



MERLO 2024

JORNADAS CIENTÍFICAS Y GREMIALES

del 29 nov al 1 dic



Prevención secundaria Síndromes coronarios Crónicos:

Clopidogrel y Acido Acetil Salicílico. Dos grandes al mismo nivel ?

Actualización de las guías de la E.S.C.

Dr. Francisco E. Canllo

M.P.P. 6188

Esp. Cardiología UNC- Esp.Cardiología Intervencionista U.B.A- CACI

Presidente Sociedad de Cardiología de San Luis

Jefe de servicio de hemodinamia Instituto Cardiovascular San Luis.

Jefe de Servicio Hemocardio San Luis SRL. Sanatorio Ramos Mejía.

Staff Hemodinamia Hospital Central Ramon Carrillo.

Elea
Adelante con tu vida





MERLO 2024

JORNADAS CIENTÍFICAS Y GREIALES

del 29 nov al 1 dic

CACI



Conflicto de interés

- **SPEAKER LABORATORIOS ELEA.**



Síndromes coronarios Crónicos

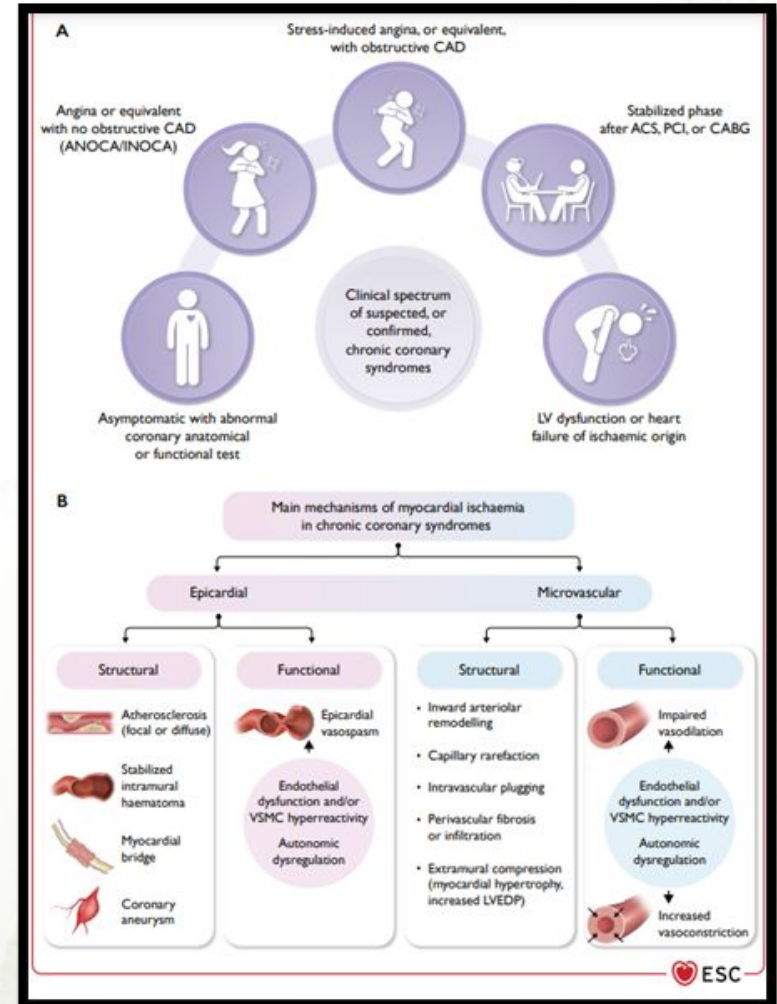
La ESC en sus directrices de 2019 introduce el término **síndromes coronarios crónicos (SCC)** para describir un cuadro clínico.

Este cuadro engloba condiciones patológicas producidas por discordancia crónica o repetitiva entre oferta y demanda en el consumo de oxígeno miocárdico.

- La causa más frecuente de isquemia se debe a obstrucción aterosclerótica de las arterias coronarias.
- Menos frecuentes son la disfunción microvascular, vasoespasmo, anomalías congénitas o injurias miocárdicas no ateroscleróticas.
- La principal manifestación clínica del SCC es la angina. La reproducción y el tiempo de duración del dolor con ejercicio o estrés, permiten diferenciar este cuadro de los SCA.

