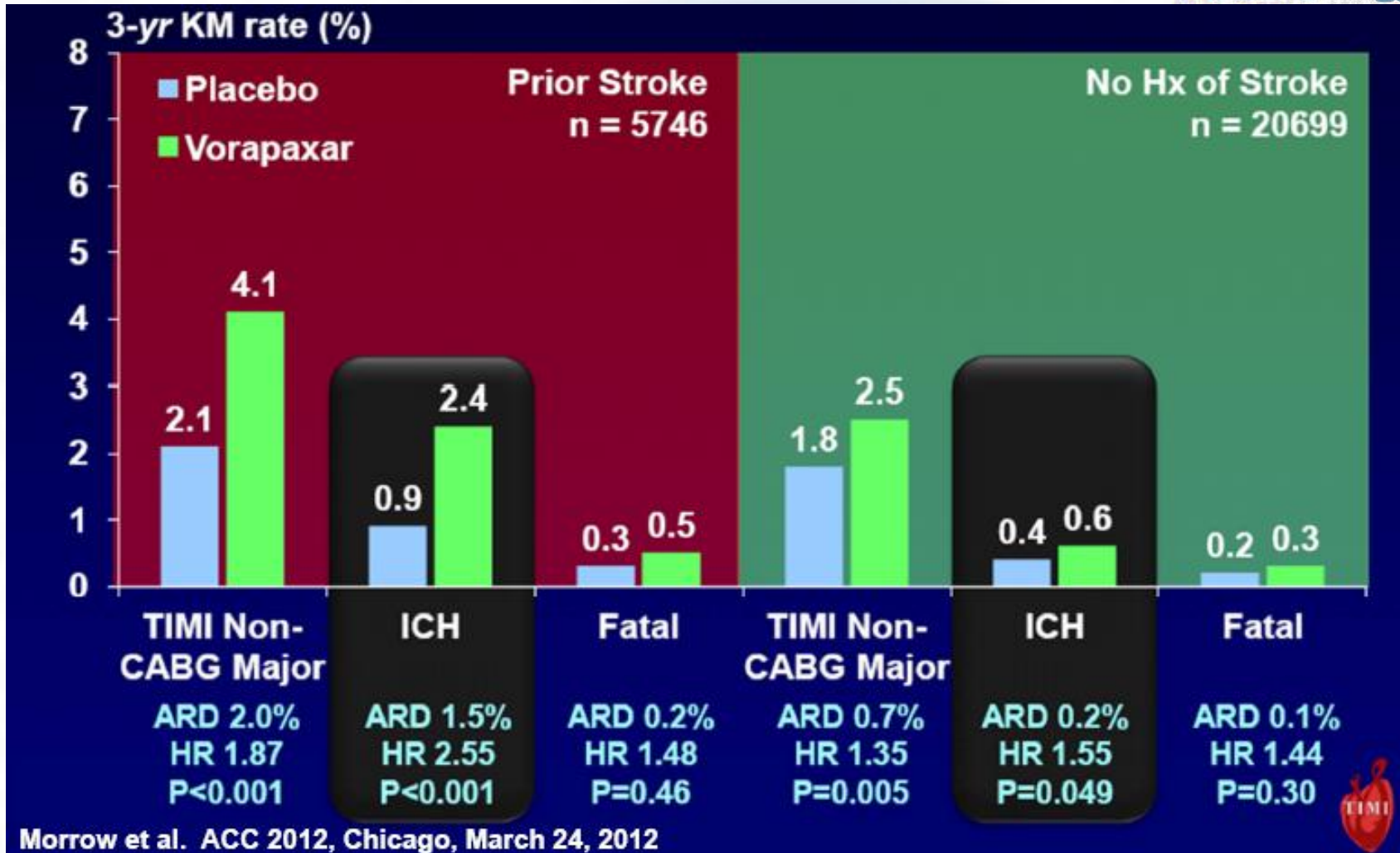
Morrow et al. ACC 2012
Chicago, March 24, 2012



Muerte CV, IAM o AVC por subgrupos principales



Hemorragias mayores





INFUSE-AMI

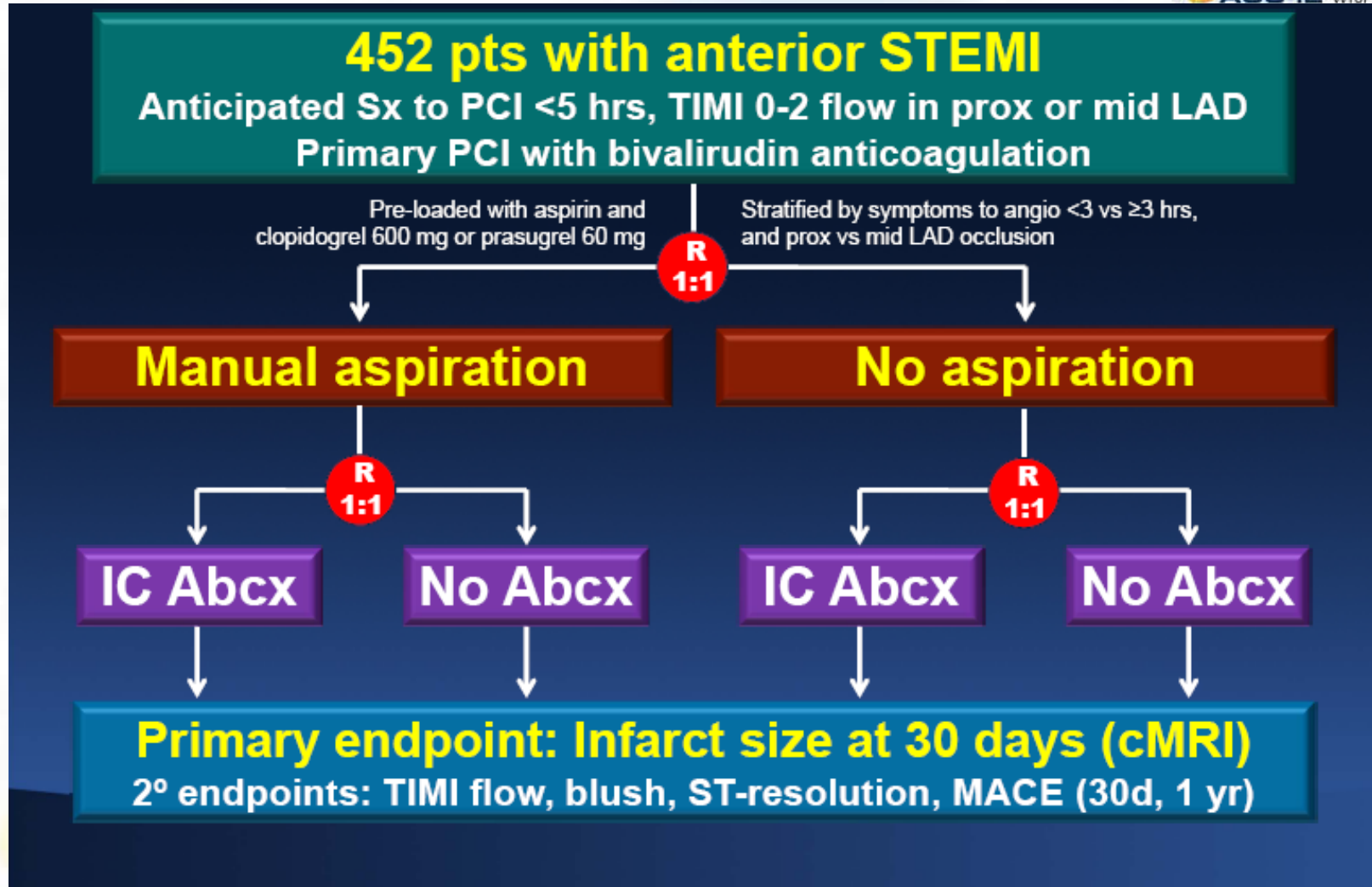
A 2x2 Factorial, Multicenter, Prospective,
Randomized Evaluation of Intracoronary Abciximab
and Aspiration Thrombectomy in Patients
Undergoing Primary PCI for Anterior STEMI

Gregg W. Stone, MD

Columbia University Medical Center
NewYork-Presbyterian Hospital
Cardiovascular Research Foundation