Formas de presentación:

- 1. Pacientes con **angina crónica estable y/o disnea con sospecha de EC obstructiva**.
- 2. Pacientes con episodio de **insuficiencia cardiaca de reciente aparición o disfunción ventricular izquierda (VI)**.
- 3. Pacientes con **síntomas estables < 1 año después de un SCA y/o revascularización**.
- 4. **Pacientes después de 1 año del SCA o revascularización. Se recomienda una evaluación clínica anual**.
- 5. Pacientes con **angina y sospecha de disfunción microvascular o vasoespasmo**, con EC no obstructiva.
- 6. Pacientes **asintomáticos con detección de EC por chequeo**: en ellos se sugiere una cuidadosa evaluación del riesgo CV





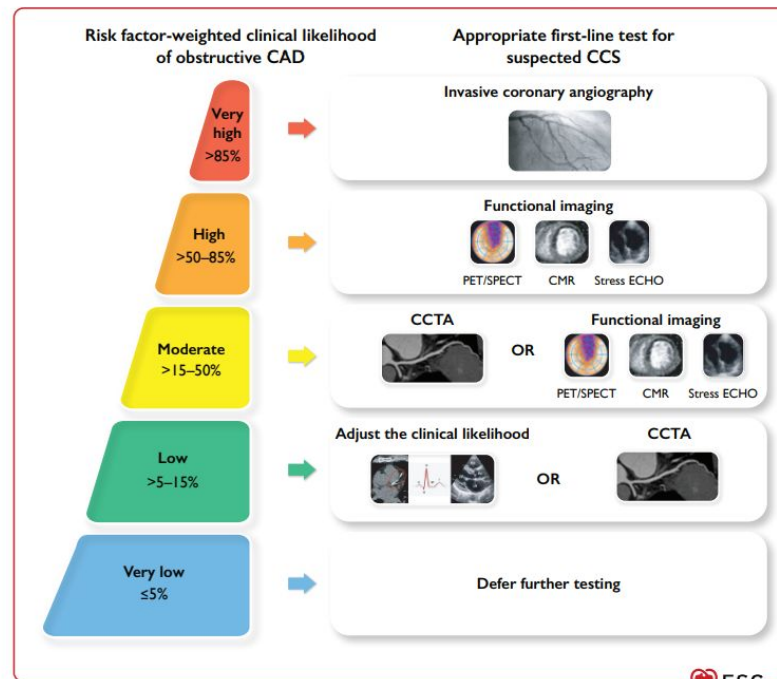
Diagnóstico del síndrome coronario crónico.

- 1. Historia clínica** detallada para el diagnóstico clínico de angina y su clasificación (angina típica, atípica, dolor torácico no anginoso). síntomas y signos.
- 2. Enfermedades concomitantes**, calidad de vida del paciente, determinar existencia de anemia, hipertensión arterial, enfermedad valvular, miocardiopatía hipertrófica, arritmias, enfermedad vascular periférica, enfermedad tiroidea, renal y diabetes.
- 3. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS-** ECG de reposo, LBT. completo, ecocardiografía transtorácico y radiografía de tórax.
- 4. Valorar la probabilidad pretest (PTP)** y la probabilidad clínica de cardiopatía isquémica. Cuando la PPT
 - < 15% no realizar más estudios;
 - entre 15-65% se recomienda tomografía computada coronaria (AngioTAC)
 - entre 65-85% ponderar AngioTAC u otra prueba evocadora de isquemia,
 - PTP > 85% realizar coronariografía.

5- La prueba diagnóstica adecuada dependerá de la PTP, las comorbilidades del paciente y disponibilidad.

- Sintomáticos, en los que no puede descartarse la EC obstructiva, se debe realizar una **prueba de imagen funcional no invasiva, o AngioTAC coronario.**
- La **prueba de esfuerzo se recomienda sólo en algunos sujetos para valorar la tolerancia al esfuerzo**, la aparición de síntomas, arritmias, respuesta presora y el riesgo de eventos CV., también, cuando no se dispone de imágenes no invasivas y en pacientes ya tratados para objetivar síntomas y/o isquemia al ECG.
- **La coronariografía PRE TEST ELEVADO.**, síntomas resistentes a terapia o con angina de pequeño esfuerzo.
- Debe disponerse de valoración funcional invasiva en los casos que exista duda de la severidad de la estenosis.

6- Evaluación de riesgo de eventos CV basado en la evaluación clínica y los estudios realizados para el diagnóstico





PILARES DEL TRATAMIENTO ACTUAL DEL SCC





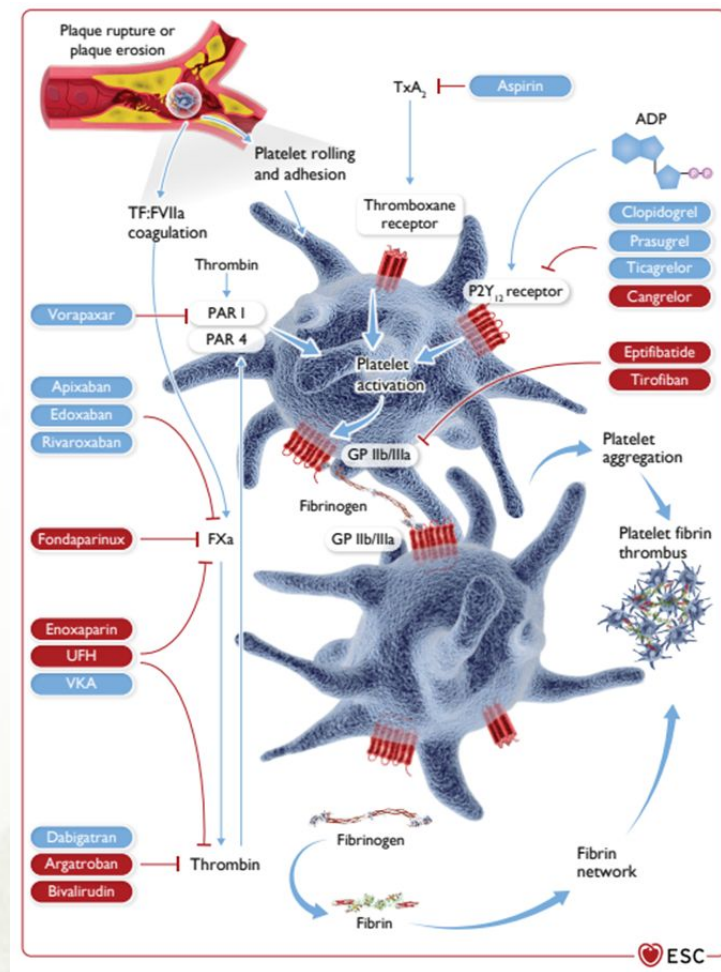
TERAPIA ANTITROMBOTICA

- **Monoterapia con aspirina.**
- La **aspirina en dosis bajas (75–100 mg una vez al día)** es el fármaco tradicional de elección en pacientes con CCS, con o sin infarto de miocardio previo.
- En un metanálisis de datos de pacientes individuales de ensayos de prevención secundaria (43 000 pacientes-año), la aspirina frente a la ausencia de aspirina **redujo significativamente el riesgo combinado de infarto de miocardio no mortal, accidente cerebrovascular isquémico no mortal o muerte por causas vasculares**
- **Se traduce en 15 eventos vasculares graves mortales y no mortales menos por cada 1000 pacientes tratados durante 1 año.**
- La asignación de aspirina **augmentó las hemorragias gastrointestinales (GI) y extracraneales importantes**, del 0,07 % al 0,10 % por año ($P < .0001$), con un aumento no significativo en el ictus hemorrágico pero reducciones de alrededor de una quinta parte en el ictus total (de 2,54% a 2,08% por año, $P = .002$) y en eventos coronarios (de 5,3% a 4,3% por año, $P < .0001$).
- Por lo tanto, para la **prevención secundaria**, la reducción de eventos isquémicos con aspirina supera los eventos hemorrágicos graves.
- No hay evidencia de diferentes efectos de la aspirina en mujeres y hombres
- Las dosis diarias de aspirina de **75–100 mg** parecen ser tan efectivas como las dosis más altas para tratamientos a largo plazo.