ClinicalTrials.gov number:
NCT00976521

Ensayo INFUSE-AMI



INFUSE-AMI: Objetivo principal

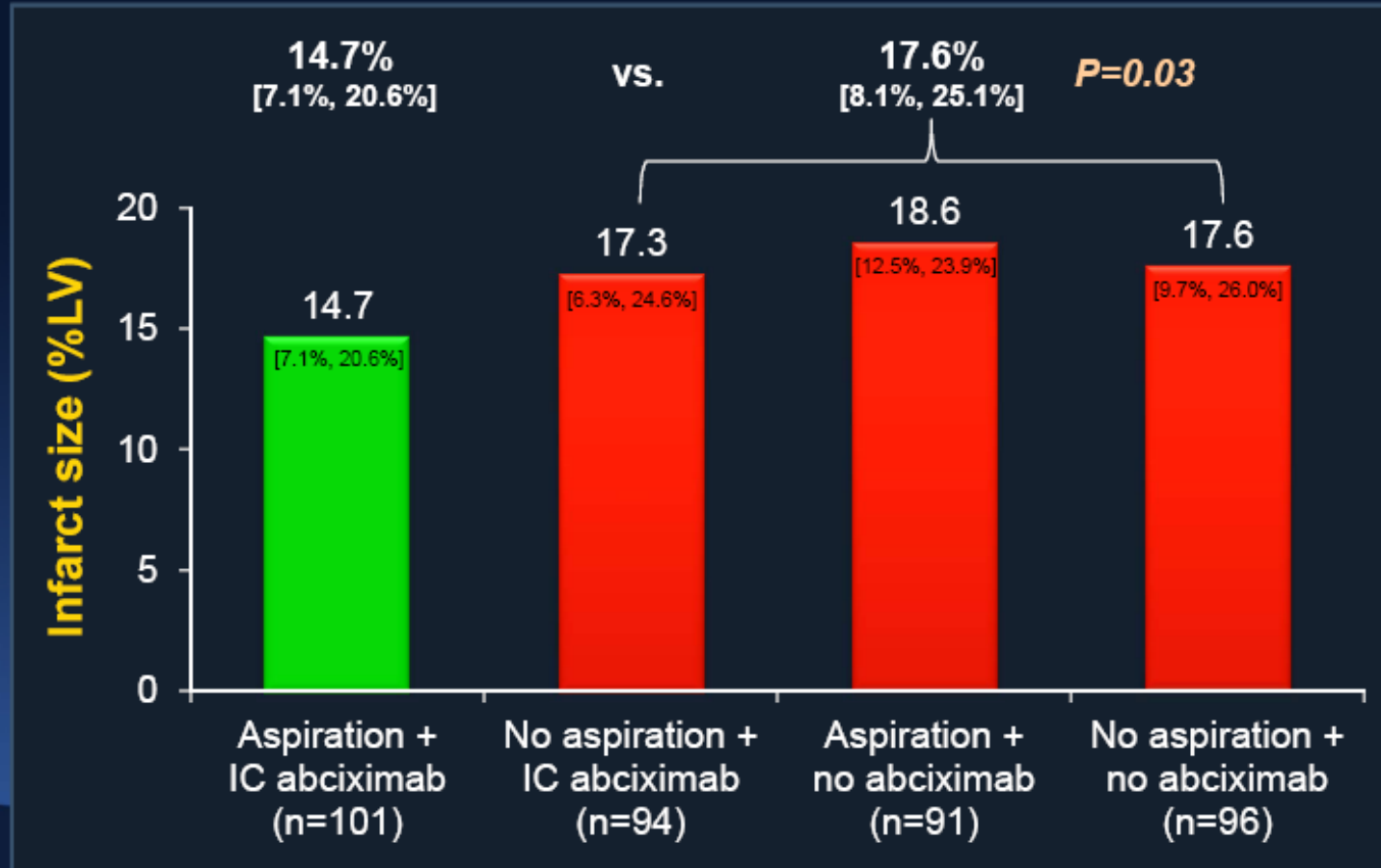


- **Primary endpoint (powered):**
 - Infarct size (% total LV mass by cMRI) at 30 days in pts assigned to IC abciximab vs. no abciximab (pooled across the aspiration randomization)
- **Major secondary endpoint:**
 - Infarct size (% total LV mass by cMRI) at 30 days in pts assigned to aspiration vs. no aspiration (pooled across the abciximab randomization)
- **Addition endpoints:**
 - Post PCI TIMI flow, cTFC and myocardial blush
 - ST-segment resolution at 60 mins
 - MACE at 30 days and 1 year

INFUSE-IAM: Tamaño del infarto a 30 días



- 4 group analysis -



AIDA STEMI: Intracoronary Compared with IV Bolus Abciximab Application During Primary PCI

Background: The trial was designed to compare intracoronary administration of a platelet inhibitor (abciximab) bolus directly into a blocked artery with subsequent 12 hour intravenous infusion in addition to primary PCI to IV administration. Funding received from Lilly, Germany and University of Leipzig, Germany.

Purpose: Examine whether the intracoronary bolus is beneficial for patients with STEMI in comparison to standard IV bolus application.

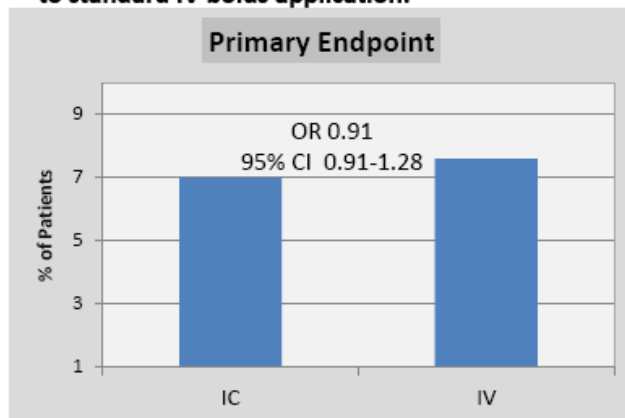
Methods: Phase III, Interventional, Randomized, Efficacy Study, Parallel Assignment, Open Label, Treatment trial (n=2065)

Primary Endpoints: 90-day all-cause mortality, reinfarction and new congestive heart failure

Secondary Endpoints: Time to combined endpoint, TIMI-flow post PCI, ST-segment resolution, infarct size by AUC of CK-release

Results: Intracoronary administration of intracoronary abciximab bolus administration in patients with STEMI is safe.

Conclusion: Abciximab was no more effective in patients with STEMI when delivered intracoronary than when it was given intravenously. The intracoronary route might help prevent new development of heart failure.



Presented by: H. Thiele, MD, AHA Scientific Sessions 2011, Orlando

© 2011, American Heart Association. All rights reserved.

ONLINE FIRST

Effect of a Multifaceted Intervention on Use of Evidence-Based Therapies in Patients With Acute Coronary Syndromes in Brazil

The BRIDGE-ACS Randomized Trial

Otávio Berwanger, MD, PhD

Hélio P. Guimarães, MD, PhD

Ligia N. Laranjeira, MS

Alexandre B. Cavalcanti, MD

Alessandra A. Kodama, MS

Ana Denise Zazula, MD

Eliana V. Santucci, MS

Elivane Victor, MS

Marcos Tenuta, MD

Vitor Carvalho, PhD

Vera Lucia Mira, MS, PhD

Karen S. Pieper, MS

Bernardete Weber, MS

Luiz Henrique Mota, MD

Eric D. Peterson, MD, MPH

Renato D. Lopes, MD, PhD

for the BRIDGE-ACS Investigators

Context Studies have found that patients with acute coronary syndromes (ACS) often do not receive evidence-based therapies in community practice. This is particularly true in low- and middle-income countries.

Objective To evaluate whether a multifaceted quality improvement (QI) intervention can improve the use of evidence-based therapies and reduce the incidence of major cardiovascular events among patients with ACS in a middle-income country.

Design, Setting, and Participants The BRIDGE-ACS (Brazilian Intervention to Increase Evidence Usage in Acute Coronary Syndromes) trial, a cluster-randomized (concealed allocation) trial conducted among 34 clusters (public hospitals) in Brazil and enrolling a total of 1150 patients with ACS from March 15, 2011, through November 2, 2011, with follow-up through January 27, 2012.

Intervention Multifaceted QI intervention including educational materials for clinicians, reminders, algorithms, and case manager training, vs routine practice (control).

Main Outcome Measures Primary end point was the percentage of eligible patients who received all evidence-based therapies (aspirin, clopidogrel, anticoagulants, and statins) during the first 24 hours in patients without contraindications.

Results Mean age of the patients enrolled was 62 (SD, 13) years; 68.6% were men, and 40% presented with ST-segment elevation myocardial infarction, 35.6% with non-ST-segment elevation myocardial infarction, and 23.6% with unstable angina. The randomized clusters included 79.5% teaching hospitals, all from major urban areas and 41.2% with 24-hour percutaneous coronary intervention capabilities. Among eligible patients (923/1150 [80.3%]), 67.9% in the intervention vs 49.5% in the control group received

A Multifaceted Intervention to Narrow the Evidence-Based Gap in ACS Treatment: Main Results of the BRIDGE-ACS Cluster Randomized Trial

Background: Many barriers exist for the incorporation of evidence based guidelines into clinical practice for patients with acute coronary syndrome (ACS), especially in low and middle income countries.

Purpose: To determine if a multifaceted strategy in Brazilian public hospitals will increase use of evidence based therapy in ACS clinical practice.

Design: Interventional, randomized, parallel, single blind intervention

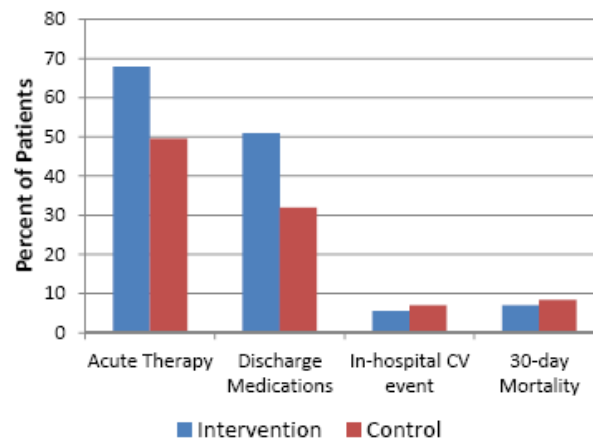
Methods: 34 public hospitals were randomized to receive or not a multifaceted intervention for the clinic which included distribution of education materials, a case manager, patient reminders, and practical training. Those hospitals randomized to the control arm administered hospital standard treatment.

Primary Endpoint: Increased prescription of evidence-based clinical treatment during the first 24 hours

Results: Significantly more patients in the intervention received all appropriate therapies (OR_{PA} , 2.64, 95% CI 1.28-5.45) as well as were more likely to receive all eligible acute and discharge medications (OR_{PA} , 2.49, 95% CI 1.08-5.74). Overall adherence was higher in the intervention group. There was no significant difference between the groups in in-hospital CV events (OR_{PA} , 0.72, 95% CI 0.36-1.43) or 30-day mortality (OR_{PA} , 0.79, 95% CI 0.46-1.34).

Conclusion: Among public hospitals in Brazil, the multifaceted intervention significantly improved incorporation of evidence-based therapy in clinical practice for ACS patients.

Results



A Randomized
Trial of a
Antibody
Patien

Safety and Efficacy of a Monoclonal Antibody to Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin Type 9 Serine Protease, SAR236553/REGN727, in Patients With Primary Hypercholesterolemia Receiving Ongoing Stable Atorvastatin Therapy

Controlled
Monoclonal
727, in
emia

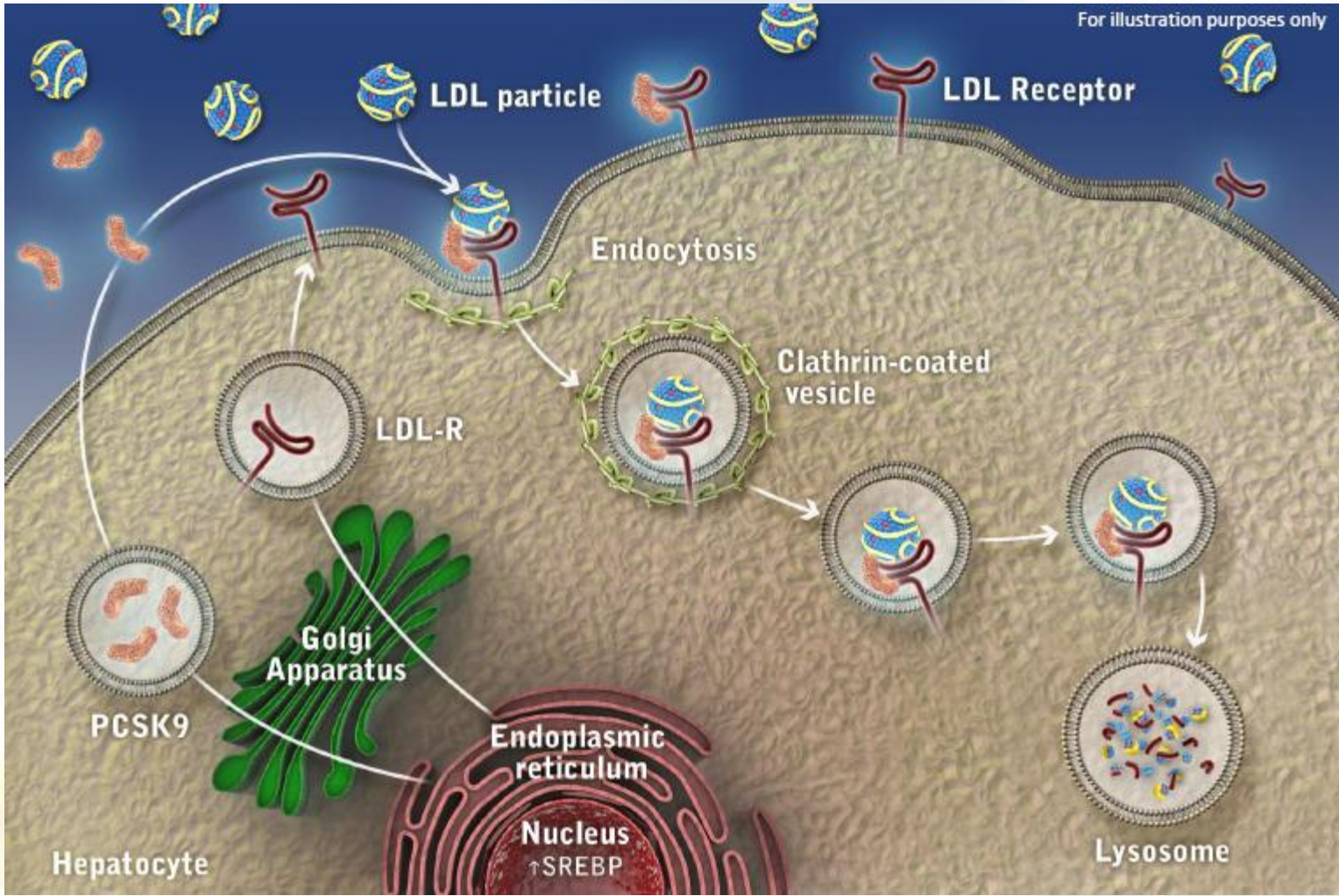
James M. McKenney, PHARM D,* Michael J. Koren, MD, CPI,† Dean J. Kereiakes, MD,‡
Corinne Hanotin, MD,|| Anne-Catherine Ferrand, MSc,|| Evan A. Stein, MD, PhD§
Richmond, Virginia; Jacksonville, Florida; Cincinnati, Ohio; and Paris, France

James M. McKenney, PharmD,¹ Michael J. Koren, MD, FACC,²
Dean J. Kereiakes, MD, FACC,³ Corinne Hanotin, MD,⁴
Anne-Catherine Ferrand,⁴ Evan A. Stein, MD, PhD⁵

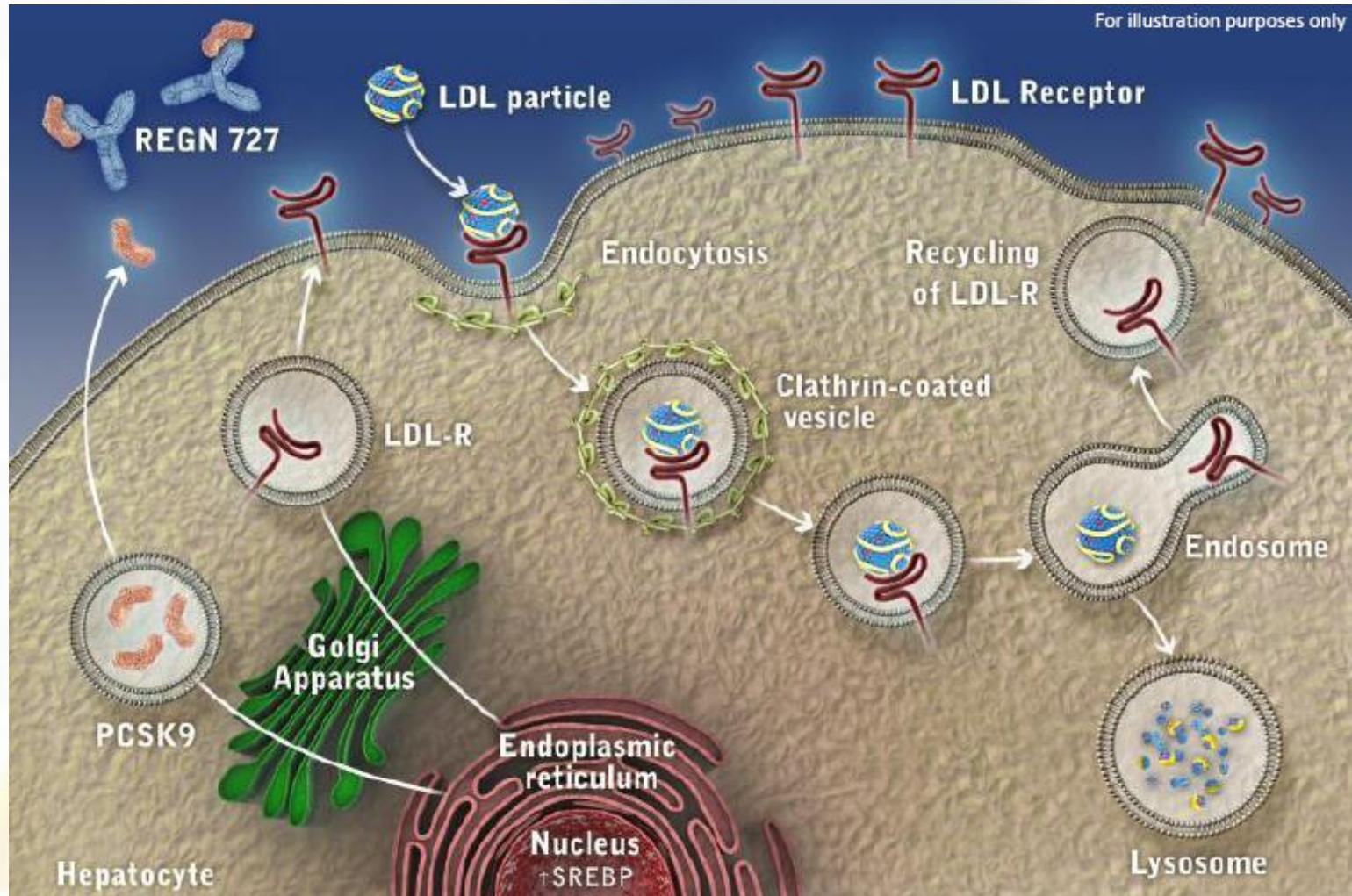
¹National Clinical Research-Richmond, Inc., Richmond, VA, USA; ²Jacksonville Center for Clinical Research, Jacksonville, FL, USA; ³The Carl and Edyth Lindner Center for Research and Education at the Christ Hospital, Cincinnati, OH, USA; ⁴Sanofi, Paris, France; ⁵Metabolic and Atherosclerotic Research Center, Cincinnati, OH, USA.

Clinicaltrials.gov no. NCT01288443

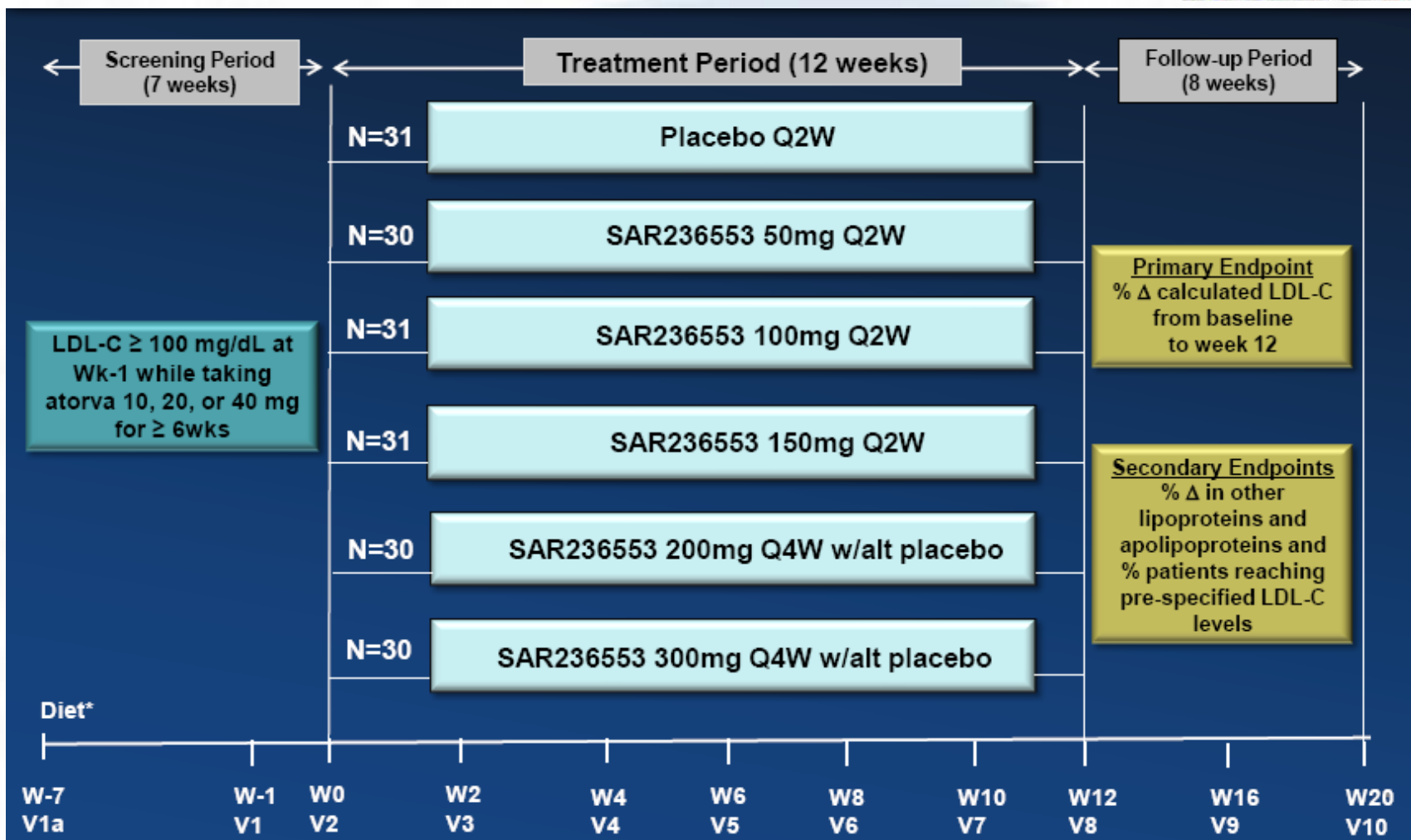
Papel de PCSK9 en la regulación de la expresión de receptor de LDL