TERAPIA ANTITROMBOTICA

- **Monoterapia con clopidogrel.**
- Además de la vía de la ciclooxygenasa I inhibida por la aspirina, el receptor plaquetario P2Y₁₂ también desempeña un papel fundamental en la formación de trombos arteriales y es el objetivo de tres inhibidores plaquetarios orales: clopidogrel, prasugrel y ticagrelor.
- **La eficacia y seguridad relativas del clopidogrel en comparación con la aspirina para la prevención secundaria en pacientes con SCC se ha probado en múltiples ensayos aleatorizados que, en conjunto, han involucrado a más de 29 000 pacientes-año.**
- **CAPRIE** (Clopidogrel versus aspirina en pacientes con riesgo de eventos isquémicos) demostró un pequeño beneficio en los eventos isquémicos (reducción del RR del 8,7 %) con clopidogrel 75 mg/día frente a aspirina 325 mg/día.



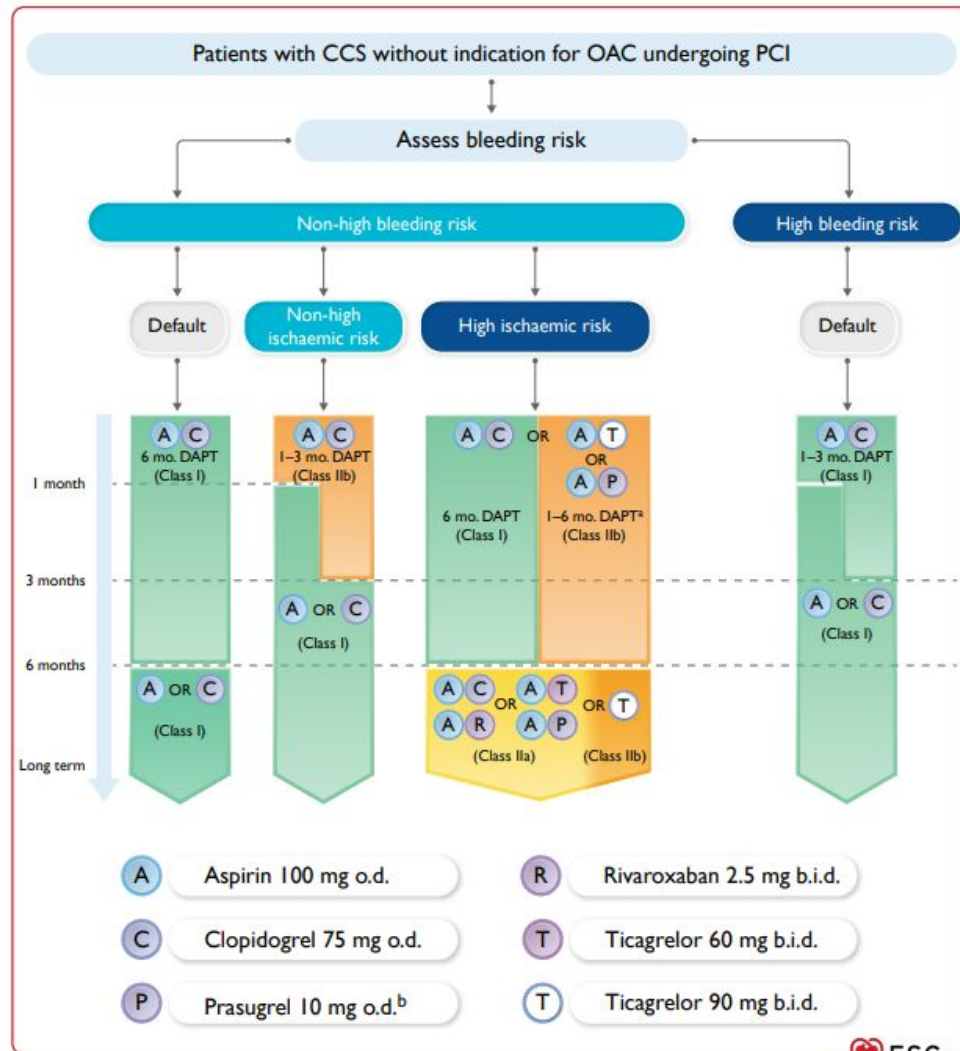


- En el reciente ensayo de no inferioridad **HOST-EXAM**, de Corea del Sur,
- Se comparó **clopidogrel con aspirina en dosis bajas** en 5530 pacientes después de 6 a 18 meses de DAPT sin incidentes después de la ICP (72 % SCA inicial, 28 % SCA inicial)
- **En comparación con la aspirina, el clopidogrel redujo el compuesto de muerte por todas las causas, infarto de miocardio no mortal, reingreso atribuible a SCA, accidente cerebrovascular y sangrado BARC** (Bleeding Academic Research Consortium) ≥ 3 del 7,7 % al 5,7 % al final del seguimiento de 2 años; Los resultados se mantuvieron a los 5,8 años, en un análisis post hoc, por protocolo, posterior al ensayo.
- **Un metanálisis a nivel de paciente individual** muy reciente examinó siete ensayos que involucraron a **24 325 pacientes** (incluidos pacientes con SCA reciente, post-CABG EN pacientes con CCS inicial) asignados aleatoriamente a **monoterapia con aspirina** (12 147 pacientes) o **monoterapia con inhibidor de P2Y12** [clopidogrel en 7545 (62,0%), ticagrelor en 4633 (38,0%)] y seguidos durante 6-36 meses.
- Los inhibidores de P2Y12 redujeron el resultado isquémico combinado de **muerte cardiovascular, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular en comparación con la aspirina** (en dosis de 100 o 325 mg diarios), principalmente a través de la reducción del infarto.