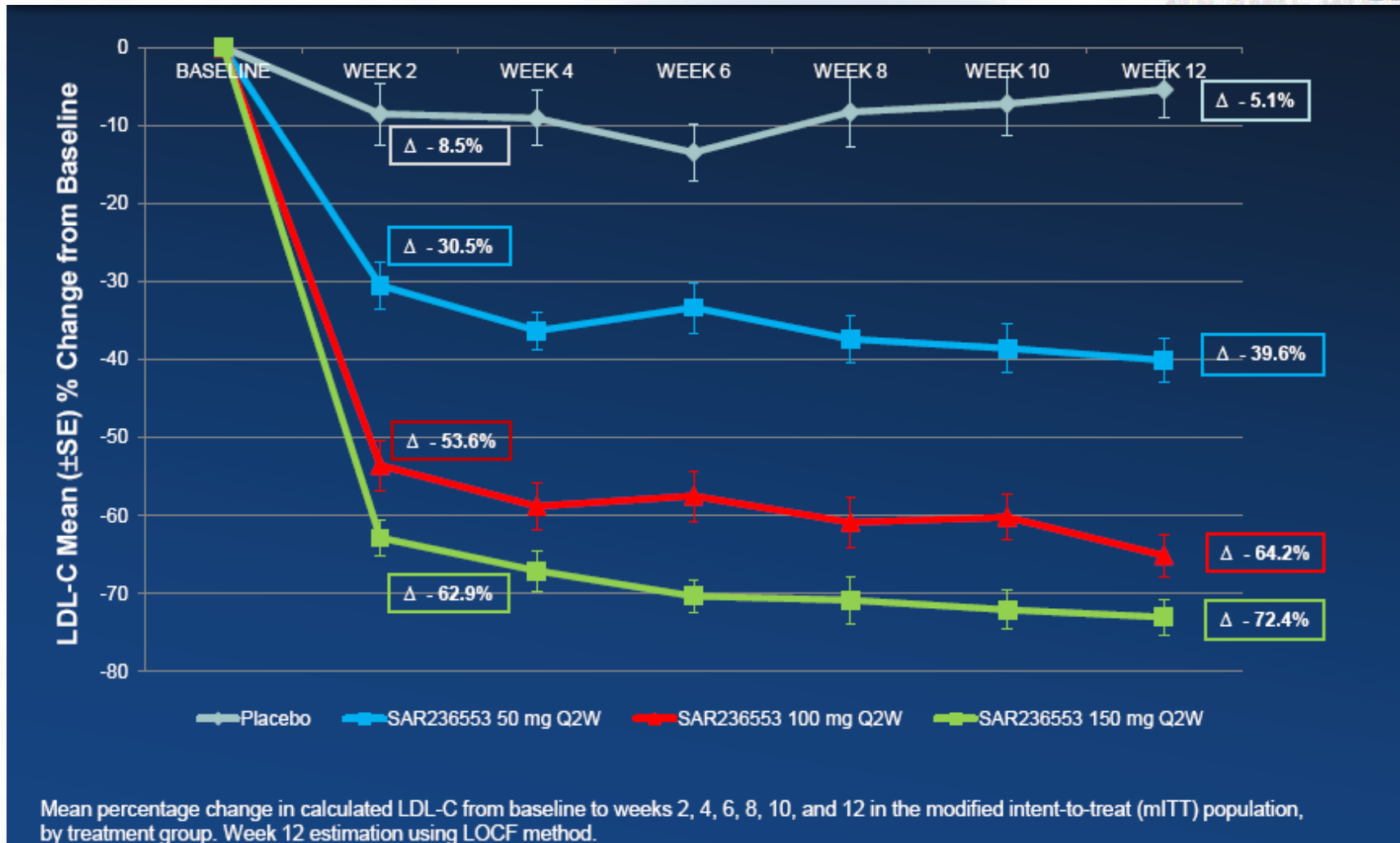
Impacto de un anticuerpo anti-PCSK9 en la expresión de receptor de LDL