- **El riesgo de sangrado mayor fue similar, mientras que el sangrado gastrointestinal y el accidente cerebrovascular hemorrágico ocurrieron con menor frecuencia con un inhibidor de P2Y12.**
- El efecto del tratamiento fue consistente en todos los subgrupos preespecificados (SCA o SCC) y el tipo de inhibidor de P2Y12.
- **La evidencia general anterior respalda la monoterapia con Clopidogrel como una alternativa eficaz y segura a la monoterapia con aspirina para la prevención secundaria a largo plazo en pacientes con SCC**



Doble terapia antiplaquetaria post intervención coronaria percutánea en SCC.

- Post ATC para el SCC, se recomienda la DAPT consistente en **Aspirina y Clopidogrel** para reducir el riesgo de trombosis del stent e infarto de miocardio en comparación con la aspirina sola.
- **No hay razón para reemplazar** el **clopidogrel** por **ticagrelor**, según los resultados del ensayo **ALPHEUS** (Evaluación en pacientes sometidos a colocación electiva de stent coronario)
- **ticagrelor no redujo significativamente el infarto de miocardio relacionado con la ICP ni la lesión miocárdica mayor, mientras que el sangrado menor aumentó significativamente en comparación con el clopidogrel.**
- Se recomienda una **duración predeterminada de DAPT de 6 meses** para pacientes con SCC sometidos a ICP.
- Se han investigado duraciones de **DAPT más cortas (1 o 3 meses)** para disminuir el riesgo de hemorragia.
- La evidencia combinada de hecho muestra **una disminución en el sangrado, principalmente menor, sin un aumento en los eventos isquémicos, lo que indica que una duración más corta de DAPT de 1 a 3 meses** después de la ICP puede beneficiar a los pacientes con SCC que no tienen un alto riesgo isquémico.
- **MASTER-DAPT** (pacientes con alto riesgo de sangrado post implantación de un stent recubierto de polímero biorreabsorbible con un régimen DAPT abreviado versus estándar), que aleatorizó a 4579 pacientes con ICP (~50 % CCS) con HBR, después de 1 mes de DAPT sin incidentes, a la interrupción inmediata de DAPT o a la continuación de DAPT durante al menos 2 meses adicionales.⁵⁸⁷ Después de 335 días, el ensayo demostró que la interrupción no era inferior para los eventos isquémicos en comparación con la duración estándar de DAPT, pero se redujo el sangrado mayor y el sangrado no mayor clínicamente relevante





Recommendation Table 17 — Recommendations for antithrombotic therapy in patients with chronic coronary syndrome (see also Evidence Table 17)

| Recommendations | Class ^a | Level ^b |
|---|--------------------|--------------------|
| Long-term antithrombotic therapy in patients with chronic coronary syndrome and no clear indication for oral anticoagulation | | |
| In CCS patients with a prior MI or remote PCI, aspirin 75–100 mg daily is recommended lifelong after an initial period of DAPT. ^{558,559} | I | A |
| In CCS patients with a prior MI or remote PCI, clopidogrel 75 mg daily is recommended as a safe and effective alternative to aspirin monotherapy. ^{562,564–566,649} | I | A |
| After CABG, aspirin 75–100 mg daily is recommended lifelong. ^{558,559,629} | I | A |
| In patients <i>without</i> prior MI or revascularization but with evidence of significant obstructive CAD, aspirin 75–100 mg daily is recommended lifelong. ^{557–559} | I | B |
| Adding a second antithrombotic agent to aspirin for extended long-term secondary prevention should be considered in patients at enhanced ischaemic risk ^c and without high bleeding risk ^d (options and definitions in Table 8 and in the Supplementary data online, Tables S2 and S3). ^{592–594} | IIa | A |
| In CCS or stabilized post-ACS patients who underwent PCI and were initially treated with ticagrelor-based DAPT, who remain at high ischaemic risk and are not at high bleeding risk, ticagrelor monotherapy 90 mg b.i.d. may be considered as an alternative to dual or other single antiplatelet therapy. ^{563,570–573} | IIb | C |

Continued



Antithrombotic therapy post-percutaneous coronary intervention in patients with chronic coronary syndrome and no indication for oral anticoagulation

In CCS patients with no indication for oral anticoagulation, DAPT consisting of aspirin 75–100 mg and clopidogrel 75 mg daily for up to 6 months is recommended as the default antithrombotic strategy after PCI-stenting.^{650–654}

I

A

In patients at high bleeding risk^d but not at high ischaemic risk,^c it is recommended to discontinue DAPT 1–3 months after PCI and to continue with single antiplatelet therapy.^{587,591}

I

A

In CCS patients undergoing high-thrombotic risk stenting (e.g. complex left main stem, 2-stent bifurcation, suboptimal stenting result, prior stent thrombosis, previously known CYP2C19 *2/*3 polymorphisms), prasugrel or ticagrelor (in addition to aspirin) may be considered instead of clopidogrel, for the first month, and up to 3–6 months.

IIb

C

Long-term antithrombotic therapy in patients with chronic coronary syndrome and an indication for oral anticoagulation

Long-term antithrombotic therapy in patients with chronic coronary syndrome and an indication for oral anticoagulation

In CCS patients with a long-term indication for OAC, an AF therapeutic dose of VKA alone or, preferably, of DOAC alone (unless contraindicated) is recommended lifelong.^{609,627}

I

B

Antithrombotic therapy post-percutaneous coronary intervention in chronic coronary syndrome patients with an indication for oral anticoagulation

In patients with an indication for OAC who undergo PCI, initial low-dose aspirin once daily is recommended (loading dose when not on maintenance dose) in addition to OAC and clopidogrel.

I

C

In patients who are eligible for OAC, DOAC (unless contraindicated) is recommended in preference to VKA.^{619,658}

I

A

After uncomplicated PCI in CCS patients with concomitant indication for OAC:

- early cessation of aspirin (≤ 1 week);
- followed by continuation of OAC and clopidogrel:
 - up to 6 months in patients not at high ischaemic risk,^c or
 - up to 12 months in patients at high ischaemic risk,^c
- followed by OAC alone;

is recommended.^{616–619,622,627,659}

I

A

Continuation of aspirin up to 1 month after PCI, in addition to OAC and clopidogrel, should be considered in patients at high ischaemic risk^c or with anatomical/procedural characteristics judged to outweigh the bleeding risk.^{620–622,^a}

IIa

B

part of the recommended range and to a time in therapeutic range >70% should be considered.^{620–622,^a}

The use of ticagrelor or prasugrel is generally not recommended as part of triple antithrombotic therapy with aspirin and an OAC.