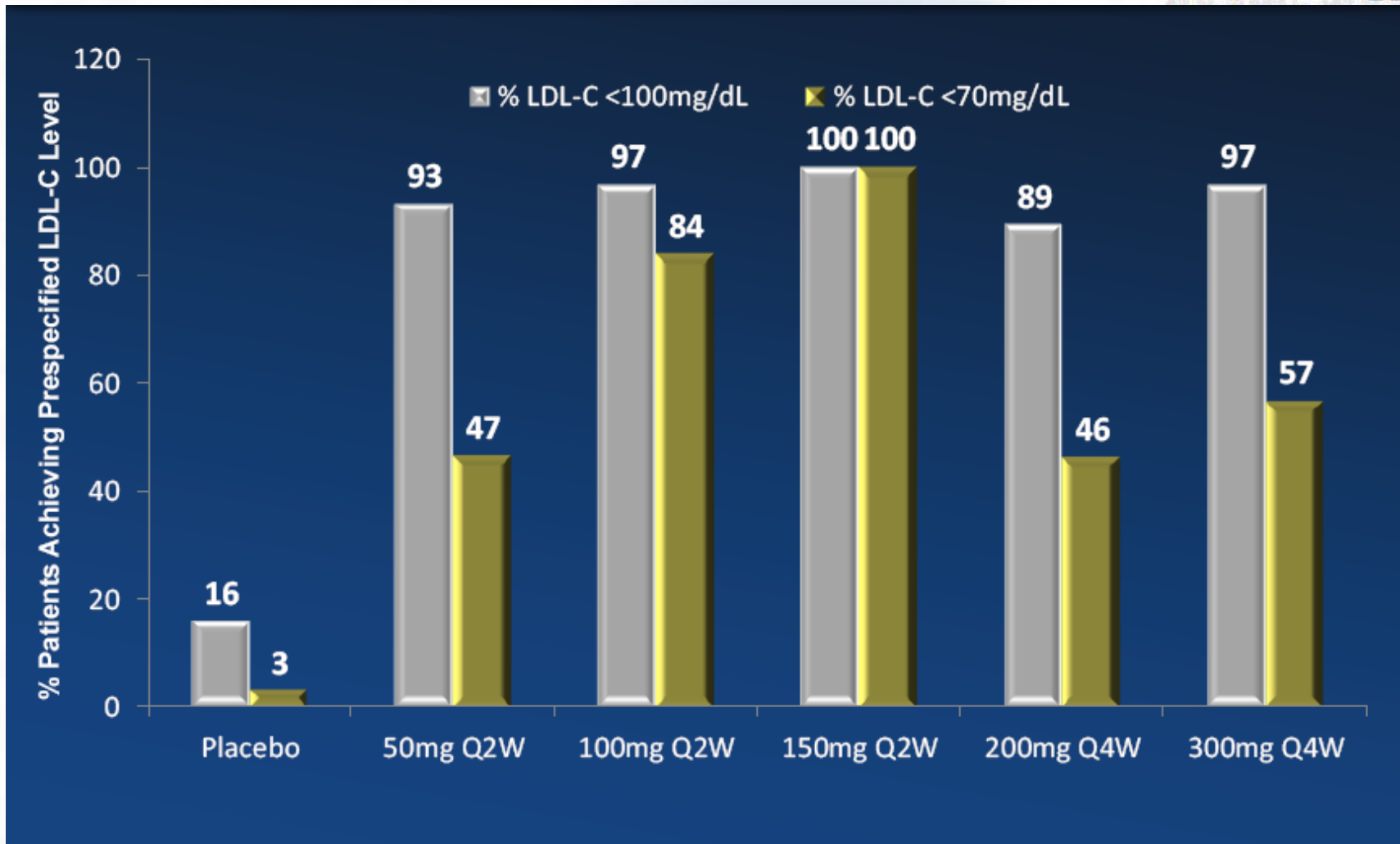
Diseño del estudio



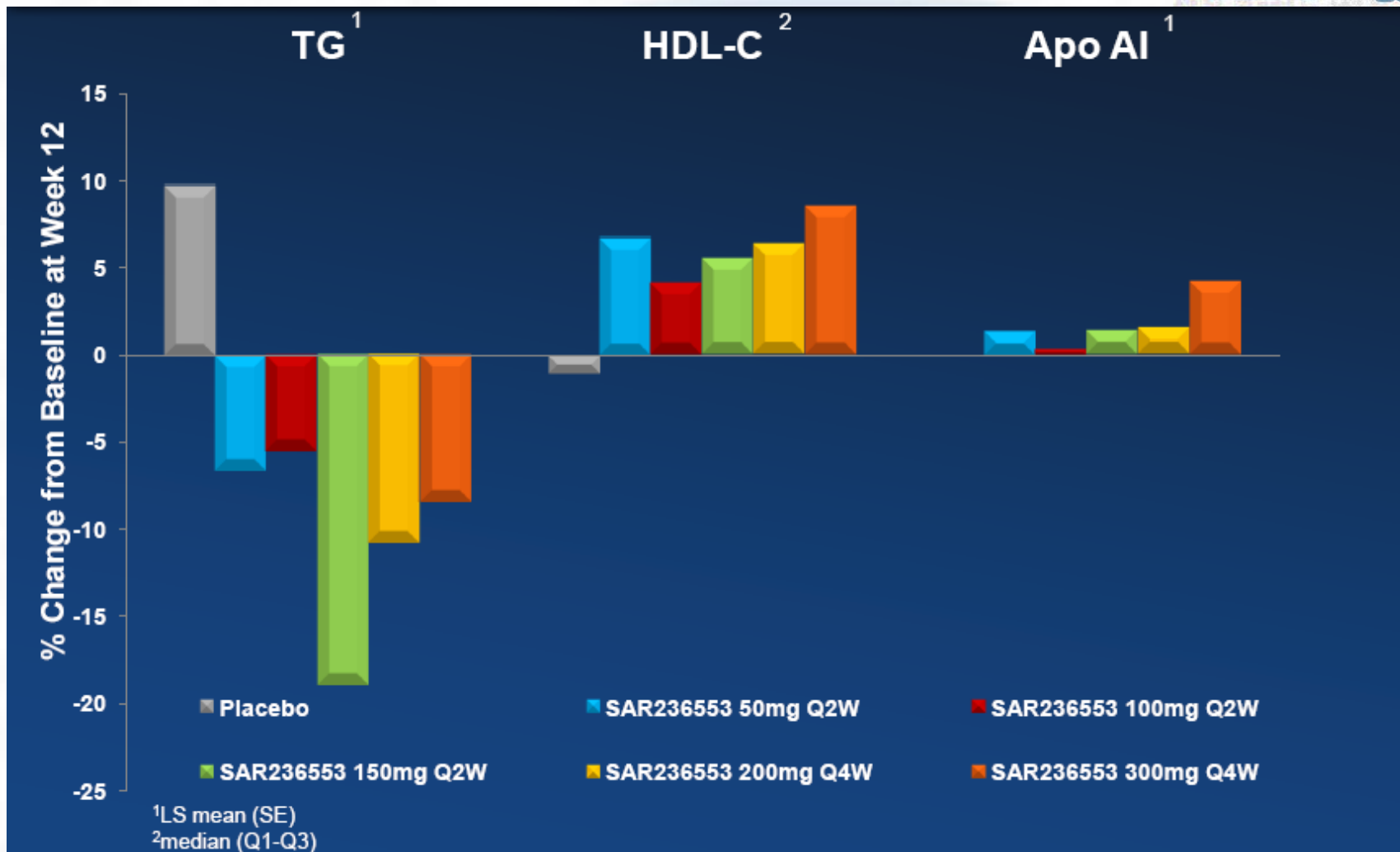
Cambios en LDL a intervalos de 2 semanas (basal – semana 12)



Porcentaje de pacientes en objetivo de LDL (semana 12)



Cambios en niveles de TG, HDL, apoA1 (basal – semana 12)





The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

CT Angiography for Safe Discharge of Patients with Possible Acute Coronary Syndromes

Harold I. Litt, M.D., Ph.D., Constantine Gatsonis, Ph.D., Brad Snyder, M.S.,
Harjit Singh, M.D., Chadwick D. Miller, M.D., Daniel W. Entrikin, M.D.,
James M. Leaming, M.D., Laurence J. Gavin, M.D., Charissa B. Pacella, M.D.,
and Judd E. Hollander, M.D.

ACRIN PA 4005: Multicenter Randomized Controlled Study of a Rapid “Rule Out” Strategy Using CT Coronary Angiogram (CCTA) Versus Traditional Care for Low-Risk ED Patients

Background: Patients presenting to the ED with chest pain often undergo clinical evaluation and potential hospital admission to rule-out ischemia. Importantly, a vast majority of these patients do not have cardiac involvement.

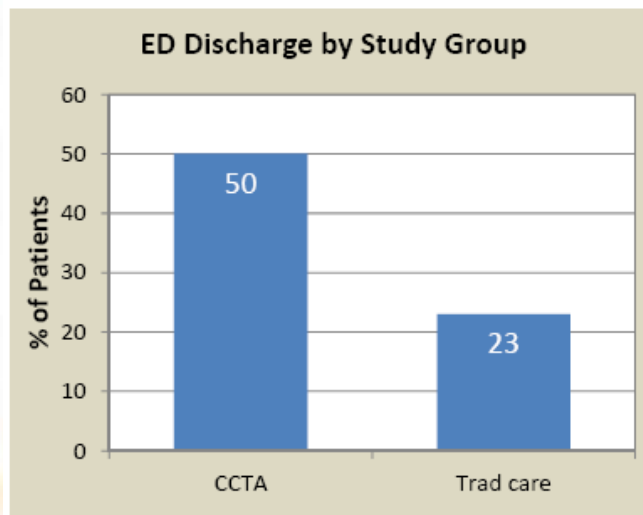
Purpose: To evaluate the use of CCTA in optimizing the diagnostic work-up of potential ACS patients to allow for safe discharge to home.

Methods/Study Design: Phase 4, clinical trial in which 1,392 patients across 5 study sites were randomized to traditional “rule-out” care (n= 462) or CCTA (n=908) using a 1:2 ratio.

Primary Endpoints: MACE events within 30 days

Results: 30-day MACE event rate was <1% in patients with **negative CCTA** (n=640). (0% event rate, 95% CI 0–0.57%). Also, those having had CCTA were more likely to be discharged from ED to home (see table).

Conclusion: ED clinicians can feel more comfortable in discharging CCTA negative patients within the parameters of standards of care.



Presented by :H Litt, 2012 ACC, Chicago

© 2012, American Heart Association. All rights reserved.



GO FOR ACC.12
CHICAGO
MARCH 24 - 27, 2012 • EXHIBITS: MARCH 24 - 26

 **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE**
Cardiología

8:22 **Multicenter Randomized Comparative Effectiveness Trial of Cardiac CT versus Alternative Triage Strategies in Acute Chest Pain Patients in the Emergency Department: Results from the ROMICAT II Trial** — Udo Hoffmann, Quynh Truong, Hang Lee, Eric Chou, Pamela Woodard, John Nagurney, James H. Pope, Thomas Hauser, Charles White, Scott Weiner, Alexander Goehler, Pazar Zakroynsky, Ruth Kirby, Douglas Hayden, Stephen Wiviott, Jerome Fleg, Scott Gazelle, David Schoenfeld, James Udelsion, Massachusetts General Hospital — Cardiac MR PET CT Program, Boston, MA, USA

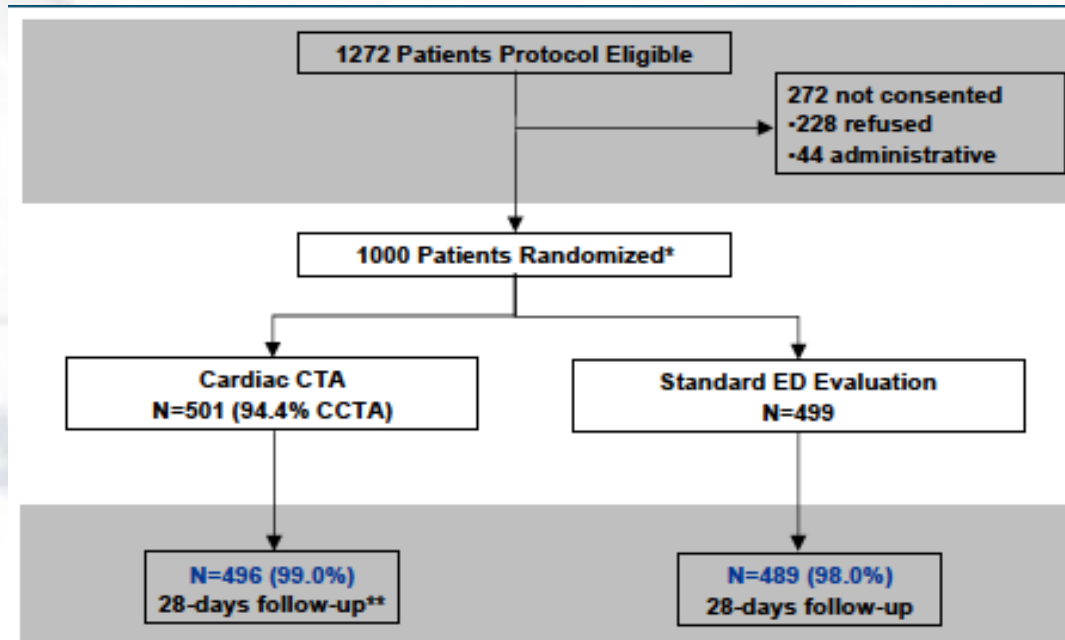
8:37 Panel Discussion

Background: El DT sugestivo de SCA es la causa más frecuente de presentación en Urgencias. Las estrategias actuales para evaluarlo son ineficaces, sobrecargando las Urgencias con ingresos innecesarios. Además hasta un 2% de pacientes con SCA se dan de alta desde Urgencias

Basándose en el resultado del ROMICAT I en el que la mayoría de pacientes no tenían enfermedad o tenían lesiones coronarias no obstructivas, un alto valor predictivo negativo y baja prevalencia de SCA (8%)