III

C

Antithrombotic therapy post-coronary artery bypass grafting

It is recommended to initiate aspirin post-operatively as soon as there is no concern over bleeding.^{629,630}

I

B

DAPT may be considered after CABG in selected patients at greater risk of graft occlusion^f and at low risk of bleeding.⁶³⁵

IIb

B



What is new???

The 2024 Guidelines contain a number of new and revised recommendations.

New major recommendations in 2024

Antithrombotic therapy in patients with chronic coronary syndrome—Section 4

Long-term antithrombotic therapy in patients with chronic coronary syndrome and no clear indication for oral anticoagulation

| | | |
|---|---|---|
| In CCS patients with a prior MI or PCI, clopidogrel 75 mg daily is recommended as a safe and effective alternative to aspirin monotherapy. | I | A |
| After CABG, aspirin 75–100 mg daily is recommended lifelong. | I | A |
| In CCS patients <i>without</i> prior MI or revascularization but with evidence of significant obstructive CAD, aspirin 75–100 mg daily is recommended lifelong. | I | B |

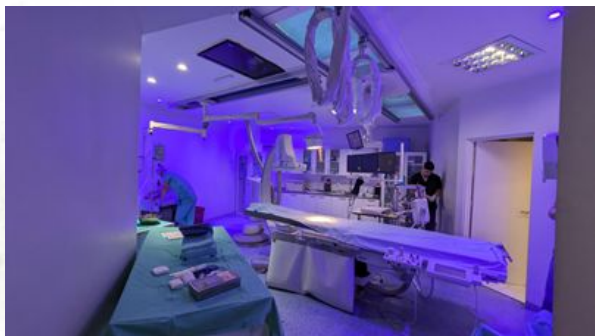
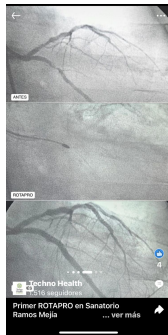


Key messages

- *En pacientes con SCC y enfermedad aterosclerótica obstructiva, sin revascularización reciente, se recomienda un único agente antiplaquetario, aspirina o clopidogrel, a largo plazo.*
- *Para pacientes con SCC de alto riesgo trombótico, la terapia a largo plazo con dos agentes antitrombóticos es razonable, siempre y cuando el riesgo de hemorragia no sea alto.*
- *Para pacientes con SCC post revascularización percutánea se sugiere terapia dual antiplaquetaria 6 meses, según riesgo de sangrado puede prolongarse la misma como así tb es razonable si el riesgo de sangrado es elevado, acortar su duración 1 a 3 meses.*
- *Para pacientes con SCC que requieren ACO y sometidos a PCI. Se recomienda ACO y DAPT (aspirina y clopidogrel) durante 1 a 4 semanas, seguido de ACO y clopidogrel durante hasta 6 meses en pacientes de riesgo isquémico bajo y hasta 12 meses en pacientes con alto riesgo isquémico, seguido solo de ACO de acuerdo a riesgo hemorrágico.*



MUCHAS GRACIAS LA ATENCIÓN !!!