También el AngioTAC puede servir para hacer cribaje en Urgencias

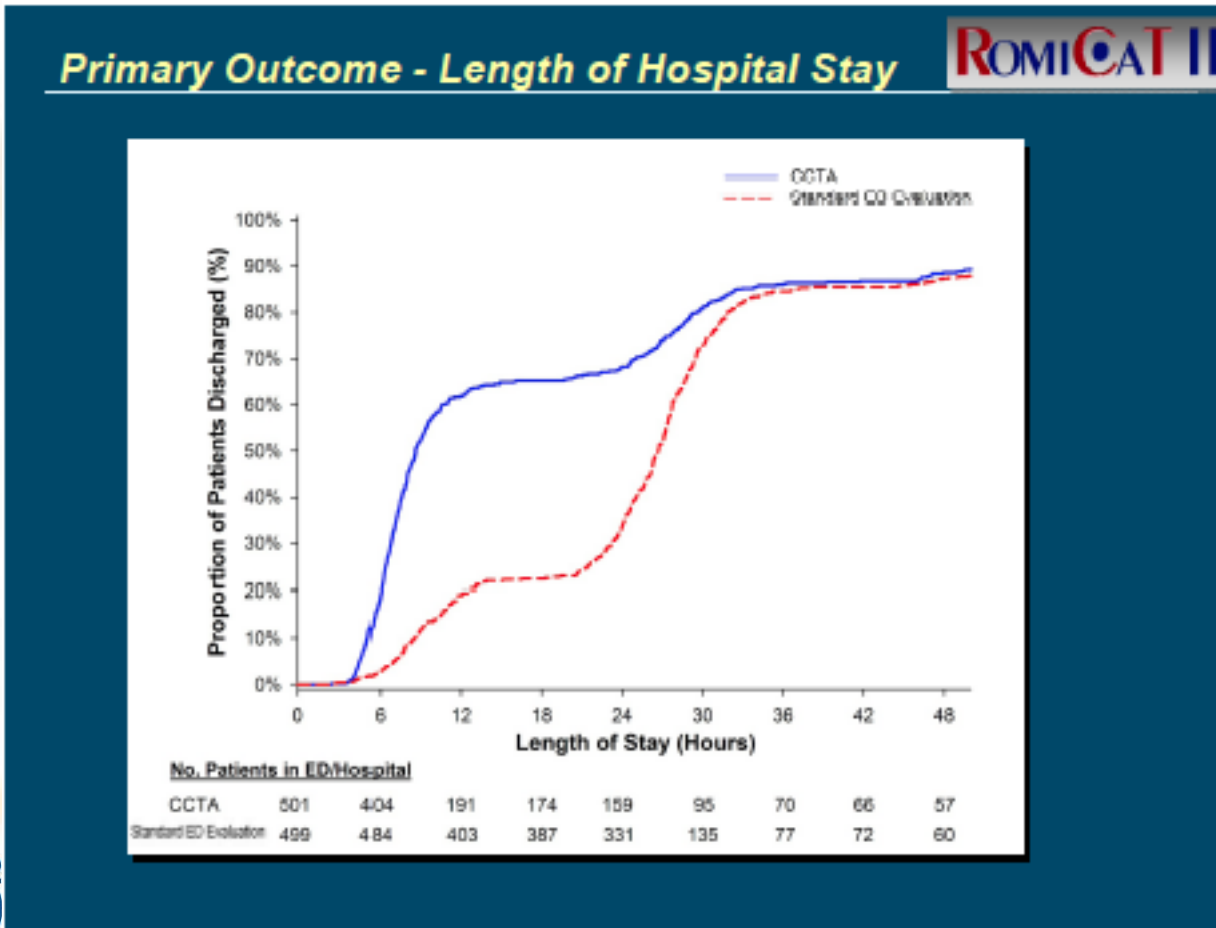
Objetivo: Realizar un estudio controlado y randomizado para evaluar la estrategia puede mejorar la efectividad de la decision clinica comparada con la práctica clínica habitual en pacientes con DT sugestivo de SCA



822 **Multicenter Randomized Comparative Effectiveness Trial of Cardiac CT versus Alternative Triage Strategies in Acute Chest Pain Patients in the Emergency Department: Results from the ROMICAT II Trial** — Udo Hoffmann, Quynh Truong, Hang Lee, Eric Chou, Pamela Woodard, John Nugent, James H. Pope, Thomas Hauser, Charles White, Scott Weiner, Alexander Goehler, Pezar Zakrsky, Ruth Kirby, Douglas Hayden, Stephen Winsett, Jerome Flag, Scott Gazelle, David Schoenfeld, James Uebelson, Massachusetts General Hospital — Cardiac MR/PET CT Program, Boston, MA, USA

837 Panel Discussion

Mean LOS \pm SD (hrs)	CCTA	Standard ED Eval	p-value
All	23.2 \pm 37.0	30.8 \pm 28.0	0.0002
Final Dx not ACS	17.2 \pm 24.6	27.2 \pm 19.5	<0.0001
Final Dx ACS	86.3 \pm 72.2	83.8 \pm 61.3	0.87



8:22 **Multicenter Randomized Comparative Effectiveness
Trial of Cardiac CT versus Alternative Triage
Strategies in Acute Chest Pain Patients in the
Emergency Department: Results from the ROMICAT
II Trial** — Udo Hoffmann, Quynh Truong, Hang Lee,
Eric Chou, Pamela Woodard, John Nagurney, James
H. Pope, Thomas Hauser, Charles White, Scott
Weiner, Alexander Goehler, Pearl Zakroysky, Ruth
Kirby, Douglas Hayden, Stephen Wiviott, Jerome
Fleg, Scott Gazelle, David Schoenfeld, James
Udelson, Massachusetts General Hospital —
Cardiac MR PET CT Program, Boston, MA, USA

8:37 **Panel Discussion**



CONCLUSIONES:

En Urgencias, implantar una estrategia de evaluación los pacientes con DT sugestivo de SCA que incorpore AngioTAC tempranamente puede:

- 1) Reducir significativamente la estancia y el tiempo de diagnóstico
- 2) Aumentar las altas directas desde Urgencias sin que haya un incremento en los SCA perdidos
- 3) No incremento de costes de cuidados a pesar de un mayor número de test diagnósticos en el brazo de AngioTAC cuando se compara con el manejo habitual del DT

ONLINE FIRST

Out-of-Hospital Administration of Intravenous Glucose-Insulin-Potassium in Patients With Suspected Acute Coronary Syndromes

The IMMEDIATE Randomized Controlled Trial
JAMA 2012; 307(18): doi:10.1001/jama.2012.426



Background: El uso temprano intravenoso de Glucosa, Insulina y Potasio (GIK) ha demostrado que reduce las arritmias inducidas por isquemia, la progresión del IAM, el tamaño del IAM, la mortalidad y prolonga el tiempo de reperfusión.

Objetivo: Para evaluar la efectividad del GIK i.v. En su capacidad de proteger el miocardio de la isquemia y su capacidad para evitar arritmias y STEMI.

Métodos: RCT realizado en 36 servicios de Urgencias en 13 ciudades. Se evaluó este tratamiento en las siguientes categorías: Uso muy temprano de GIK por los paramédicos e infusión continua durante 12 horas; GIK usado para los SCA que no sean IAM/STEMI; Uso como predicción de la lesión para identificación inmediata de SCA y de STEMI.

Se reclutaron un total de 911 pacientes que fueron randomizados a GIK/Placebo

Tuesday, March 27, 2012, 8:00 a.m. – 9:30 a.m.
McCormick Place North, Hall B, ACC.12 Main Tent
CME/CNE Hours: 1.5

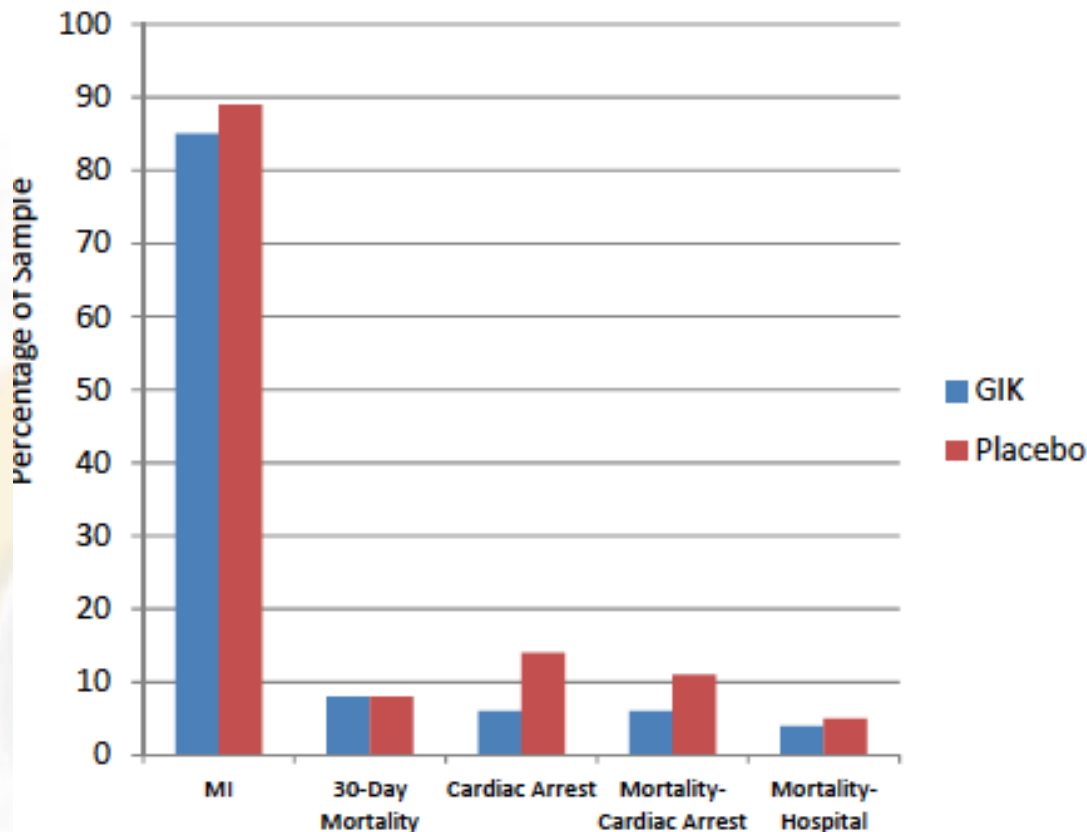
Co-Chairs: Elliott M. Antman, Boston, MA
Michael H. Crawford, San Francisco, CA

Panelists: Matthew J. Budoff, Torrance, CA, Bernard J. Gersh,
Rochester, MN, Alice K. Jacobs, Boston, MA, Frans J.
J. Van de Werf, Leuven, Belgium

8:44 Results of the IMMEDIATE (Immediate Myocardial
Metabolic Enhancement During Initial Assessment
and Treatment in Emergency Care) Trial: A
Double-blind Randomized Controlled Trial of
Intravenous Glucose, Insulin, and Potassium (GIK)
for ACS in Emergency Medical Services — Harry P.
Selker, Joni R. Beeshansky, Patricia R. Sheehan, Robin
Rutthazer, John L. Griffith, James E. Udelsdon, Joseph
M. Massaro, Ralph B. D'Agostino, IMMEDIATE Trial
Investigators, Tufts Medical Center, Boston, MA, USA

8:59 Panel Discussion

STEMI Cohort



Conclusión: En los pacientes con sospecha de SCA, la administración iv de CLK comparado con Placebo no reduce la progresión a IAM. Comparado con placebo, GIK no se asocia con un aumento de la supervivencia, pero si se asocia con menor porcentaje del objetivo compuesto de parada cardíaca o mortalidad intrahospitalaria

Co-Chairs:	Peter A. Brady, Rochester, MN Karol E. Watson, Los Angeles, CA
10:52	A Mendelian Randomized Controlled Trial of Long-term Reduction in Low-density Lipoprotein Cholesterol Beginning Early in Life — <u>Brian Anthony Ference</u> , Nitin Mahajan, Issa Alesh, Wonsuk Yoo, Karolina K. Mirowska, Abhishek Mewada, Luis Alfonso, Joel Kahn, Kim Williams, John Flack, Wayne State University School of Medicine, Detroit, MI
11:07	Panel Discussion



Background: RCTs han demostrado que reducir el colesterol con una estatina A partir de la edad media de la vida reduce el riesgo de eventos coronarios mayores, pero persiste el riesgo residual

Objetivo: Se pretende realizar una inferencia casual acerca de la asociación entre un marcador Y una enfermedad; para determinar si bajar el colesterol-LDL precozmente (n=326.443) en la vida, vs tarde (n=169.138) antes del desarrollo de arteriosclerosis, previene o retarda la progresión de la enfermedad coronaria, mejorando el beneficio clínico de las Terapias que bajan el LDL.

Métodos: Se diseña un estudio con randomización mendeliana controlado con placebo para estudiar el efecto del polimorfismo del nucleótido simple 9 (SNPs), o cambios simples en la secuencia DNA, que ambos están asociados con niveles bajos de LDL. La localización del SNPs está determinada al nacer. Asumimos que es igual a una asignación randomizada como si se tratara el LDL para reducirlo desde el nacimiento.

RCT: Coste y complejidad logística de seguimiento de muchísimos pacientes jóvenes y asintomáticos por muchas décadas resultaría prohibitivo.

Evidencia preliminar: Personas que tienen algún polimorfismo (p.ej. PCSK9 46L) tienen niveles de LDL muy bajos y un riesgo mucho más bajo del riesgo del esperado

Como alternativa al RCT, decidieron en base al principio de la randomización Mendeliana para conducir una serie de trials randomizados “naturales”

Co-Chairs: Peter A. Brady, Rochester, MN
Karol E. Watson, Los Angeles, CA10:52 A Mendelian Randomized Controlled Trial of
Long-term Reduction in Low-density Lipoprotein
Cholesterol Beginning Early in Life — Brian Anthony
Ference, Nitin Mahajan, Issa Alesh, Wonsuk Yoo,
Karolina K. Mirowska, Abhishek Mewada, Luis
Alonso, Joel Kahn, Kim Williams, John Flack, Wayne
State University School of Medicine, Detroit, MI

11:07 Panel Discussion



Método de comparación por pares: Usa a los pacientes que tienen una mutación genética y un LDL bajo como si fuese el brazo tratado comenzando al nacimiento, para estimar el beneficio clínico de bajar el colesterol comenzando muy pronto en la vida.

Exposición: Asociación por parejas con personas con LDL muy bajo (brazo de tratamiento) u otro alelo (tratamiento habitual).

Objetivo primario: Enfermedad coronaria: Muerte CV, IAM, revascularización

Análisis Primario: Asociación entre exposición y enfermedad CV, ajustada por unidad de descenso de LDL

Objetivo: Riesgo cuantificado preciso de Enfermedad CV por unidad de descenso de LDL

Co-Chairs:	Peter A. Brady, Rochester, MN Karol E. Watson, Los Angeles, CA
10:52	A Mendelian Randomized Controlled Trial of Long-term Reduction in Low-density Lipoprotein Cholesterol Beginning Early in Life — Brian Anthony Ference, Nitin Mahajan, Issa Alesh, Wonsuk Yoo, Karolina K. Mirowska, Abhishek Mewada, Luis Alfonso, Joel Kahn, Kim Williams, John Flack, Wayne State University School of Medicine, Detroit, MI
11:07	Panel Discussion

Resultados:

Todos los 9 SNPs se asociaron con una reducción de 50-60% en el riesgo de enfermedad CHD por cada 1 mmol/L (38 mg/dl) de menor exposición al colesterol LDL durante la vida.



Conclusión:

- 1) Un 80% de reducción de riesgo de CHD puede ocurrir por reducir LDL por 2 mmol/L (77,34 mg/dl)
- 2) El beneficio clínico de reducir el LDL depende tanto del tiempo como de la magnitud de la reducción del LDL
- 3) Una exposición prolongada a unos niveles de LDL muy bajos desde un momento muy temprano en la vida (antes de desarrollarse la arteriosclerosis) es sustancialmente más eficaz en reducir el riesgo de CHD que a práctica habitual de reducir el LDL empezando tarde (una vez que se desarrolla la enfermedad)
- 4) Este incremento en el beneficio clínico parece ser independiente del mecanismo de reducción del LDL

Co-Chairs:	Peter A. Brady, Rochester, MN Karol E. Watson, Los Angeles, CA
11:36	Pacemaker Therapy in Patients with Neurally-mediated Syncope and Documented Asystole — Michele Brignole, on the behalf of the ISSUE-3 Investigators, Ospedali del Tigullio, Lavagna, Italy
11:51	Panel Discussion



Background: En el estudio ISSUE 2 para los pacientes con Síncope Neuromediado (SNM) producidos por una asistolia, la estimulación con marcapasos se encontró eficaz en reducir el rango de recurrencia de síncope al año

Objetivo: estudiar el resultado del tratamiento con MP en prevenir el SNM producido por asistolia en pacientes mayores con SNM severo

Métodos: Estudio en Fase 4 multicentrico, randomizado doble ciego controlado con placebo. Se incluyen 511 pacientes ≥ 40 años. A todos se les implanta un ILR para documentar el ritmo cardiaco durante los síncope. A aquellos a los que se les documenta un síncope espontaneo inducido por una asistolia se les implanta un marcapasos.

El estudio se diseña para ser detenido cuando se alcancen un total de 27 eventos de endpoint primario independientemente del brazo de estudio que se consiga (80% de potencia estadística para detectar un 1 a. de RRA del 25% en el brazo de MP “on” con una $p=0,05$)

Análisis primario: Intención de tratar

Doble ciego: Pacientes y médico que lo sigue

Randomización: 1:1 centralmente bloqueada por centros

Programación de MP: DDD-RDR vs ODO

Primary endpoint: Tiempo al primer episodio sincopal

Screening phase

511 met inclusion criteria and received an ILR



Study phase

89 had ECG documentation of:
- syncopal recurrence with asystole of 12 ± 10 s (#72)
or
- non-syncopal asystole of 10 ± 6 s (#17)

77 randomized

38 assigned and received Pm ON

39 assigned and received Pm OFF

12 refused randomization

3 lost to follow-up

8 had Pm reprogrammed DDD/VVI in absence of primary end-point

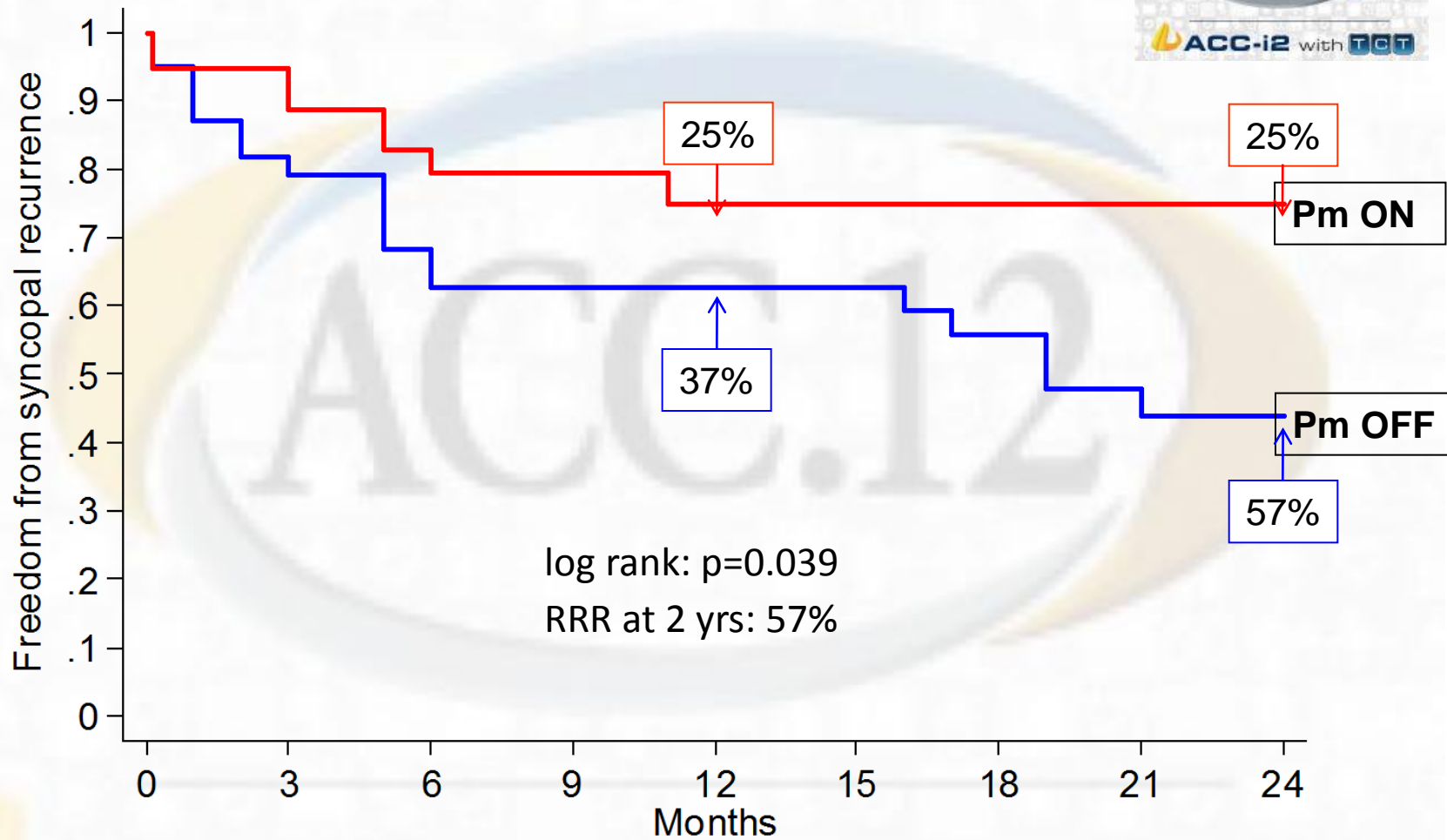
9 followed-up (registry):
6 implanted Pm
3 no therapy

GO FOR ACC.12 CHICAGO 38 analysed

39 analysed

9 analysed ESPAÑOLA DE Cardiología

First syncope recurrence (intention-to-treat)