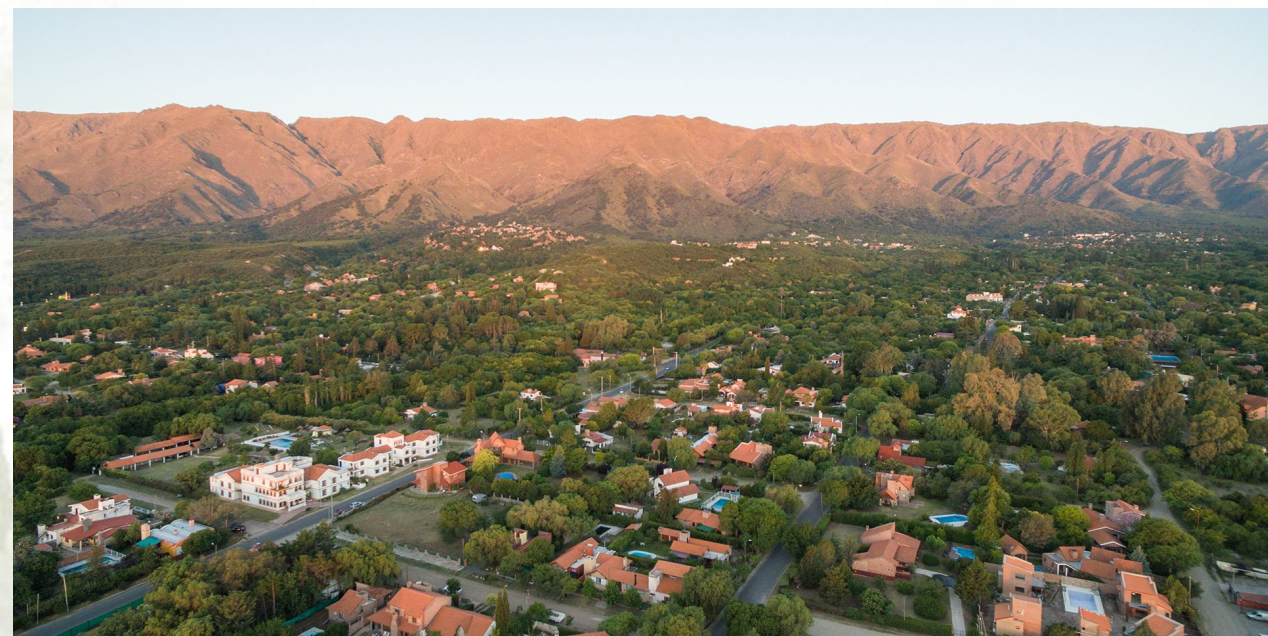




MERLO 2024

JORNADAS CIENTÍFICAS Y GREIALES

del 29 nov al 1 dic



| Long-term antithrombotic therapy in patients with chronic coronary syndrome and an indication for oral anticoagulation | | |
|--|-----|---|
| In CCS patients with a long-term indication for OAC, an AF therapeutic dose of VKA alone or, preferably, of DOAC alone (unless contraindicated) is recommended lifelong. ^{609,627} | I | B |
| Antithrombotic therapy post-percutaneous coronary intervention in chronic coronary syndrome patients with an indication for oral anticoagulation | | |
| In patients with an indication for OAC who undergo PCI, initial low-dose aspirin once daily is recommended (loading dose when not on maintenance dose) in addition to OAC and clopidogrel. | I | C |
| In patients who are eligible for OAC, DOAC (unless contraindicated) is recommended in preference to VKA. ^{619,658} | I | A |
| After uncomplicated PCI in CCS patients with concomitant indication for OAC: <ul style="list-style-type: none"> • early cessation of aspirin (≤ 1 week); • followed by continuation of OAC and clopidogrel: <ul style="list-style-type: none"> ◦ up to 6 months in patients not at high ischaemic risk;⁶ or ◦ up to 12 months in patients at high ischaemic risk;⁶ • followed by OAC alone; is recommended. ^{616-619,622,627,659} | I | A |
| Continuation of aspirin up to 1 month after PCI, in addition to OAC and clopidogrel, should be considered in patients at high ischaemic risk ^c or with anatomical/procedural characteristics judged to outweigh the bleeding risk. ^{620-622,a} | IIa | B |

Recommendations for Antiplatelet and Antithrombotic Therapy for PAD
Referenced studies that support the recommendations are summarized in the [Online Data Supplement](#).

| COR | LOE | Recommendations |
|-----|------|--|
| 1 | A | 1. In patients with symptomatic PAD, single antiplatelet therapy is recommended to reduce the risk of MACE. ¹⁻⁴ |
| 1 | B-R | 2. In patients with symptomatic PAD, single antiplatelet therapy with clopidogrel alone (75 mg daily) is recommended to reduce the risk of MACE. ⁴ |
| 1 | C-LD | 3. In patients with symptomatic PAD, single antiplatelet therapy with aspirin alone (range, 75-325 mg daily) is recommended to reduce the risk of MACE. ¹⁻³ |
| 1 | A | 4. In patients with symptomatic PAD, low-dose rivaroxaban (2.5 mg twice daily) combined with low-dose aspirin is effective to reduce the risk of MACE and MALE. ^{5,6} |
| 1 | B-R | 5. After endovascular or surgical revascularization for PAD, antiplatelet therapy is recommended. ^{1,7-9} |