Number at risk

	0	3	6	9	12	15	18	21	24
Pm OFF	39	31	25	21	21	18	15	12	8
Pm ON	38	32	27	22	16	14	13	13	11

Co-Chairs: Peter A. Brady, Rochester, MN
Karol E. Watson, Los Angeles, CA

11:36 Pacemaker Therapy in Patients with Neurally-mediated Syncope and Documented Asystole
— Michele Brignole, on the behalf of the ISSUE-3 Investigators, Ospedali del Tigullio, Lavagna, Italy

11:51 Panel Discussion



Conclusión:

- 1) La estimulación con MP DDD es efectiva en reducir la recurrencia de síncope en los pacientes con síncope severo > 40 años
- 2) La reducción observada del 32% absoluta y del 57% relativa sugiere la utilización de este tratamiento invasivo para esta relativamente benigno SNM
- 3) La estrategia de usar el ILR para determinar la indicación de estimular con MP permite contrinuir a un hallazgo positivo y explica la discrepancia con los resultados negativos de algunos estudios previos

910-6 The Clinical Benefit of Therapies That Raise High-density Lipoprotein Cholesterol Added to Treatment with a Statin — Brian Anthony Ference, Nitin Mahajan, Wonsuk Yoo, Luis Afonso, John Flack, Wayne State University School of Medicine, Detroit, MI

A Common KIF6 Polymorphism Increases Vulnerability to Low-Density Lipoprotein Cholesterol: Two Meta-Analyses and a Meta-Regression Analysis

Brian A. Ference^{1,2*}, Wonsuk Yoo^{1,3}, John M. Flack¹, Michael Clarke^{2,4,5}

PlosOne, 2011 Dec, 6(12): e28834



Análisis de Meta-regresión de 26 trials que incluyen 169.136 pacientes:

- Supuesto LDL constante: RR de MCE por cada mmol/L de aumento en HDL
- Supuesto HDL constante: RR de MCE por cada mmol/L de reducción en LDL

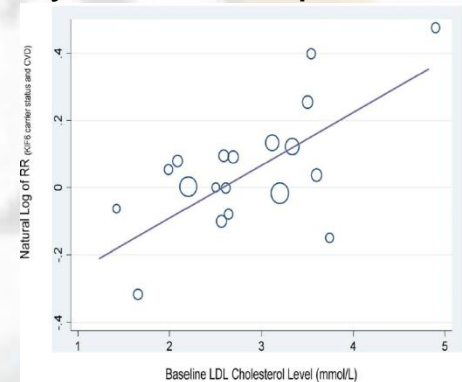
Meta-análisis de los estudios que aumentaban el HDL que incluyen 26.799 pacientes (ACCORD, ILLUMINATE, DEFINE, AIM-HIGH, ILLUSTRATE)

CONCLUSIONES:

1) El beneficio clínico de la terapia con estatinas se debe casi exclusivamente al hecho de bajar el LDL sin beneficio adicional observado de la elevación de HDL observado

2) La evidencia de los ensayos no muestra un beneficio clínico de añadir terapias que aumenten el HDL a una estatina

3) Toda la evidencia sugiere que añadir una droga que aumente el HDL a la estatina es poco probable que produzca beneficios clínicos adicionales significativos (HPS2-TRHIVE y REVEAL)



Registro de New York States Cardiac surgery reporting system
13.296 pacientes con enfermedad multivaso (estenosis ≥ 70)

Registro de Percutaneous coronary Interventions reporting system
20.181 pacientes multivaso sometidos a ICP con DES

Inicio de registro: 10/2003 Fin de registro 12/2005

No se incluyen pacientes intervenidos de Tronco Común Izquierdo

Mediante propensity score se consiguió 8.070 pares de pacientes ajustados 1:1 por: edad, nº vasos, presencia de enfermedad proximal o no proximal de ADA

CONCLUSIONES:

Supervivencia a los 5 años 80,2% para CABG y 72,9% para DES ($p < 0,001$), siempre que esté afectada la ADA y para una mortalidad quirúrgica del 2%.

50 centros incluyen 2002 pacientes entre 2002 y 2003 en grado funcional CCS I-III con al menos una lesión $\geq 50\%$ tratados mediante:

926 (46%): Procedimiento invasivo: PCI (96,5%) o CABG (3,5%)

1076 (54%): Tratamiento farmacológico

Conclusiones:

A los 5 años de seguimiento no se observaron diferencias MACE (Muerte, IAM, Ictus) entre ambos grupos una vez ajustadas las características basales.

612	The Spectrum of Degenerative Mitral Valve: From Imaging to Treatment Saturday, March 24, 2012, 12:15 p.m. - 1:45 p.m. McCormick Place North, N426 CME/CNE Hours: 1.5
Co-Chairs:	Elyse Foster, San Francisco, CA Brian P. Griffin, Cleveland, OH
12:15	New Insights into the Pathophysiology of MVP — Albert Alain Hagege, Paris, France
12:33	Asymptomatic Degenerative MR: Who Should Undergo Valve Repair? — Maurice Enriquez-Sarano, Rochester, MN
12:51	Role of 3-D TEE in the Operating Room for Mitral Repair — Salvatore Costa, Lebanon, NH
1:09	Repair of Degenerative MR: A Perfect Solution? — Rakesh Suri, Rochester, MN
1:27	E-Clip of MVP Is Useful in My Practice — Francesco Maisano, Milan, Italy

- 1) Genética: Tipo
 - 1) Idiopática,
 - 2) Mixomatosa
 - 3) Ligado a cromosoma X



En el caso de Síndrome de Marfan con PVM, los Anticuerpos AntiTGFβ inhiben el desarrollo de PVM y Aneurisma de Aorta. Losartan previene in vivo e in vitro las malformaciones del Marfan

2) ETE 3D muestra una discreta aunque mayor exactitud diagnóstica al identificar el segmento afecto a expensas sobre todo de una mayor especificidad, y tiene su mayor impacto en los casos complejos

3) Actualmente se recomienda no operar los pacientes con RM severa asintomáticos, Pero sabemos que si esperamos a los síntomas, sólo se opera el 50% de los pacientes.

¿Hay algún dato que haga recomendable indicar la reparación mitral precozmente?

Asymptomatic MR
Why operate ?

Offer Surgery to high-risk MR:

- LA ≥ 60 mL/m²
- LVS 36-39 mm
- SPAP 45-49 mmHg
- BNP activation
- Reduced FC
- ERO > 40 mm²

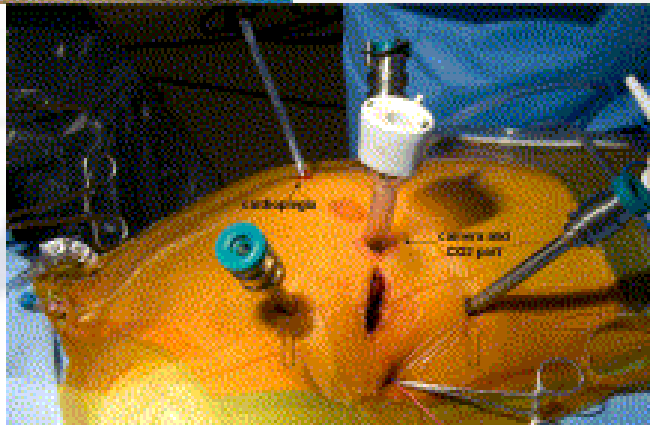
612	The Spectrum of Degenerative Mitral Valve: From Imaging to Treatment Saturday, March 24, 2012, 12:15 p.m. – 1:45 p.m. McCormick Place North, N426 CME/CNE Hours: 1.5
Co-Chairs:	Elyse Foster, San Francisco, CA Brian P. Griffin, Cleveland, OH
12:15	New Insights into the Pathophysiology of MVP — Albert Alain Hagege, Paris, France
12:33	Asymptomatic Degenerative MR: Who Should Undergo Valve Repair? — Maurice Enriquez-Sarano, Rochester, MN
12:51	Role of 3-D TEE in the Operating Room for Mitral Repair — Salvatore Costa, Lebanon, NH
1:09	Repair of Degenerative MR: A Perfect Solution? — Rakesh Suri, Rochester, MN

4) Cirugía de la Mitral:

Robotic Mitral Valve Repair for All Categories of Leaflet Prolapse: Improving Patient Appeal and Advancing Standard of Care

RAKESH M. SURI, MD, DPHIL; HAROLD M. BURKHART, MD; KENT H. REHFELDT, MD;
MAURICE ENRIQUEZ-SARANO, MD; RICHARD C. DALY, MD; ERIC E. WILLIAMSON, MD; ZHUO LI, MS;
AND HARTZELL V. SCHAFF, MD

200 pacientes operados
Randomizados a Cirugía abierta vs Da Vinci



Results

- 100% Repair rate
- 0% Mortality
- No conversions to sternotomy
- Open slightly shorter (P<0.001)
 - Cross clamp
 - Bypass
- Robotic shorter (P<0.001)
 - Ventilation
 - ICU
 - Hospital Stay



Prevention: Focus on Lipids
 Sunday, March 25, 2012, 8:00 a.m. – 9:30 a.m.
 McCormick Place South, S100c
 CME/CNE Hours: 1.5

Co-Chairs: James A. De Lemos, Dallas, TX
 Neil Stone, Winnetka, IL

8:00 911-3 The Year in Review — Prevention —
 Christie M. Ballantyne, Houston, TX



1) La salud Cardiovascular global estimada según las recomendaciones de las últimas Guías es:

Ideal en el 0,1% de la población
 Media en el 17,4% de la población
 Mala en el 82,5% de la población

2) Las estatinas no se relacionan con la aparición de Cancer, aunque si lo hacen con la Diabetes, pero esto apenas tiene relevancia clínica

3) Los fármacos que elevan el HDL y los estudios que los avalan son:

Torcetrapib: RCT suspendido y fármaco abandonado

Dalcetrapib: Estudio Dal-PLAQUE, Lancet, 2011; 378: 1547-59

Anacetrapib: Estudio REVEAL: (30.000 pacientes con Atorvastatina + Anacetrapib/placebo)

Evacetrapib: Estudios en Fase 2

8:12 911-4 Safety Profile of Statin-Treated Patients with LDL-C < 30mg/dL — Brendan Everett, Samia Mora, Joseph Grossbard, Jean MacFadyen, Paul Ridker, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, Harvard Medical School, Boston, MA

4) Bajar el colesterol LDL a < 30 mg/dl o ≥70% no se asocia a efectos adversos



Muchas Gracias